

## A qualificação e a contribuição do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental

Carina Ronise Martins Nunes\*  
Graziela Scheffer Machado\*\*  
Maria Isabel Barros Bellini\*\*\*

Onde encontrar contradição na teoria, reescreva o problema, onde encontrar contradição na prática, experimente novos modos de agir. Experimente seguir outras regras de ação, definindo o problema a partir de outras crenças. Ao cabo desta operação, se o sentimento de impossibilidade permanecer, retome o procedimento. Mais cedo ou mais tarde o enigma será visto de um prisma onde algo de interessante e humanamente útil poderá ser feito (Costa, 1991).

### Resumo

Este artigo aborda o processo de trabalho e a qualificação profissional de assistentes sociais em uma modalidade de educação pós-graduada, multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço na Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. A qualificação, bem como o processo de trabalho buscam responder às demandas sociais; enfatizam a atenção integral e a humanização da assistência; destacam a contribuição dos assistentes sociais, rompendo com modelos de atenção excludentes, orientando-se pela Ética, em consonância com o projeto ético-político da profissão.

### Introdução

O artigo aborda a participação de assistentes sociais em uma especialização em saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica. Inicialmente, é feita uma breve retrospectiva histórica da exclusão da loucura; após, enfatiza-se a importância da especialização, que pretende romper com essas práticas de exclusão, historicamente construídas no interior das instituições. Destaca-se a contribuição desses profissionais, que, em seu processo de trabalho, problematizam e propõem outras formas de intervenção social, dando “respostas às demandas postas ao Serviço Social que rompem com práticas que reproduzem ou mantêm o *status quo* (negação de práticas conservadoras que utilizam ou privilegiam técnicas de marginalização, de atomização, de controle, de exclusão de benefícios e direitos, de punição)” (Vasconcelos, 2002, p. 29). Conforme essa autora, a formação profissional é um “processo que se inicia na graduação e exige uma formação e aperfeiçoamentos constantes e sistemáticos” (p. 29). Este artigo pretende contribuir para a discussão desse tipo de formação e socializar uma experiência que vem acontecendo há, aproximadamente, vinte anos e que tem a participação do Serviço Social, reiterando as dimensões ético-políticas, técnico-operativas, teórico-metodológicas.

---

\* Assistente social, em formação, pela RISM; Especialista em Processos Grupais e Saúde Mental Coletiva – carina@terra.com.br

\*\* Assistente social, em formação, pela RISM – grazirgs@bol.com.br

\*\*\* Doutora em Serviço Social pela PUCRS, Docente na Faculdade de Serviço Social-PUCRS, Assistente Social da Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social do Rio Grande do Sul e Supervisora na RISM – mysabel@terra.com.br

## Formações históricas da exclusão da loucura

As formações históricas, segundo Deleuze (2000), nos interessam na medida em que assinalam de onde nós saímos, o que nos cerca, e aquilo que estamos em vias de romper para encontrar novas relações. Neste sentido é relevante a apreensão do processo histórico da exclusão social da loucura e a construção/desconstrução do manicômio como *locus* da desrazão.

Denominado, por alguns, como o “século dos manicômios”,<sup>1</sup> o século XIX abriu passagem para o século XX com a herança das práticas de exclusão, no que dizia respeito ao trato das enfermidades da mente. Essas práticas encontraram, nos hospitais psiquiátricos e nos leprosários, o estofô para a produção social, que criou conhecimentos, profissões e instituições e que permanece, até este início de século XXI.

Monumento espetacular, o manicômio configurou-se e ainda se configura como espaço rico de produção de verdades e conhecimentos que se “enfrentam, ora como oposição mente-corpo, ora dilema psíquico-físico, ora como dicotomia paixão-razão” (Pessotti, 1996, p. 10). Essas oposições ainda persistem, e da concepção, no século XVIII, de “doença do espírito”, fomentada por explicações mitológicas e demonistas, tendo nos religiosos os cuidadores, a loucura, no início do século XIX, participa da construção de uma nova especialidade médica, a Psiquiatria. A partir de então, por esses diversos caminhos, o manicômio chega a configurar-se como instrumento de cura, tendo na figura do médico seu gestor principal.

