

As práticas sociais no campo da saúde mental – desafios para uma nova ética¹

Juliana Cristina Fernandes²
Maria Lucia Rodrigues³

Construída paulatinamente ao longo da história, a dimensão social no campo da saúde mental culmina com a concretização da Política Nacional de Saúde Mental através de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Seus preceitos ancoram-se na promoção da cidadania, da liberdade, da autonomia, dos direitos sociais e da participação social projetando o cuidado em saúde mental para fora dos limites institucionais, ou seja, para o social. Mas do que se trata o “social”? O que são as práticas sociais e para quem são dirigidas na atualidade? Quais os dispositivos institucionais e profissionais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica? Nosso propósito neste artigo é explorar a dimensão social na reforma psiquiátrica e refletir sobre as diferentes concepções de prática social, no campo da Saúde Mental.

A dimensão social na Reforma Psiquiátrica

“Na medida em que o ser humano não é essencialmente visto na síntese de suas muitas determinações (econômicas, políticas, sociais), o conhecimento que lhe é imposto é um conhecimento fragmentado, um conhecimento produzido à sua revelia, alheio à sua verdade” (Gonçalves, 1983, p.64-65)

¹ Texto retirado de um capítulo da tese de doutorado de Juliana Cristina Fernandes defendida na PUC/SP sobre o tema: Prática Social na Saúde Mental, em 2019.

² Doutora em Serviço Social pela PUC/SP e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC/SP.

³ Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC/SP e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social da PUC/SP.

As mudanças ocorridas no campo da saúde mental ao longo do tempo proporcionaram novas formas de compreensão sobre a loucura e, por conseguinte, das abordagens a ela dirigidas. Pudemos acompanhar por meio do processo de desinstitucionalização o surgimento de distintas práticas sociais, jurídicas e políticas, amparadas na ética para a liberdade, no respeito à diferença, nos direitos humanos e na cidadania.

Trata-se de mudanças paradigmáticas⁴ em relação à loucura, isto é, fases de transição hegemônica de uma certa ordem social e científica a partir do aprofundamento e ampliação dos conhecimentos que permitem verificar a fragilidade dos pilares em que se fundam os saberes adquiridos até então (Cf. Santos, 2008, p.41).

A transformação da hegemonia dominante resulta da interação de uma pluralidade de condições identificadas como os limites estruturais do paradigma científico moderno. Na saúde mental observa-se a saturação do modelo hospitalar como resposta ao sofrimento humano quando colocado em questão a pluralidade de elementos teóricos, sociais, humanitários, culturais e jurídicos decorrentes desse modelo.

Porém, a transição em curso carrega em si sua própria contradição, isto é, aquilo que se apresenta como novo contém, muitas vezes, as velhas estruturas do passado. Dito de outra forma, embora, tenhamos transitado do ponto de vista histórico, ideológico e prático em diferentes perspectivas em relação à loucura, a “sombra” de um passado manicomial nos acompanha. O estudo das práticas insere-se neste domínio, de modo que, ao dedicarmo-nos a elas analiticamente, é possível nos deparar com as expressões de um tempo ancestral. De certo modo, temos a impressão, ao olhar para o passado, que nos encontramos, em alguma medida, mais a frente daquilo que éramos. Contudo,

“(…) ao debruçar-se sobre si próprio descobre que os seus pés são um cruzamento de sombras, sombras que vêm do passado que ora pensamos já não sermos, ora pensamos não termos ainda deixado de ser, sombras que vêm do futuro que ora pensamos já sermos, ora pensamos nunca virmos a ser” (Ibid., 1988, p.46)

Ainda longe de ser hegemônico, o movimento ao colocar em questão a estrutura dos conhecimentos e práticas institucionalizadoras, tendo comprovadas sua ineficácia e desumanização, cria novas respostas e perspectivas sociais de convivência com o transtorno mental, orientadas em um paradigma

⁴ “Reconhecer o paradigma é também reconhecer o *nó górdio* complexo que liga todas as instâncias cerebrais, espirituais, psíquicas, noológicas, culturais, sociais. É já ser capaz de desobedecer ao princípio de redução/disjunção e saber ao mesmo tempo implicar e distinguir. A consciência da noção de paradigma significa que já se está separado do paradigma clássico. (...) A revolução paradigmática permitiria conceber uma transparadigmatologia, isto é, uma possibilidade de comunicação e de diálogo, até então radicalmente impossível, entre as concepções de mundo” (Morin, 1998, p.297)

desinstitucionalizador. Por seu turno, as práticas sociais refletirão os sinais da transição em curso.

Evocar a dimensão social na saúde mental é reconhecer que a população lotada nas instituições psiquiátricas historicamente foram – e são – as pessoas com menor poder contratual, advindas dos estratos empobrecidos da sociedade. Sua integração social dependerá de certa conjuntura social que lhe seja favorável. Na medida em que a Reforma Psiquiátrica no Brasil projeta uma ruptura com os saberes e as práticas psiquiátricas tradicionais – focalizada na doença em detrimento do sujeito em sofrimento, na apartação social, na tutela invisibilizadora e assistencialista – pressupõe-se um movimento constante de ressignificação e transformação da dimensão social em que se insere o transtorno mental e, por consequência, das práticas sociais e de cuidado.

Para isso, faz-se necessário um olhar sobre os significados atribuídos à pobreza, na forma que propõe Paugam (2001, p. 68) entendendo-a como um fenômeno processual, diretamente ligado aos modos como as sociedades lhe atribuem sentido, características e destinação do que um “estado perpétuo e imutável”. Por outro lado, a própria dimensão do cuidado em saúde mental na perspectiva trazida pela Reforma Psiquiátrica, contempla um ocupar-se

“(…) de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se **transforme sua vida concreta e cotidiana** que alimenta este sofrimento” (Rotelli, et al., 1990, p. 33, grifo nosso)

A transformação da vida concreta, no entanto, não dependerá certamente de uma política ou de um setor específico, mas sim, de um conjunto articulado de ações e intercâmbios setoriais orientados pela ética da inclusão e pelo direito social. E, ainda, dependerá do reconhecimento de um status de cidadania para o sujeito com transtorno mental que concretize, de fato, o que já é reconhecido jurídica e politicamente.

