

série
assistente social no combate ao

preconceito

discriminação contra a
população usuária da
saúde mental

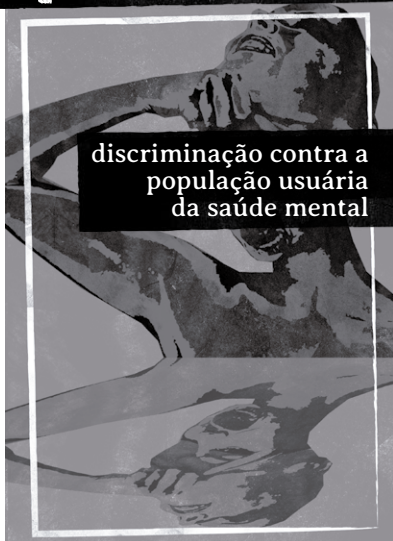


série
assistente social no combate ao
preconceito

discriminação contra a
população usuária da
saúde mental

série
assistente social no combate ao
preconceito

caderno 8 ///



**discriminação contra a
população usuária
da saúde mental**

Elaboração do texto

Rachel Gouveia Passos

Organização e edição de conteúdo

Comissão de Ética e Direitos Humanos CFESS

Kelly Melatti (coordenadora),
Mauricleia dos Santos, Dácia Teles,
Emilly Marques e Adriane Tomazelli
(assessora especial)

Revisão

Assessoria de Comunicação CFESS
Diogo Adjuto e Rafael Werkema

Projeto gráfico, diagramação e capa

Rafael Werkema

Brasília (DF), 2022

ISBN: 978-65-86322-08-8

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS

*Gestão Melhor ir à luta com raça e classe em defesa
do Serviço Social (2020-2023)*

COMPOSIÇÃO

Presidente

Elizabeth Borges (BA)

Vice-presidente

Maria Rocha (PA)

1ª Secretária

Dácia Teles (RJ)

2ª Secretária

Carla Pereira (MG)

1ª Tesoureira

Kelly Melatti (SP)

2ª Tesoureira

Francieli Borsato (MS)

Conselho Fiscal

Lylia Rojas (AL)

Priscilla Cordeiro (PE)

Alessandra Dias (AP)

Suplentes

Elaine Pelaez (RJ)

Mauricleia Soares (SP)

Agnaldo Knevitz (RS)

Dilma Franclin (BA)

Emilly Marques (ES)

Ruth Bittencourt (CE)

Eunice Damasceno (MA)

Kênia Figueiredo (DF)



SHS Quadra 6 - Bloco E

Complexo Brasil 21 - 20º Andar - Sala 2001

CEP: 70322-915 - Brasília - DF

Tel.: (61) 3223-1652 | e-mail: cfess@cfess.org.br

Site: www.cfess.org.br

SUMÁRIO

Apresentação	7
Afinal, qual o lugar da loucura na nossa sociedade?.....	9
Doença mental, transtorno mental ou sofrimento psicossocial?.....	11
Luta antimanicomial, desinstitucionalização e o cuidado em liberdade.....	13
Marcos legais da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	16
Considerações para o trabalho de assistentes sociais na saúde mental	17
Sugestões de redes sociais, podcast, expressões artísticas, filmes e publicações	20
Referências e indicações de leitura.....	21

APRESENTAÇÃO

Reafirmando o compromisso da categoria de assistentes sociais em defesa dos direitos humanos, a gestão *Melhor ir à luta com raça e classe em defesa do Serviço Social* (triênio 2020/2023), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), dá continuidade à série de cadernos **Assistente Social no combate ao preconceito**. O projeto, lançado em 2016 pela gestão *Tecendo na luta a manhã desejada* (triênio 2014/2017), se tornou referência para o debate dentro do Serviço Social sobre o preconceito e suas expressões.

Os textos têm como objetivo orientar e estimular os/as assistentes sociais a uma compreensão crítica das variadas situações de preconceito enfrentadas nos encaminhamentos cotidianos do exercício profissional – algumas ocasionais e outras afirmadas em aspectos sociais e culturais que afetam os sujeitos envolvidos.

No formato, em função da linguagem direta, os cadernos da série propõem-se a dialogar com os/as profissionais, problematizando o preconceito, suas origens e fundamentos históricos. A ideia é provocar a reflexão e contribuir para as estratégias efetivas de enfrentamento da reprodução do preconceito, chamando a categoria à responsabilidade ética na defesa do projeto ético-político.

O preconceito é expressão das relações conservadoras da sociabilidade burguesa e de seu individualismo, que, por sua vez, remete à exploração, cada vez mais bárbara, do trabalho pelo capital. A banalização destes fundamentos representa um desvalor, que emerge nas mais diferentes formas da vida cotidiana, e o desafio do seu enfrentamento deve provocar, na categoria de assistentes sociais, processos de autorreflexão, com vistas a uma intervenção profissional marcada por ações emancipatórias, na perspectiva de outra ordem societária.

Em tempos de fortalecimento do conservadorismo, de violação dos direitos e de criminalização da pobreza, a série **Assistente Social no combate ao preconceito** fortalece a dimensão política da profissão, respaldada pelos princípios éticos de um Serviço Social que não discrimina “por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade,

orientação sexual, identidade de Gênero, idade e condição física”, como aponta nosso Código de Ética Profissional.

A abordagem dos cadernos da série sobre as inúmeras formas de preconceitos nos mostra não só as diversas práticas de discriminação contra formas de vida e modos de comportamento, mas também que os diferentes preconceitos – sejam contra as mulheres, a população negra, LGBT entre outras – partem de uma mesma atitude, de um mesmo comportamento e forma de pensar.