O médico deve ser, de certo modo, o princípio de vida de um hospital de alienados. É por ele que tudo deve ser posto em movimento; ele dirige todas as ações, já que é convocado para o ser moderador de todos aos pensamentos. [...] O médico deve ser investido de uma autoridade à qual ninguém deve subtrair-se (Esquirol apud Pessotti, 1996, p. 173).

De “instrumento de cura” a espaço de “tratamentos físicos” (Pessotti, p. 285), o local da perda da razão, disponibilizado a experimentos possíveis no enfrentamento da loucura, tem mantido, no decorrer dos tempos, as mais diversas funções, “as instituições psiquiátricas brasileiras, nos vinte anos de autoritarismo, foram loteadas entre políticos inescrupulosos e administradores de órgãos executivos igualmente irresponsáveis” (Costa, 1991, p. 49).

Segundo Daud Júnior, o saber médico é instrumentalizado a fim de instituir uma certa organização, diante do processo de urbanização, buscando algo compatível com desenvolvimento mercantil, que traz consigo a necessidade disciplinarização/controle da sociedade. A conduta médica de confinamento da loucura se inscreve como forma de regular os conflitos sociais e sanear o ambiente, pautada nos conceitos de degenerescência, moral, organicidade e hereditariedade do transtorno mental, intervindo, então, sobre o corpo do desviante que era inadequado às necessidades de acumulação de capital, segregando o louco do contexto social e agregando-o, confinando-o a fim de tratá-lo. Para esse autor a “disciplinarização é maternidade da normatização, irmão mais velho da institucionalização e a paternidade é capitalista” (2002, p. 36).

Os meios de confinamento, para Deleuze (2000), são moldes e os controles são modulações, como modulação autodeformante, que, atualmente, passam por crises, pois está

---

<sup>1</sup> O século XIX bem merece o título de século dos manicômios. Em nenhum outro século, o número de hospitais destinados a alienados foi tão grande; em nenhum outro, a terapêutica da loucura foi tão vinculada à internação; em nenhum outro século, o número de internações atingiu proporções tão grandes das populações (Pessotti, 1996, p. 9).

se instalando novo regime de dominação, pelo qual o homem não é mais confinado, mas um homem endividado e desta forma,

[...] é verdade que o capitalismo manteve constante a extrema miséria de três quartos da humanidade, pobres demais para dívida, numerosos demais para confinamento: o controle não só terá que enfrentar a dissipação de fronteiras, mas também a explosão dos guetos e favelas (Deleuze, 2000, p. 224).

O reconhecimento da complexidade do fenômeno do sofrimento psíquico, suas implicações na vida dos sujeitos e as críticas ao hospital psiquiátrico criam um desconforto em relação aos saberes instituídos, até então, e impõem a necessidade da desconstrução/reconstrução/construção de novos saberes em saúde mental.

A dinâmica hospitalocêntrica, a valorização do sintoma, a perspectiva da doença, a centralidade na figura do médico são colocados em questão e um novo paradigma se coloca como uma possibilidade de “reinvenção da saúde”: o da desinstitucionalização, onde o Movimento Italiano serviu de inspiração para essa proposta.<sup>2</sup>

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a saúde como direito fundamental e o dever do Estado de garanti-la, também enfatiza a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação da população usuária, de modo que a visão de atenção em saúde busca ações para além dos fatores biológicos, pois ela é compreendida numa relação com o contexto econômico, social e cultural do País, ou seja, os processos de saúde/doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens.

Com a formalização do modelo sanitário, que pressupõe ações integradas de saúde, montam-se equipes multiprofissionais, que visam a uma abordagem interdisciplinar. A interdisciplinariedade propõe o entrelaçamento entre os diversos saberes, ampliando a intervenção, fazendo uma ruptura no modelo de saúde, no qual a pessoa é vista de forma parcelada. Esta nova perspectiva de assistência à saúde abre um amplo horizonte de possibilidades e de enfrentamentos, na busca do exercício da cidadania das pessoas que padecem de sofrimento psíquico.