As questões sociais advindas das condições de vida das pessoas com transtorno mental se apresentam mais fortemente entrelaçadas às dinâmicas próprias de uma sociedade seletiva e excludente de modo que compreendê-las significa transcender o espaço restrito institucional para galgar novas esferas sociais que permitam o avanço da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, o social e suas questões fazem parte das práticas desenvolvidas nos serviços que se propõe a substituir a instituição total sob pena de ao,

“(…) censurar o debate ou realizá-lo superficialmente permite que permaneçamos fechados numa ideologia terapêutica ou numa vocação terapêutica de tratar e de fazer muito bem o que se faz sem nos inquietarmos com o lugar e o contexto onde estamos inseridos” (Barros, 2010, p. 172)

Entretanto, o trabalho realizado em nome do social está sujeito, muitas vezes, ora a indefinição, ora a uma variedade de significados, como se a forma que se

apresenta o social pudesse ser compreendida “como algo consensual e validado por todos, o que independeria das orientações teóricas e posições-ideológicas de quem se apresenta” (Wanderley, 2013, p. 174). A compreensão superficial que possamos ter acerca do social pode ser uma armadilha, pois “se o social universal é a base de sustentação da vida em sociedade, alguém poderá dizer que se o social está em tudo, qualquer aplicação de recursos tem finalidade social”, deixando de considerar a dialética que lhe é inerente em substância e ideologia. Convém, portanto, considerar o porquê, o para quem e para que se destinam as ações sociais (Ibid., 2013).

Uma abordagem simplista poderia aumentar o risco de ações sociais reduzidas ao assistencialismo ou à reprodução e manutenção do *status quo*. Definir o conceito ajuda a não se equivocar, a identificar os problemas que requerem solução e a “não pedir” ao trabalho social o que de nenhuma maneira ele pode fazer. Ademais, um “conceito errôneo intensifica as dificuldades da prática e as desorientações do profissional”, este, por sua vez agente da prática social (Karsz, 2007, p. 23).

As demandas sociais postas ao campo da saúde mental emergem de modo significativo, o que torna impossível isolá-las, quer seja por sua intensidade, quer seja pelos efeitos sobre a saúde da população. Evidência disso é expressa em uma das recomendações do relatório final da IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental referente a inserção social pelo trabalho, na qual se colocava que

“(…) as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto no programa federal de saúde mental e economia solidária” (Sistema Único de Saúde, 2010, p. 113).

Isto é, o conjunto de usuários e usuárias dos serviços de saúde mental identificam a necessidade de ampliação e/ou qualificação das práticas relacionadas a construção de estratégias que garantam a melhoria dos meios de vida, no caso, através da atividade laboral remunerada. Ao mesmo tempo, podemos dizer que há um limite de efeitos sociais para práticas que somente levam em consideração a dimensão psíquica do sofrimento mental e social.

O desafio que se coloca para o social, portanto, é o de articular para que os sujeitos deixem de ser simples objeto da intervenção do conhecimento científico psiquiátrico, para tornar-se ‘agente de transformação’, de sua própria realidade. Este é um dos principais delineadores do cenário que se pretende para a loucura em sociedade. Neste sentido, no âmbito social destaca-se o reconhecimento da **cidadania do sujeito** em sofrimento enquanto agente da transformação de sua vida e o protagonismo social e associativo sem necessidade de porta-vozes. Passa-se a vislumbrar tipos complexos de ações e articulação em vários níveis de saúde, de proteção social e de gestão para criação de novas formas de inserção

social e não somente o controle de sintomas, a adequação dos comportamentos e a apartação social.

Embora se tenha avançado para a integração da experiência da loucura na sociedade, há ainda um longo caminho a ser percorrido do ponto de vista social, cultural e político, por tratar-se de uma transformação profunda de conceitos elaborados e validados pela humanidade com relação ao transtorno mental (Luzio, 2011). Do ponto de vista cultural, o lugar social da desrazão é marcado pela exclusão e pela negação como uma dimensão essencial, podendo ser traduzida pelos sentimentos de “estranheza, ameaça, alteridade radical, tudo aquilo que a civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (Pelbart, 1993, p.105).

Diante disso, o que chamamos de **dimensão social na saúde mental** se refere as condições de vida das pessoas com transtorno mental e as relações sociais estabelecidas pelo conjunto da sociedade com esta população (Paugam, 2001). A interação social dinâmica que tanto pode reintegrar à sociedade, pelo processo de desinstitucionalização e pela busca do reconhecimento do *status* de cidadania, é a mesma que, ao invés disso, proporciona às pessoas com transtorno mental a experiência da exclusão social pela falta de acesso aos recursos sociais, pela pobreza, pelo abandono e a segregação.

Conforme afirma Wanderley (2013), o *social* pode ser entendido como

“(...) o conjunto das ações e relações, quer de cooperação quer de ruptura, que se estabelecem entre indivíduos, grupos, associações, instituições, nações, em todos os campos societários. Diz respeito aos vínculos que cimentam o tecido de uma sociedade e que, ao mesmo tempo, gestam os conflitos e contradições que levam as rupturas. Esses vínculos comparecem, em todas as sociedades, para atender essencialmente a três necessidades: os materiais, as de relacionamento interpessoal e as espirituais” (p.211).

Queremos chamar atenção aqui para a particularidade da dimensão social configurada a partir da experiência do sofrimento psíquico em sociedade. Embora compreendamos que a exclusão social e as adversidades produzidas pelo avanço do modo de vida capitalista acometam a sociedade como um todo, o estigma e o preconceito atribuídos ao transtorno mental influi, sobremaneira, nas possibilidades de participação social deste segmento. De acordo com o conceito de social que citamos, os vínculos sociais estabelecidos, quer seja no nível individual ou coletivo, pressupõem o poder de contratualidade na gestão das necessidades sociais dos sujeitos. Contudo, no caso das pessoas com transtorno mental, o imaginário a elas vinculado têm se restringido a periculosidade e a incapacidade de escolher/decidir sobre sua vida, limitando e até impossibilitando o exercício da cidadania.

O alto grau de estigma, preconceito e violência relacionados à periculosidade e à “desrazão” daqueles acometidos por transtornos mentais revelam fronteiras

quase intransponíveis para esta população, consideradas de tal modo incapacitadas para a vida civil e social. De acordo com Wanderley (2013) são os excluídos sociais aqueles “que foram atingidos pela precarização do trabalho, pelo desemprego e pelo subemprego, pela pobreza absoluta e relativa” (p.181). Destacamos que, em muitos casos, as pessoas com transtorno mental sequer conseguiram inserir-se no mercado de trabalho, sobrevivendo com recursos escassos, na dependência dos grupos familiares ou como beneficiários dos recursos assistenciais (Ballarin, et al., 2011, Costa et al., 2011). Mas há que se considerar que a exclusão não se restringe à dimensão da produção da vida (trabalho, classe social) e propagam-se também pelo preconceito, medo e ignorância com que são tratados por parcela importante da sociedade. Estas questões subjetivas corroboram significativamente para a exclusão e abandono.

O social, que está posto como amparo político e jurídico para o transtorno mental, ainda está longe de ser alcançado. As questões sociais, relacionais, afetam a saúde das pessoas com transtorno mental, ao mesmo tempo em que atingem a vida em sociedade; a ruptura dos vínculos sociais e a falta de suporte social vulnerabiliza demasiadamente esta população. O processo de empobrecimento estrutural, dado por determinantes econômicos, políticos e culturais, o acirramento do desemprego e da exclusão social atinge, sobretudo, os segmentos sociais postos à margem. A assustadora e profunda desigualdade social estrutural construída política e economicamente tornou-se, a partir da década de 1980, desvelada por força de lutas sociais,

“(…) a pobreza é trazida para o lugar em que a linguagem elabora promessas de futuro e a ação se faz visível na sua capacidade de (...) interromper o ciclo da natureza e dar início a um novo começo” (Telles, 2001, p.14)

A partir daí a questão social ganha um caráter reconhecidamente público, enquanto “dívida social” (Ibid., p.14) e culmina, com o fim do regime militar, na promessa de construção de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. As questões sociais se referem a um complexo e dinâmico conjunto de relações macro e microssociais que se expressam quando,

“(…) esta realidade se torna evidente para parcelas significativas de uma população, mesmo minoritárias, é tornada pública de algum modo, e se buscam medidas para equacioná-la gerando conflitos, convergências e divergências, ela se transforma numa questão social” (Wanderley, 2013, p.181)

Nesta conjuntura, a pobreza como questão social se coloca como um enigma a ser desvendado, pois perdura a despeito dos regimes políticos, planos econômicos e das reestruturações (tímidas) sociais. A temática social ganha notoriedade, apresentando-se por meio de abordagens mais amplas e

tradicionais, por vezes mais diretas no sentido de criar saídas para uma crise⁵ que se instalou e só faz avançar (Ibid., 2013).

Loucura e pobreza, como já vimos, permanecem relacionadas historicamente no ocaso do século XIX, transformada em questão social. Aos pobres e aos loucos, figuras clássicas da destituição, era “reservado o espaço da assistência social, cujo objetivo não é elevar condições de vida, mas minorar a desgraça e ajudar a sobreviver na miséria” (Sposati, 1988 *apud* Telles, 2001, p. 26). Desse modo, a “pobreza nunca foi (...) enfrentada no horizonte da **cidadania**. (...) sabemos o quanto pesa na história brasileira a tradição tutelar que transfigurou direitos no registro da proteção de um Estado benevolente” (Telles, 2001, p.19).

O reconhecimento da pobreza enquanto cerne da questão social evidencia uma perspectiva nunca antes lhe atribuída.

“Incivilidade que se ancora em um imaginário persistente que fixa a pobreza como marca da inferioridade, modo de ser que descredencia indivíduos para o exercício dos direitos, já que percebidos em uma diferença incomensurável, aquém das regras da equivalência que a formalidade da lei supõe e o exercício dos direitos deveria concretizar, do que é prova evidente a violência policial que declara publicamente que nem todos são iguais perante a lei e que os mais elementares direitos civis só valem para os que detém os atributos de respeitabilidade, percebidos como monopólio das “classes superiores”, reservando as “classes baixas” a imposição autoritária da ordem. O enigma da pobreza está inteiramente implicado no modo como direitos são negados na trama das relações sociais” (Telles, 2001, p.21).

Assim como para a loucura, a imagem da pobreza esteve associada a *desqualificação social* (Paugam, 2001), ao reduzir o sujeito a ‘desprovido de razão’ ou como aquele de moralidade duvidosa, sem autonomia e contratualmente incapaz. Observa-se historicamente na saúde mental uma profunda relação entre o transtorno mental e a pobreza. Conforme Barros (2010),

“(...) o caráter privado da miséria, pobreza e marginalidade, que vinham sendo empreendidos como culpa, passaram a constituir um problema público que deveria ser administrado, levando à necessidade de controle do próprio tecido social que o gera. Os desviantes saem de sua anomia e começam a entrar num circuito de dependência no qual devem entrar pobreza e desvio” (p.172).

Pobreza e desvio serão caracterizados pelo “*status* social dos pobres socorridos pela assistência” já que a estrutura socioeconômica e cultural assim

⁵ Entendemos “crise” conforme Wanderley (2013), “como acirramento de contradições, conjunturas de rupturas fortes, desafios a serem enfrentados e momentos para reformas estruturais ou revoluções” (p.182).

lhes impõe. Com ideia de desqualificação social, Paugam (2001) reforça esta noção como,

“(...) movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas da população – e as experiências vividas na relação de assistência, ocorridas durante as diferentes fases desse processo. [...] o conceito de desqualificação social valoriza o caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo da pobreza e o status social dos pobres socorridos pela assistência” (p.68).

No caso da saúde mental, as condições sociais dos sujeitos se apresentam ainda atreladas às questões psíquicas e chegam aos serviços de saúde mental como demandas sociais frutos de um *processo social complexo* (Rotelli, 2010), abarcando os efeitos multidimensionais do sofrimento psíquico, retroalimentado nos obstáculos (objetivos e subjetivos) culturais, econômicos para a inserção social.

Desta forma, os preceitos estabelecidos pela reforma psiquiátrica amparadas, fundamentalmente na **saúde como direito** e no exercício da cidadania, podem ampliar significativamente as possibilidades de criação de práticas com a finalidade de modificar a compreensão corrente sobre o sofrimento psíquico como doença, bem como, transformar a concepção do fenômeno da pobreza como um fato da natureza.

As estratégias de abordagem do social na saúde mental

Como já vimos, a perspectiva de transformação social da Reforma Psiquiátrica ao preconizar o reconhecimento dos direitos sociais, em especial, àqueles relacionados ao exercício da cidadania, a autonomia e a emancipação das pessoas com transtornos mentais, cria um conjunto de dispositivos operacionais e assistenciais em saúde mental específicos. Extrapolando os muros institucionais por via da estruturação do trabalho em rede, as equipes desenvolvem práticas sociais *com* e *nos* serviços ampliando sua atuação social. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e pesquisadores do *Movement for Global Mental Health* (MGMH)⁶ identificam que, do ponto de vista econômico e da efetividade da atenção em saúde mental, somente os serviços especializados em saúde mental não garantirão a integralidade da assistência. Neste sentido,

“A ideia fundamental (...) é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas

⁶ Global Mental Health: The Lancet Series. London; 2007. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61243-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61243-4.pdf). Acesso em: 15 de julho de 2016.

secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005 *on-line*)

O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010, aponta dentre seus princípios e diretrizes gerais, a garantia de realização de “ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva” por meio do fomento de articulações e reuniões intra e intersetoriais sistemáticas (Sistema Único de Saúde, 2010, p. 21). Igualmente, é reconhecida a necessidade da interlocução entre as equipes profissionais da saúde mental e as da rede intersetorial em nível municipal.