Na década de 80, a luta antimanicomial, que pressupõe uma mudança de direção, na atenção em saúde mental coletiva, determina a criação a Lei da Reforma Psiquiátrica.<sup>3</sup> Essa Reforma fundamenta-se nos princípios do SUS, buscando a implantação da rede de serviços de atendimento psicossocial com o objetivo de desinstitucionalização psiquiátrica, proporcionando a substituição do modelo hospitalocêntrico. Para Lobosque (2000), o movimento de luta antimanicomial visa à desconstrução dos muros literais ou simbólicos, com os quais a técnica assumiu o mandato de exclusão da loucura do contexto social. A partir dessa ótica, ainda que inicialmente idealizada, são criadas novas abordagens de atuação em saúde mental.

Anunciando esse movimento, em 1984, no Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP / Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, foi criada a Residência em Psiquiatria e Estágio Especializado em Saúde Mental, sob a coordenação do psiquiatra Dr.

<sup>2</sup> O Movimento Italiano centra-se em uma mudança completa do paradigma do saber em saúde mental, e do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário, desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico, até as necessidades mais amplas de caráter social (Vasconcelos, 1997, p. 135).

<sup>3</sup> Lei Estadual 9.716 de 7 de agosto de 1992.

Ellis Busnello. Atualmente, e após reformulações, passa a ser denominada Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva-RISMC.<sup>4</sup>  
Segundo Ceccim,

[...] trata-se de uma Residência Integrada em Saúde por estabelecer a correlação dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado; a integração entre trabalho e educação de diferentes profissões que se constituem como Equipe de Saúde, entre ensino, serviço e gestão do SUS e por fim a integração do campo das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades para alcançar a Atenção Integral à Saúde.

Destaca-se, então, a necessidade de formação dos trabalhadores em saúde em consonância com as demandas sociais, enfatizando as “noções de parceria, interdisciplinariedade, prática multiprofissional e transversal, resolubilidade loco-regional, humanização da assistência e vínculo entre usuários e trabalhadores em saúde”. Considerando a importância da formação dos profissionais para que exerçam, com “familiaridade, as funções estratégicas de qualificação do Sistema Único de Saúde”, a RISMC tem como locus de capacitação o HPSP e os serviços substitutivos da rede pública municipal e estadual (Jaeger, 1999, p. 179).

A RISMC abre espaço para o aperfeiçoamento de profissionais de diferentes áreas, salientando-se, neste artigo, os assistentes sociais, a quem os objetivos<sup>5</sup> traçados interessam, pois, ainda que com limitações, os aproximam da realidade da população atingida pelos serviços de saúde mental, na medida em que propõem: intervenção investigativa e propositiva; ações coletivas e a qualificação para exercer atividades em instituições públicas reiterando a importância da Ética.

## **O Serviço Social na formação em saúde mental coletiva**

Os assistentes sociais fazem parte do corpo da RISMC, desde sua implantação, seja como profissionais, em formação, seja como supervisores/professores. A importância do trabalho interdisciplinar é reconhecida pelos assistentes sociais e a possibilidade de uma formação profissional, que tenha essa premissa, serve como motivação, na perspectiva de novos conhecimentos para intervenção social.

É colocado por alguns autores que “o setor de saúde mental, dentro do conjunto do setor de saúde, é reconhecido hoje no país como o que mais avançou na direção da interdisciplinaridade” (Vasconcelos, 1997, p. 151). Esse avanço, no sentido de uma busca pela complementação, pelo alargamento do olhar, pelo reconhecimento da precariedade dos conhecimentos frente à riqueza da realidade, define a interdisciplinaridade como,

---

<sup>4</sup> A Residência Integrada em Saúde é de responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

<sup>5</sup> A Residência em Saúde, objetiva qualificar os profissionais envolvidos, para uma intervenção analítica, crítica, investigativa e propositiva no âmbito técnico, administrativo e político em saúde mental. Este profissional, ao término de seu treinamento, deverá conhecer as possibilidades de intervenção terapêutica e estar apto a intervir em nível individual e coletivo. Desta forma deve estar preparado, prioritariamente, para exercitar suas atividades em instituições públicas (SUS), mas também preparado para competir no mercado de trabalho, em suas várias possibilidades, e finalmente deverá ser um profissional competente, crítico e comprometido com sua ética profissional (Regulamento da RIS, 2002).