O compromisso com uma nova inserção social da loucura na sociedade por meio de uma rede de assistência ativa e articulada é condição fundamental para o avanço da reforma psiquiátrica em curso. Recorrentemente mencionada na legislação sobre saúde mental, a reinserção social pode ser entendida como o “retorno físico e concreto de alguém que foi inicialmente retirado de onde vive e isolado” em uma instituição psiquiátrica (Frazatto & Sawaia, 2016, p. 411). Considerada um dos maiores desafios postos à Reforma Psiquiátrica, a reinserção social é um dos fatores que mais afetam negativamente os planos de cuidado em saúde mental (Sartorius, 2007). A esse propósito, o trabalho intersetorial pode contribuir para atuar de forma positiva em favor da desconstrução do estigma e do preconceito com relação ao transtorno mental, por meio da atuação *na* e *com* a comunidade e seus recursos, além da veiculação de informações e práticas correspondentes as suas singulares necessidades sociais.

A rede de atenção psicossocial deve ser entendida então como sendo formada pelos serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), mas também, pelos serviços de outras políticas públicas, tais como da área da assistência social (com destaque para os Centros de Referência da Assistência Social - CRAS, os Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS), da justiça (Centro Integrado da Cidadania - CIC), programas voltados à infância e à adolescência, políticas para idosos, jovens, programas habitacionais, dentre outros.

Frazatto e Sawaia (2016, p.16), asseveram que o trabalho com a dimensão social é marcado “por poucas práticas e repetitivas (...) além de serem limitadas aos espaços do CAPS”, fazendo com que os usuários permaneçam restritos aos serviços. Sugerem, neste sentido, o envolvimento dos profissionais em ações promotoras da transformação social do contexto social onde se insere a população, para que não se restrinjam a discussão técnica centrada em diagnósticos e nos recursos medicamentosos. Em outras palavras, a reinserção social da pessoa pressupõe uma sociedade que a aceite, o que não ocorre de fato.

Tratar o social como um lugar idealizado deixa de criar e/ou ampliar o espaço para aquilo que difere. Isso exige cuidados e não ser simplesmente controlado. Desta feita, a loucura exige tanto o cuidado com relação ao sofrimento psíquico quanto a transformação da sociedade que a produz.

O conceito de “reinserção social” é questionado pelas autoras à medida que seu caráter restrito pode limitar a compreensão que se possa ter da loucura em sociedade. Propõem, assim, o reconhecimento da reinserção social como um movimento dialético entre inclusão-exclusão social. Diferentemente de uma lógica linear, excluído-reinserido, a dialética entre inclusão-exclusão pode nos trazer maior reflexão e embasamento teórico e político para as práticas por conter em si uma lógica de dinâmica, de história, de conflito social, ou seja, a expressão da materialidade dos desafios sociais do viver com intenso sofrimento psíquico numa sociedade cuja tendência aponta para sua não aceitação.

Considerando as características da população atendida com relação aos obstáculos da histórica relação inclusão/exclusão, destacamos as práticas de articulação das demandas sociais das pessoas com transtorno mental com a Assistência Social enquanto política pública destinada a garantia dos direitos sociais da população em geral. Consubstanciada pela Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), criada e normatizada em 2004, tem sua operacionalização pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁷.

Deste modo, a política contempla os segmentos populacionais mais vulneráveis com objetivo de garantir, de forma articulada a outras políticas do campo social, a proteção social. No âmbito da referida política, a Proteção Social é entendida a partir do conceito proposto por Di Giovanni (1998, p.10 *apud* Brasil, 2005, p. 31), como

“(...) formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações. (...). Neste conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas de vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades”.

A PNAS deve garantir ‘seguranças’ à população, sendo elas, a “segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou

⁷ A assistência social é “(...) direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (Brasil, 2005, p.31)

vivência familiar” (Brasil, 2005, p. 31). Essas, por sua vez, referem-se a garantia de mínimos sociais (forma monetária, abrigo, provisão de abrigo para situações momentâneas e circunstanciais de vida) e um destaque para a segurança do convívio familiar ou de convívio que contempla um conjunto de situações sociais de caráter relacional.

A referida política também faz alusão à população ‘com deficiência’, incluindo “pessoas com alguma dificuldade, grande dificuldade e incapacidade de ouvir, enxergar e andar, bem como as pessoas com limitações mentais e físicas” (Brasil, 2005, p. 24). Isto é, contempla em alguma medida o segmento populacional acometido pelos transtornos mentais graves atendido pela saúde mental. Queremos com isso articular a dimensão social da saúde mental com a rede de proteção social. A assistência social pode ser mais um importante dispositivo de ampliação do cuidado e das práticas sociais destinadas as pessoas com transtorno mental, especialmente no que tange às condições de vida, marcadas pela pobreza e vulnerabilidade.

Por fim, além da proteção social, o exercício da cidadania é trazido para o campo social como um dos eixos mais enfatizados na Reforma Psiquiátrica e, também, como um dos mais difíceis de serem desenvolvidos. A cidadania depende de diferentes fatores pessoais, jurídicos, políticos, culturais e sociais, ou seja, de um caráter individual e coletivo. Cabe, a este propósito, fazer uma contextualização com relação aos processos de muitos anos e poucos avanços no caso da cidadania no Brasil.

Para José Murilo de Carvalho (2009) a construção da democracia no país somente ganhou força após o fim da ditadura, em 1985, tendo sua principal referência na Constituição de 1988, na qual a cidadania ganha *status* e retórica política. O autor considera o fenômeno da cidadania como um processo complexo e determinado historicamente. Analiticamente, a cidadania pode ser desmembrada em **direitos civis, políticos e sociais**. Os direitos civis são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, a propriedade, à igualdade perante a lei, cuja ideia central é a liberdade individual. Os direitos políticos referem-se à participação do cidadão no governo da sociedade, especialmente o direito ao voto. Já os direitos sociais garantem a participação na riqueza coletiva, permitindo às sociedades reduzir os excessos de desigualdade e garantir o mínimo de bem-estar para todos, pondo à tona a ideia de justiça social (Carvalho, 2009).

O desenvolvimento da cidadania está, portanto, atrelado a formação dos Estados-nação e sua relação com a população e vice-versa. Não há um percurso a ser seguido para a construção da cidadania, de modo que cada local ou país vai criar e inaugurar um percurso próprio, dependendo das dinâmicas sociais e da participação social de seus povos. Em nosso caso, o modo patriarcal, desigual e autoritário com a qual o país adentra a modernidade capitalista, produz uma certa concepção,

“(…) que traduz diferenças e desigualdades no registro de hierarquias (...) que criam a figura do inferior que tem o dever da obediência, que merece o favor e proteção, mas jamais os direitos” (Chauí, 1987 *apud* Telles, 2001, p. 22).

Trazendo esta discussão para o campo da saúde mental, verifica-se a quase ausência das pessoas com transtorno mental dos processos de cidadania, dentro de um contexto em que direitos existem, mas não se concretizam para este grupo. Quer pelo isolamento, pela segregação social, pelo estigma, pela não inserção produtiva ou pelo preconceito, garantiu-se o *status* de não-cidadão a este segmento (Carvalho, 2009). Sobre este prisma, a loucura divide o mesmo lugar social da “indiferenciação” do pobre:

“(…) os pobres são aqueles que não têm nome, não têm rosto, não têm identidade, não têm interioridade, não têm vontade e **são desprovidos de razão**. Nessa (des)configuração, é definido também o seu lugar na ordem natural das coisas: são as classes baixas, as classes inferiores, os ignorantes, que só podem esperar a proteção benevolente dos superiores ou então a caridade da filantropia privada” (Telles, 2001, p.42, Grifo nosso)

Refletimos até aqui, de maneira breve, sobre as expressões do social na saúde mental procurando articulá-las com alguns dos principais elementos que, ao nosso ver, poderiam transformar as práticas dirigidas ao cuidado em saúde mental pelas equipes em práticas sociais. Lidamos, portanto, com aspectos relacionados a pobreza em associação à loucura, com o desafio da cidadania e com o papel da assistência social como proteção social no nível das práticas cotidianas.

AS PRÁTICAS SOCIAIS

Identificamos um conjunto de práticas sociais relacionadas ao campo da Saúde, com diferentes significados, conceitos e um conjunto de ações fecundos para a transformação social pretendida: a prática social da Integralidade, da Equidade, da Universalidade, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde; Participação Social, Institucionalização e Desinstitucionalização, dentre outras.

A importância da definição do que venha a ser a prática social como *processo* constituído social e historicamente está em aclarar a problemática que se coloca em relevo. De todo modo, “qualquer que seja sua extensão, toda definição resulta sempre excessivamente curta, inacabada e inacabável, e necessita ser completada e retificada sem cessar” (Karsz, 2007, p. 25).

O conceito de prática social pode ser encontrado em diferentes autores⁸ sob ângulos distintos, mas que guardam entre si alguns pressupostos em comum. Isso permite a construção de uma compreensão que, se aplicada ao campo da saúde mental, pode contribuir para a mudança de paradigma em relação à loucura.

Um primeiro pressuposto ou eixo comum acerca da prática social é o de que ela se revela nas formas *do fazer* ou *do agir* sobre uma determinada realidade e/ou objetos, em determinados contextos sociais. A prática social é *ação*, *atividade* direcionada a certa realidade. Sua análise demonstra características, significados, direções e dinâmicas e uma intencionalidade intrínseca expressa nos valores morais, éticos e políticos subjacentes ao agente, que é aquele que age sobre a matéria (Rodrigues, 2003).

Para Vázquez (1977, p.186), a *ação* é *sinônimo de atividade* e a atividade, entendida de maneira geral, é “um conjunto de atos em virtude do qual um sujeito ativo (agente) modifica uma determinada matéria-prima”. A ação ou atividade possui uma *intenção* norteada tanto pelas influências do contexto social e pelas características daquilo que se apresenta para ser transformado, quanto pelo olhar do agente que definirá o objeto, à medida que “não existe um olhar neutro e despretensioso sobre uma realidade...” (Karsz, 2007, p.46). O “olhar” do agente, portanto, é definidor do objeto.

De modo semelhante, o conceito proposto por Vázquez (1977, p. 202) ao tratar da *práxis*, define-a como “(...) uma atividade prática material, adequada a finalidades, que transforma o mundo” – natural e humano”. A *práxis* é concebida como matéria produzida através da ação sobre os objetos e/ou fenômenos não se restringindo (e, até se diferenciando) da prática teórica, uma vez que, a teoria e os conhecimentos somente *por si* não transformam a realidade, mas a ação sim. Entretanto, considera que ambas estão mutuamente relacionadas pela dependência que estabelecem entre si, de modo que teoria e prática estão presentes e articulam-se do ponto de vista das intervenções de determinada área ao exercer sua função social.

Todo fenômeno que se apresenta no campo da saúde mental, particularmente nos serviços destinados à esta atenção, é multidimensional, por envolver aspectos de diferentes naturezas (econômicas, sexuais, educacionais, jurídicas, psíquicas, sociais, etc.). Sua dinâmica contempla a incidência direta sobre o contexto ao qual se insere, ao mesmo tempo que é expressão desse mesmo contexto. Uma prática pressupõe, invariavelmente, um contexto que lhe atribuirá certas características e não outras.

Assim, os fenômenos que se apresentam para os serviços de saúde mental são expressão de processos preconfigurados. A este fenômeno denomina-se

⁸ Para uma compreensão das práticas sociais do ponto de vista da ação profissional em Serviço Social ver RODRIGUES (2003); BAPTISTA (2009); para o debate sobre o trabalho social enquanto prática social ver KARSZ (2007); para o entendimento de prática social enquanto práxis ver VÁZQUEZ (1977).

matéria-prima da prática social (Vázquez, 1977; Karsz, 2007). Trata-se de um “material, uma substância, uma coisa, dotada de uma realidade consistente” resultante de processos e dinâmicas anteriores. No caso dos serviços de saúde mental abordados, a matéria-prima seriam os fenômenos compostos por elementos biopsicossociais trazidos por indivíduos, famílias e/ou instituições para serem atendidos nos CAPS que, por sua vez, foram construídos e significados em processos anteriores como situações desta natureza. Para Vázquez (1977), a matéria-prima pode ser tanto um corpo físico, um ser vivo, uma vivência psíquica, um grupo, uma relação ou instituição social, da mesma forma como os atos sobre ela podem ser físicos, psíquicos e sociais.