[...] postura profissional que permite se pôr a transitar no “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, 1998, p. 156).

Concomitantemente com esses avanços, na área da Saúde Mental, acontecem os questionamentos internos quanto à formação dos assistentes sociais e quanto ao projeto ético-político da profissão, “desde os anos 80, tenho como preocupação central à análise do significado social da profissão no processo de reprodução das relações sociais” (Iamamoto, 2001, p. 28).

Para uma profissão que tem construído parte de sua história, investindo na implementação de políticas públicas como “executores terminais”, a descentralização das políticas sociais impõe a construção de outros conhecimentos no Serviço Social que incidam “na esfera da formulação e avaliação de políticas, assim como no planejamento e gestão, inscritos em equipes multiprofissionais” (Iamamoto, 2001, p. 27).

Essa imposição da realidade alarga e direciona o olhar dos profissionais para capacitações de caráter multiprofissional e interdisciplinar, as quais, na mesma medida em que aportam conhecimentos novos, também permitem ao assistente social compartilhar seus conhecimentos e participar da construção de práticas integradoras que tenham como estofa a luta pelo reconhecimento dos direitos humanos. O conhecimento é concebido como meio de trabalho que o assistente social aciona para exercer suas ações, contribuindo para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação; através dele torna-se possível “decifrar a realidade, e clarear condução do trabalho a ser realizado” (Iamamoto, 1997, p. 63).

A participação dos assistentes sociais na RISMC inicia um diálogo quanto à prática institucionalizada, dentro do HPSP, que era pautada na visão funcionalista, ou seja, de disfunção, de patologia; desta forma, o portador de sofrimento psíquico era visto como um desviante e seus familiares eram avaliados como culpados/inocentes, o que acarretava o aprofundamento do estigma, do abandono familiar e social. Conforme Melman (2001), é necessário escapar do olhar familiarocêntrico<sup>6</sup> e romper com o julgamento e a dualidade para além do bem e do mal das relações familiares.

O Serviço Social, no HPSP, “tradicionalmente” atende à família, aos encaminhamentos para alta, às providências quanto à documentação e ao contato com a comunidade de origem (rede). A RISMC qualifica o processo de trabalho do assistente social para que ele contribua, de forma significativa, para a compreensão dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico e intervenção na realidade vivenciada por eles.

Desta forma o objeto de trabalho do assistente social no campo da saúde mental, além do “tradicionalmente” citado, abrange a compreensão das questões sociais imbricadas no processo de saúde/doença e de sua configuração nas relações, familiares, culturais e econômicas dos sujeitos envolvidos, objetivando sua inclusão social, através da atenção integral dispensada a eles. Entende-se processo de trabalho como conjunto de ações pautadas nas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, que subsidiam as múltiplas intervenções sociais.

Para Iamamoto (1997, p. 69), “o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob forma de serviço, que tem produtos; interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideopolítica dos indivíduos sociais”. Na

---

<sup>6</sup> Para o autor significa deslocar a instituição familiar do lugar central que ocupa em nossa cultura. (Melman, 2001).

perspectiva desta autora, o assistente social pode contribuir para o reforço da hegemonia vigente ou criação de uma contra-hegemonia, no cenário da vida social.

Pelbart aponta que vivemos sob hegemonia do Império da Razão, na qual nossa racionalidade é carcerária: confinamos a desrazão (loucura), burocratizamos o desejo, então é necessário, “libertar-se do manicômio mental”, para que seja possível a inclusão/convivência no cotidiano entre desrazão e razão. Isto significa direito a desrazão, “sem confiná-la àquele cantinho privado e secreto chamado psiquismo de nossas fantasias” (Pelbart, 2000, p. 137). Isto implica, (re)inventar o espaço social de nossas loucuras, das diferentes construções subjetivas, libertar as amarras da verdade. Esta transformação é difícil, porque não basta gritar palavras ou chavões de ordem “viva diferença” (disfarçando ou camuflando a razão); neste processo está imbricada uma visão de homem e mundo que exige uma metamorfose da racionalidade excludente, para uma racionalidade includente.