A matéria-prima é assim, a substância de determinado fenômeno que se apresenta em sua essência, ‘material bruto’ para, em seguida, ser reconfigurada como demanda social. Ao adentrar em um espaço da saúde mental orientado pelos preceitos de determinada política social, em território sócio-político específico, e colocado sob o olhar de saberes profissionais igualmente não neutros, a matéria-prima será submetida ao processo de significação caracterizada como situação ou caso. Uma situação é resultado do que a intervenção social produz a partir de um “conjunto de dados, elementos, datas, atitudes, comportamentos...”. Segundo Karsz (2007, p. 43),

“Tratando-se de uma matéria, esta pode ser caracterizada com alguma objetividade. É possível saber quais são os problemas com os quais a intervenção social se confronta, enumerar seus riscos, sua lógica, seus desafios: e é possível saber e não meramente opinar, limitar-se a um ponto de vista ou uma impressão”.

Em outras palavras, o caso e/ou a situação somente se define após o profissional elencar, analisar e selecionar, além de denominar, determinado fenômeno como passível de sua intervenção. Antes disso não existe caso, nem situação. São os profissionais que dão existência aos casos e seus encaminhamentos. A caracterização de uma situação é, por conseguinte, uma leitura da realidade que se apresenta e que resultará em práticas a ela destinadas. As práticas profissionais⁹ abarcam de uma maneira ou de outra uma dimensão

⁹ Uma contribuição inovadora é apresentada por Rodrigues (2008) quando procura conjugar os conhecimentos da teoria da complexidade ao Serviço Social e diz: “Consideramos a *intervenção profissional* uma expressão da prática social desenvolvida pelo assistente social que se materializa nos modos de realizar uma *ação consciente na realidade social; expõe as formas de conhecer, interferir, pensar, agir*. Intervenção, do latim “*intervenire*”, significa *ser ou estar presente*; implica um movimento de ações concretas, orientadas para alguma mudança e/ou transformação social, e requer a presença do profissional. Como *dimensão privilegiada da prática profissional*, objetiva-se em uma proposta de ação que articula pensamento e discurso. O *constructo* “pensamento e ação” não é compreendido como unidade mas como relação. A ação envolve *decisão e estratégia*, portanto, mantém as dimensões política e ética. A estratégia não se coloca aqui como mera realização de decisões previamente planejadas, em consonância com contextos

pragmática, em especial no que tange àquelas dirigidas às necessidades sociais objetivas. Isto significa que,

“É importante ter em conta que toda prática social, profissional, é marcada por uma dimensão pragmática e que esta dimensão não provoca, necessariamente, uma ação descolada de uma análise crítica da realidade, desentranhada do contexto social mais amplo; ela pode, também expressar uma forma de conhecimento, um modo de acionar as mudanças, que permite o trânsito entre conhecimento racional e aquele conhecimento mais intuitivo e prático, orientado pelas ações do quotidiano, ou seja, do senso comum” (Rodrigues, 2003, p. 36)

O senso comum faz,

“(…) coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e da responsabilidade individuais. O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirmar fiável e secularizante” (Santos, 2008, p. 89).

Saber, verdade e significados

As equipes de saúde mental condensam na definição de uma situação a ser atendida seus saberes e valores e, no caso das demandas sociais, aquilo que consideram uma demanda social. Os saberes direcionam o olhar sobre a matéria-prima, transformando o fenômeno em demanda de saúde mental e, a partir daí, produzem ações/intervenções em relação as referidas demandas. Para Muchail (2004, p.74), a partir dos estudos de Michael Foucault, os saberes são a ocupação que se possa ter com a verdade e esta, por sua vez, é entendida em sua produção,

“(…) no decurso da história, constituindo-se na formação de saberes reconhecidos como verdadeiros, portanto historicamente múltiplos e diversificados; numa palavra, trata-se de verdades em seus diferentes modos de produção em diferentes sociedades”.

definidos tendo em vista a consecução simples de objetivos. À partir de Morin (1990) compreendemos *estratégia*, a partir de uma *decisão* inicial, cuja concretização, contudo, contempla a possibilidade de enfrentar os imprevistos, os acasos, as incertezas e de abrir-se às informações e conhecimentos que podem se construir no decurso do processo de intervenção. Ao mesmo tempo, a *estratégia* requer lutar contra o acaso buscando informações para diluir incertezas aproveitando-se dele (acaso), utilizando-se as fragilidades que a situação apresentar, desconstruindo e recriando, deste modo, novos rumos para a ação (p.08-09).

As equipes, consideradas um dos principais agentes operacionalizadores da Reforma Psiquiátrica devido ao contato direto e cotidiano com as possibilidades de promoção de uma nova forma de lidar com o sofrimento psíquico, criam ‘verdades’ sobre as demandas postas. Ao imprimir seus olhares – constituídos na especificidade de sua área de saber, pelas características pessoais, pelos consensos gestados no âmbito da equipe e pela infraestrutura disponível – constroem situações para as quais serão elaboradas práticas sociais. Isto é, está no âmbito das ‘verdades’ colocadas pelas equipes o que será sustentado como demanda de saúde mental, incluindo ou não a dimensão social. A delimitação das demandas e das práticas sociais são exercício e o lugar do poder, “não enquanto dominação central e unitária, mas de poderes ou de múltiplos modos de exercício do poder que permeiam as diferentes sociedades em diferentes momentos históricos” (Ibid., p. 74). Definir a demanda pode significar

“Dizer que nela se expressa um potencial de transformação da realidade, a partir da *experimentação* fecundante dos sujeitos em suas práticas cotidianas em diversos territórios, constituindo novos espaços e ampliando o sentido da vida” (Pinheiro & Mattos, 2005, p.6)

A multidimensionalidade das demandas sociais exige a delimitação de um certo modo de fazer e avaliar os determinantes de um fenômeno que se apresenta. Definir prioridades, selecionar e refinar a escuta. Contudo, esse processo,

“(…) é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica, cada método é uma linguagem e a **realidade responde na língua em que é perguntada**” (Santos, 2008, p.77 Grifo nosso)

Além disso, há que se considerar a natureza interdisciplinar da demanda. Assumir as contradições das práticas, dos modos de agir, garantindo um lugar de reflexão acerca do que se rejeita nelas – o que é diferente de negá-las – “conduz a um reconhecimento mais efetivo das diferenças, das divergências e das múltiplas modalidades do agir profissional” criando uma “brecha” para a troca de saberes e a construção dos novos (Rodrigues, 2003, p. 19). A atitude interdisciplinar pode ser assim “compreendida como princípio constituinte da diferença e da criação”, como postura profissional que,