A partir dessa perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a especialização do assistente social na área de Saúde Mental tem duas ênfases no HPSP:

(1) A primeira ênfase se dá na área hospitalar que abrange as situações de internações por emergências psiquiátricas, quando o assistente social trabalha com o portador de sofrimento psíquico, dispensa cuidados necessários aos familiares, visando ao retorno à comunidade, após o tratamento do paciente. Para isso, faz as articulações da rede na atenção integral dos sujeitos e para continuidade do tratamento de saúde. O atendimento social do usuário trabalha essas relações no campo das possibilidades, minimizando dificuldades interpessoais e prevenindo processos de exclusão, na comunidade.

O atendimento social é espaço de escuta, diálogo, reflexão, orientação, estratégia e articulação que tem sua base no vínculo e no comprometimento com o portador de sofrimento psíquico e seus familiares, visa a ações extramuros inclusivas e o exercício de cidadania e autonomia. A escuta é, pois, fundamental.

Desde alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato [...] através de suas palavras era que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas (Foucault, 1996, p. 11).

Nesta formação são incluídas e privilegiadas as abordagens de grupo constituindo um território coletivo, de troca frente às dificuldades acarretadas a partir do adoecer, da identificação de problemas comuns e de fortalecimento da identidade e dos vínculos sócio-afetivos. É enfatizado o acesso ao saber e aos direitos, instrumentalizando os familiares e portadores de sofrimento psíquico frente ao processo de saúde/doença/tratamento e implicações no contexto social, possibilitando, dessa forma, um olhar coletivo para questões que, até então, eram vistas como individuais, singulares. Essa dimensão coletiva contribui para a construção de vínculos solidários, rompendo com o isolamento da situação e individualismo, estabelecendo redes de apoio mútuo como segmento social. O trabalho em grupo contribui para o sentimento de pertencimento. Segundo Castro et al. (2001), o pertencimento também é acionado para lidar com a exclusão social, rejeições da família e o estranhamento dos outros.

Segundo Vasconcelos (1997), a democratização da informação contribui para instrumentalização da população, indagação e ação sobre a realidade social, sendo que o aspecto educativo é direcionado para a transformação das condições geradas pelos problemas vivenciados, buscando auxiliar nas mudanças políticas, econômicas, culturais e sociais.

(2) A segunda ênfase é dada ao movimento de desinstitucionalização dos portadores de sofrimentos, que moram no Hospital Psiquiátrico São Pedro, e que estão segregados devido ao estigma,<sup>7</sup> e ao abandono familiar e social.

A desinstitucionalização, segundo Boarini (2002, p. 74), rompe com o paradigma que estabelece “a loucura como sinônimo de incapacidade e periculosidade e, por esta razão, justifica, adota, e advoga medidas de tutela e exclusão”. Rotelli (1992), enfatiza que é uma transformação das relações de poder sendo um grande processo social que implica trabalhar a desinstitucionalização das relações familiares, dos âmbitos sociais, dos lugares de trabalho, dos serviços sanitários e das instituições de controle social. O mesmo autor refere que a verdadeira desinstitucionalização é um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a esse tão diferente objeto.

O trabalho com moradores do Hospital São Pedro é centrada na reabilitação psicossocial, por meio de suas ações interdisciplinares, objetivando a construção de vínculos afetivos, sociais e de autonomia que visam à ruptura do estigma e ao resgate da história de vida, da identidade social e a abertura de canais para o exercício da cidadania dos sujeitos institucionalizados que perderam suas referências sociais e familiares, durante o processo de internação/hospitalização. Busca-se a preparação/inserção nos residenciais terapêuticos, Projeto Morada São Pedro Cidadão.

Esse projeto tem como objetivo geral redimensionar a atenção em saúde mental; visa a desconstrução do Hospital Psiquiátrico São Pedro, integrando as áreas de Saúde, Educação, Habitação, Justiça, Cultura, Meio Ambiente, Obras e Planejamento, tanto instâncias governamentais como não governamentais, incluindo o controle social. Prioriza ações extramuros, através da participação/aproximação na comunidade, possibilitando/resgatando capacidades de relações sociais e interpessoais perdidas no processo de institucionalização. É um trabalho de travessia que busca inserções, rompendo a antiga compreensão fragmentada de interação-exclusão; o viés de intervenção se dá na contextualização do sofrimento psíquico que procura através dos contratos de inserção, a construção de uma valoração própria do sujeito num espaço de subjetividade, com aumento de autonomia e comunicação inter-relacional (Monteiro et al., 2002, p. 139).