“(…) se permite pôr a transitar ‘o espaço da diferença’ com sentido de busca, de desvelamento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer” (Rodrigues, 1995, p. 156)

Neste sentido, a *construção social da demanda* ganha um sentido amplo e complexo na perspectiva da Reforma Psiquiátrica por tornar-se necessária a ampliação do escopo das intervenções, implicando, por sua vez, a dimensão moral e de valores que manteve a loucura sob o signo da reclusão. A perspectiva da integralidade, o acesso e a equidade em saúde ampliam o espectro de necessidade dos sujeitos preceituando das equipes de profissionais o olhar sobre o social. A ação social resulta,

“(…) da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes, e assume como tarefa e objetivo garantir a vida no seu sentido mais amplo” (Pinheiro et al, 2005, p. 27)

A mudança na compreensão do que venha a ser o sofrimento psíquico está profundamente ligada às práticas sociais construídas por aqueles que a ele se dedicam. As práticas sociais podem ser operadoras da ressignificação do transtorno mental na sociedade na medida de seu alcance e influencia sob uma cultura local. Portanto, os campos de conhecimento pertinentes à saúde mental devem extrapolar os limites biomédicos e os psíquicos que a conceberam inicialmente para alcançar o espaço social.

Prática como abordagem social – desafio para uma nova ética

“(…) todo o tempo se pressupõe, se presume, se subentende. Sua natureza, sua força, seu poder, seus limites ficam sistematicamente na sombra. Como se daquilo que se ocupa o trabalho social e os mecanismos que mobiliza fossem algo óbvio. Como se o que ele produz e o que em nenhum caso poderá produzir fossem evidências. Como se já se soubesse, e de uma maneira relativamente exata, o que o trabalho social pode e não pode, deve e não deve, é e não é”. (Karsz, 2007, p. 20, tradução nossa)

As práticas sociais *atendem a uma lógica processual*, enquanto o trabalho social *é o processo* composto de um conjunto de práticas. Os processos evidenciam uma série de componentes que emergem e singularizam a prática por meio da revelação das habilidades e estratégias de articulação entre os determinantes institucionais, os conhecimentos, as interações inter-áreas, dentre outros elementos (Rodrigues, 2003). Nesta direção, para Karsz (2007),

“Empenhar-se em definir o trabalho social não constitui uma operação politicamente correta. Esta operação, que é uma construção, implica em interrogar os projetos institucionais, os

objetivos declarados, as justificativas fornecidas, as práticas realizadas nos serviços, as intervenções desenvolvidas pelos trabalhadores sociais, os problemas que se supõe padecer os indivíduos e os grupos apontados pelo trabalho social” (p. 24).

Ações isoladas ou pontuais e descontextualizadas podem caracterizar uma postura assistencialista. Ao contrário, práticas articuladas podem criar respostas sociais mais abrangentes e potencialmente transformadoras da realidade social.

Estamos diante de um processo regido por uma lógica de conjunto. Não nos bastaria neste estudo conhecer as demandas dos usuários, as perspectivas dos profissionais, a operacionalidade das políticas envolvidas na temática sem considerá-las em suas dinâmicas de todo. O trabalho social é operado por *dinâmicas de ação* pela quais se efetuam e/ou concretizam os resultados por elas intencionados, no meio social. A dinâmica da ação pode ser caracterizada por um *movimento* de construção e desconstrução dos modos de agir,

“(…) provocado pelo enfrentamento da realidade social; refere-se ao modo de produzir o fazer profissional e às implicações dele decorrentes (...). A dinâmica expõe os conflitos, os movimentos de negação identificados pelo controle, pelas imposições e pelo autoritarismo; expõe as alternativas, os encaminhamentos; expressa os modos de pensar e agir profissionais, revelando assim, as *metodologias de ação* em que se desdobram o exercício da prática e o *fazer profissionais*” (Rodrigues, 2003, p. 17 Destaque da autora)

Nesta perspectiva, a dinâmica da ação revela certa organização no sentido processual, em um trabalho social. A referida lógica de conjunto processual inerente ao trabalho social é composta por, pelo menos, quatro elementos: a matéria-prima, os meios de trabalho, a força de trabalho e o produto (Karsz, 2007, p. 42). O quadro a seguir elucida, segundo o autor, o processo de produção do trabalho social, sendo que seus elementos estão interconectados, se influenciam mutuamente e constantemente.

Quadro 3 - Lógica processual do trabalho social

Matéria-prima	Meios de trabalho	Força de trabalho	Produto
Produto de um processo de trabalho precedente, reestruturado em função de uma dominante...	Ferramentas, técnicas, metodologias, culturas profissionais, habilidade	Agentes dotados de um conjunto de competências físicas e intelectuais	Emprego sobre a matéria-prima de meios de trabalho qualificados
Situação escolar, de emprego, de moradia, saúde de um ou vários sujeitos... Significada em função de uma dominante ideológica	Capacitação, modalidade de intervenção, avaliações. Conhecimento, Normas, valores...	Qualificação socioprofissional dos agentes do trabalho social: trabalhadores sociais e quadros diretivos	Confirmação ou questionamento tendências da matéria-prima significadas ao domínio ideológico
Políticas Sociais...			

Fonte: KARSZ (2007, p. 42)

Para o autor,

“Se cada uma [das partes do conjunto] expõe uma dimensão exclusiva, um registro particular, é necessário juntar essas dimensões e articular esses registros para tentar explicar o trabalho social. Porque em nenhum caso ele se reduz às representações de seus agentes, às demandas de seus destinatários, aos projetos de seus coordenadores administrativos e políticos” (p. 42)

O trabalho social se dá através de uma intervenção na realidade “quando os problemas já se encontram presentes ou quando cabe supô-los”. Isto é, sobre uma matéria-prima que seguirá por um processo de refinamento, portanto, de produção e reprodução das relações sociais empreendido pelas equipes de saúde mental. Para transformar a matéria-prima é preciso que os atos se articulem de modo que seja possível conferir nesta atividade as relações entre as partes e o todo, os traços de uma totalidade concreta (Vázquez, 1977, p. 186). Assim, a característica do trabalho social em saúde mental, consiste em articular o conjunto de diferentes práticas sociais heterogêneas. A heterogeneidade refere-se tanto às múltiplas áreas envolvidas como à flexibilidade inerente ao trabalho com a loucura – ou com uma outra ordem de pensamento e presença no mundo, sob distintas regras sociais. O trabalho social abarca a atuação das equipes com relação à dimensão psíquica das pessoas com transtorno mental inseridas em sociedade e que, por seu turno, fará com que emerjam questões sociais de todas as ordens.