Segundo Goffman (1992), ao indivíduo inserido na instituição total<sup>8</sup> ocorre um processo de “mortificação do eu”, que tem repercussões na construção da identidade e nas relações sociais. Este processo é desencadeado por vários fatores, entre os quais estão a ruptura com sociedade mais ampla e com a vida familiar; afastamento que causa ao indivíduo transformações de seus valores culturais, podendo incorporar a cultura institucional. Devido ao longo período em que os sujeitos ficam segregados, sem ter contato com o mundo externo, eles sofrem modificações em sua percepção a respeito de si e dos outros sujeitos. É possível que, durante as internações também sofram humilhações e rebaixamentos por parte de funcionários da instituição, como forma de controle. Os mecanismos de dominação buscam diferenciar o portador de sofrimento psíquico, como ser humano, dos funcionários, ou seja, ambos são humanos, porém, o louco é incapaz, perigoso e imprevisível, por ter sofrido o rompimento da razão.

O cumprimento de rotinas e normas relativamente padronizadas e impostas pela Instituição impossibilitam o exercício de sua subjetividade. Muitas vezes as normas se sobrepõem às relações humanas, sendo utilizadas como forma de opressão e retirada da

---

<sup>7</sup> O autor aborda que o estigma refere-se aos padrões de normalidade que estão imbricados nos atributos esperados da identidade social da pessoa, que não correspondem aos padrões considerados “normais e esperados”, de forma que são estigmatizadas, ou seja, deixam de considerá-la uma pessoa comum e total, sendo reduzida a uma pessoa estragada e diminuída que tem como efeito o descrédito frente a suas potencialidades como um todo (Goffman, 1982).

<sup>8</sup> Goffman destaca que a instituição total pode ser definida como local de residência e trabalho, onde há grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, por considerável período (1982).

autonomia da pessoa portadora de sofrimento psíquico, cuja vida se torna pública, seus gestos e comportamentos são controlados e avaliados. São “obrigados” a relatar sua história de vida, ocorrendo assim, a violação da reserva de informações sobre o seu *eu*, sobre fatos a respeito de sua posição social e comportamento, que ficam registrados em processos judiciais, à disposição de outras pessoas. Os quartos coletivos expõem a intimidade da pessoa, há a perda da privacidade e a extrema visibilidade.

Na abordagem em saúde mental, preconizada pela desinstitucionalização, há a ruptura com essa dinâmica e a busca de soluções coletivas e de alternativas criativas, bem como o rompimento de práticas que priorizavam o patológico e controle. Neste sentido,

[...] significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo que pequenos, que escapem ao controle, ou engrenar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzido. É no nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, submissão a um controle. Necessita-se, ao mesmo tempo, de criação e povo (Deleuze, 2000, p. 218).

## Conclusão

No processo de trabalho dos assistentes sociais da RISMIC, o conhecimento incide principalmente sobre a realidade social dos usuários, a dinâmica familiar, os pontos de fragilização, o desvelamento das potencialidades e competências, o prognóstico de inclusão social e o fortalecimento dos laços de sociabilidade, a construção/articulação/participação em uma rede social, a investigação quanto ao contexto social e econômico da família e à situação previdenciária. São eles que capacitam as equipes para o conhecimento sobre as políticas públicas e seus reflexos na vida dos usuários, traduzindo as expressões da questão social e como ela se expressa no espaço da prática, contribuindo para o conhecimento sobre o modo de vida, sobre as características culturais da população atendida, subsidiando os planos da equipe, de forma que contemplem a condição de vida e as necessidades sociais do segmento atendido.

Iamamoto (1997) coloca que o assistente social, como profissional, deve conhecer as questões de sobrevivência social e material, viabilizar o acesso/implementar ações que incida sobre essas condições, as repercussões no campo dos valores, dos comportamentos, da cultura, do conhecimento, tendo efeitos reais que interfiram na construção da vida dos sujeitos. Essas ações reiteram que:

[...] a perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrário, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes deste mesmo objeto, desta mesma prática (Rodrigues, 1998, p. 156).

Os assistentes sociais, na perspectiva do movimento antimanicomial, são aqueles que buscam abrir espaços para a escuta dos “loucos” e de seus familiares, reconstruindo relações que foram ignoradas por mais de um século, por práticas de exclusão, tornando-se, deste modo, mediadores das relações institucionais.

Para Vasconcelos,



[...] nada mais salutar para quebrar as especialidades e as identidades profissionais parciais do que *dar voz aos usuários e seus familiares*, para que reafirmem a complexidade de suas realidades, suas demandas e suas avaliações sobre a assistência, bem como para construírem, junto com os trabalhadores, dispositivos de reinvenção da vida que não se limitem à concepção de assistência convencional (1997, p. 154).

Conforme foi citado anteriormente, o assistente social encontra na formação em Saúde Mental, fundamentada na Lei do SUS e da Reforma Psiquiátrica, a ruptura com ações reprodutivas e a reformulação de conceitos, visões e intervenções sociais em uma perspectiva de desinstitucionalização e ações integradas.

Através do trabalho interdisciplinar, é possível compreender o sofrimento psíquico como um fenômeno complexo que exige a integração dos diversos saberes, na busca da humanização da atenção à saúde mental coletiva. Enfim, é fundamental reiterar que o saber do assistente social tem espaço legitimado na construção desse processo.

### Referências

- BOARINI, Maria Lúcia. O psicólogo e a desinstitucionalização. In: *Desafios na atenção a saúde mental*. Maringá: Editora da Universidade de Maringá: 2002
- CASTRO, Mary et.al. *Cultivando vida desarmando violências*. UNESCO, Brasília: 2001.
- CECCIM, Ricardo Burg. *Manual do Processo Seletivo da Residência Integrada em Saúde. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: 2002/2003.
- COSTA, Jurandir Freire. Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. In: *Clínica do social*. São Paulo: Escuta, 1991.
- DAUD, Nacile Junior. Considerações históricas-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do doente mental. In: *Desafios na atenção a saúde mental*. Maringá: Editora da Universidade de Maringá: 2002.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000.
- FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola. 1996.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- . *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio Janeiro: Zahar, 1982.
- IAMAMOTO, Marilda. A questão social no capitalismo. In: *Temporalis/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*, Brasília, Graffline, n. 3, 2001.
- . *O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas*. Fortaleza: 1997.
- JAEGER, Maria Luiza. Portaria nº 16/99. *Boletim da Saúde*, v. 14, n. 1, 1999-2000, p. 179.
- LOBOSQUE, A. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. Hucitec, cap. 1. São Paulo: 1997.
- MELMAN, Jonas. *Família e doença mental – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001. cap. 5, p. 141-150.
- MONTEIRO, Jaqueline da R.; DIAS, Miriam T. Guterres; CRUZ, Régis A. Campos; FRICHEMBRUDER, Simone C. Projeto Morada São Pedro. In: *O fazer em saúde mental coletiva*. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.

- PELBART, Peter. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: *Saúdeloucura* 2. 3. ed. São Paulo: 2000.
- PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.
- RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública. *Regulamento da Residência Integrada em Saúde*. Porto Alegre: 2002.
- . Secretaria da Saúde. *SUS é Legal: Legislação Federal e Estadual*. Porto Alegre: 2000.
- RODRIGUES ON, Maria Lucia; MARTINELLI, Maria Lucia; MUCHAIL, Salma Tannus (orgs.). O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez, 1998.
- ROTELLI, Franco. Desospitalização. in: Conselho Regional de Psicologia – Anais do II Conpisc, Oboré, São Paulo: 1992
- ; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- VASCONCELOS, Ana Maria. *A prática do Serviço Social, cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. Cortez, São Paulo: 2002.
- . Serviço Social e Prática Reflexiva. In: *Em Pauta*. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n. 10, jul. 1997, p. 131-181.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e interdisciplinariedade: o exemplo da saúde mental. In: *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 54, p. 132-157, 1997.