Ao longo deste texto foi possível perceber a *complexidade* de entendimento e de compreensão das questões que envolvem as práticas sociais no campo da saúde mental e nesta perspectiva, há a necessidade de realizarmos certa reflexão ética. As diferentes áreas de conhecimento mantêm uma ética fechada em si e necessitamos de uma ética da comunidade humana que respeite e integre todas as éticas (cf. Morin, 2005). “Todo olhar sobre a ética deve perceber que o ato moral é um ato individual de religação; religação com um outro, religação com uma comunidade, religação com uma sociedade e, no limite, religação com a espécie humana” (p.21).

O cuidado ético é uma forma de abordagem subjacente às práticas sociais e é vivida também subjetivamente uma vez que trabalhamos com o sofrimento (no outro, em outros e de si), com vulnerabilidades e exclusões sociais; trata-se de um fundamento ético do cuidado. O cuidado ético remete ao *cuidado de si e conhecimento de si* especialmente trabalhados por Michel Foucault (2001) em seu livro *L'herméneutique du sujet*, tendo como fonte inspiradora o filósofo Sócrates. “Após Sócrates, o ‘cuidado de si’ remete a uma *atitude geral* que diz respeito a um

modo de pensar e de conduzir-se; designa uma *atenção* ou *conversão do olhar* vinculada ao sentido de *meditar* e *exercitar-se*; determina *ações* cujo efeito é purificador e transformador” (Muchail, 2011, p.47).¹⁰ O cuidado de si coloca-se como um desafio ético pois que implica reunir “[...] o epistemológico, o ético, o político e o estético em outro conceito de homem, fazendo emergir o sujeito cuja verdade é indissolúvelmente construída na prática de sua própria conduta, cuja prática de si é simultaneamente cuidado com o outro, e cujo cuidado, em fim, faz de sua existência uma existência bela” (Muchail, 2011, p.70). Nesta perspectiva é possível questionar nossa prática com os usuários e nossa postura ética como profissionais; sem uma prática reflexiva, sem nos questionarmos sobre a loucura, as instituições, sobre nossos conhecimentos e práticas, será difícil exercitar a “ética do cuidado de si como condição para o cuidado do outro” (cf. Ramminger, s/d).

REFERÊNCIAS

BALLARIN, M.L.G.S, MIRANDA, I.M.S., CARVALHO, C.M. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Rev.Ciêñ.Méd.*, Campinas, 20 (3-4), 59-67, maio/ago, 2011.

BARROS, D.D. *Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber*. In: AMARANTE, P.D.C. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (1994). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 4ª reimpressão, 2010, p. 171-195.

BAPTISTA, M.V. Prática Social/prática profissional: a natureza complexa das relações profissionais cotidianas *In* Baptista, M.V e Battini, O. *A Prática Profissional do Assistente Social – teoria, ação, construção do conhecimento*. Vol 1, Ed. Veras/CNPq, São Paulo, 2009.

BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 25 de julho de 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Secretaria Nacional de Assistência Social*. Política Nacional de Assistência Social – PNAS, 2004. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:

¹⁰ Ver Foucault, Mestre do Cuidado – textos sobre A Hermenêutica do Sujeito de Salma Tannus Muchail, Ed. Loyola, 2011.

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf . Acesso em 20 de julho de 2015.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho* (2001). 12ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

COSTA, T.C.R., CARNEIRO, T.S., SILVA, Y.C.G., SILVA, V.F. Inclusão social e saúde mental – o perfil do usuário do CAPS III Reviver, Campina Grande/PB. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 3161-3164, 2011.

FRAZATTO, C.F., SAWAIA, B.B. A critical view of the ‘social reinsertion’ concept and its implications for the area of mental health in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde). *Journal of Health Psychology*, vol. 21 (3), 409-418, 2016.

GONÇALVES, L.M.R. *Saúde Mental e Trabalho Social*. São Paulo: Cortez Editora, 1983.

KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social* (2004). Definición, figuras, clínica. Gedisa Editorial, 1ª Edição, Barcelona (Espanha). Tradução: Irene Agoff e Saül Karsz. Título original: Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique. Dunod, Paris, 2007.

LUZIO, C.A. Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: Boarini ML (Org) *Desafios na atenção à saúde mental*. 2ª ed. Maringá, PR: Eduem, pp. 145-174, 2011.

MUCHAIL, S.T. De práticas sociais à produção de saberes in *Foucault, simplesmente*. Textos reunidos. Edições Loyola. São Paulo, SP, 2004, p.73-83.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*, 3ª edição, Editora Vozes, Petrópolis, 2001, p.67-86.

PELBART, P.P. *A Nau do Tempo Rei: Sete Ensaios sobre o Tempo da Loucura*. Rio de Janeiro: IMAGO, 1993.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Construção Social da Demanda em Saúde e a Integralidade: Emancipação, Necessidade e Poder. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L.; MACHADO, F. R. S. & GOMES, R. S. Demanda em Saúde e Direto a Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. p.11-31. In:

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

RAMMINGER, T. *Trabalho e Saúde Mental: a ética do cuidado de si como condição para o cuidado do outro*. Disponível em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_314.pdf; em 31/01/2020.

RODRIGUES, M.L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M.L., RODRIGUES, M.L., MUCHAIL, S.T. (organizadoras). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*, São Paulo, Cortez, 1995.

RODRIGUES, M.L. (1999). *Ações e interlocuções: estudo sobre a prática profissional do assistente social*, 2ª Edição corr., São Paulo, Série Núcleos de Pesquisa, Veras Editora, 2003.

RODRIGUES, M.L. (2008) *SERVIÇO SOCIAL, COMPLEXIDADE E PLURALIDADE*. NEMESSCOMPLEX, PUC/SP.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* (1994). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-169, 2010.

SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna* (1987), 5ª Edição, São Paulo, Editora Cortez, 2008.

SARTORIUS, N. Stigma and mental health. *The Lancet*, vol. 370, nº9590, p.810-811, sep, 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, p. 210.

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

VÁZQUEZ, A.S. *Filosofia da Práxis*. Trad. Luiz Fernando Cardoso, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2ª edição, 454p., 1977.

WANDERLEY, L.E. Enigmas do Social. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L. & YAZBEK, M.C. (Orgs.). *Desigualdade e a Questão Social*. 4ª Ed. São Paulo: EDUC, 2013.