É nesse sentido que a série **Assistente Social no combate ao preconceito** aqui apresentada pretende dar suporte aos/às assistentes sociais, para que se mantenham permanentemente vigilantes em seus posicionamentos éticos e políticos, de modo a transformá-los em ações que combatam as diversas manifestações do preconceito, refletidas no moralismo exacerbado e no controle de corpos e mentes, tão presente nas dinâmicas socioinstitucionais.

Boa leitura!

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

Afinal, qual o lugar da loucura na nossa sociedade?

A iniciativa do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) de organizar e publicar a série *Assistente social no combate ao preconceito* cumpre um importante papel de socializar, de maneira didática, análises críticas que debatem a materialização das opressões ocorridas no cotidiano da vida social. Podemos dizer que a acessibilidade de materiais que abordam temas do dia a dia do trabalho profissional possibilita melhores análises e encaminhamentos, principalmente de assuntos pouco explorados no processo de formação. Dessa forma, o presente volume busca retratar sobre o preconceito que atravessa a população usuária atendida nos serviços de saúde mental.

Historicamente a loucura ocupou diferentes lugares e significados. Já foi considerada como algo sobrenatural, demoníaco, bruxaria e castigo dos deuses, o que rebate ainda hoje em algumas noções que compreendem essa experiência com um certo misticismo. Não é uma tarefa fácil abordar sobre a noção de loucura, já que muitos significados são trazidos por diferentes culturas, para lidar com a complexidade do existir e sofrer.

Michel Foucault, no livro *História da Loucura*, nos possibilita conhecer os diferentes tratamentos dispensados para os/as considerados/as loucos/as até o nascimento dos asilos. No final da Idade Média, na sociedade ocidental, os antigos leprosários cumpriram um papel significativo de se tornarem espaços para isolar os/as loucos/as. Não havia uma ciência específica que poderia explicar as manifestações daqueles que eram os “loucos de todo o gênero” e, por isso, a necessidade de afastá-los de suas famílias, do território e da convivência com a comunidade.

Podemos dizer que a Revolução Francesa é um marco importante para analisarmos a construção social, política, econômica, cultural, ética e estética da noção de loucura estabelecida nos marcos da modernidade. Philippe Pinel, reconhecido como o pai da psiquiatria, foi um revolucionário francês que deu os primeiros passos para a construção do conhecimento e tratamento direcionado para os/as loucos/as.

De acordo com Amarante (2007, p. 30), Philippe Pinel elaborou uma “primeira classificação de enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão de alienista”, o que possibilitou a criação das bases da ciência psiquiátrica. Pinel retirou as correntes e propôs um modelo de tratamento asilar, tendo como base o isolamento como principal estratégia. Tal princípio foi consolidado como componente da produção do conhecimento, pois o hospital psiquiátrico tornou-se o espaço de observação, estudo, análise e classificação, ao mesmo tempo que recebeu a função disciplinar, cumprindo a tarefa de ser uma instituição terapêutica.

É importante destacar que os hospitais foram medicalizados, ou seja, foram ocupados pela medicina e transformados em espaço de tratamento médico. O asilo, outrora um espaço de filantropia, transformou-se em hospício e reorganizado a partir do saber e do poder médico, saindo de uma lógica caritativa, para terapêutica. Destacamos que o modelo pineliano de tratamento propagou-se como ideal moderno, sendo incorporado em diferentes países, principalmente na sociedade ocidental.

Ao mesmo tempo que ocorreu a produção de um tipo de conhecimento sobre o adoecimento psíquico, tivemos a homogeneização e o enquadramento das experiências. A psiquiatria foi e tem sido fundamental para justificar a internação e o isolamento de corpos e subjetividades considerados historicamente desviantes, perigosos e irracionais. Fruto do desenvolvimento do capitalismo, a psiquiatria cumpre um papel importante na propagação do racismo, patriarcado e classismo, por meio da patologização da existência. Portanto, ao retomarmos suas bases clássicas, objetivamos reconhecer sua funcionalidade na afirmação de uma suposta normalidade psíquica, sem negar o sofrimento e o adoecimento.

No Brasil, o primeiro hospício foi inaugurado no Rio de Janeiro (RJ), em 1852, denominado de Hospício Pedro II, localizado na Praia Vermelha. Por aqui, a propagação da experiência francesa ganhou adeptos e adeptas e se expandiu rapidamente, tendo o modelo manicomial como principal estratégia moderna para o tratamento dos “loucos de todo o gênero”. Lima Barreto, em *Cemitério dos vivos*, a partir de sua experiência de internação no Hospício Pedro II, denunciou a presença hegemônica de pessoas negras nesse espaço, revelando como essa tecnologia serviu para produzir estratégias de controle para as denominadas classes prigosas.

A psiquiatria não só moldou as estratégias de tratamento, como também propagou uma concepção de loucura baseada no eugenismo e no racis-

mo. A noção de sujeitos perigosos – que forjou a identidade nacional – atrelou-se à ideia de periculosidade, afirmando que determinados sujeitos são considerados perigosos e, para eles, destinaram-se as instituições totais, como as prisões e os manicômios judiciários, sendo fundamentais para produzir a contenção e o controle dos corpos e subjetividades. Dessa forma, por um lado, temos a noção de doença mental na tentativa de promover a cura e, por outro, a periculosidade que objetiva o ajuste e o enquadramento daqueles que cometem crimes.

Nesse sentido, compreendemos que o aparato manicomial – o saber e o poder médico, o isolamento, a violência, a internação e o hospital psiquiátrico – cumpre um papel importante na propagação da sociabilidade burguesa e no desenvolvimento do capitalismo, por meio da patologização e medicalização da vida. Portanto, as instituições da violência (BASAGLIA, 2005) não só cumprem o objetivo de trancar, tratar e ajustar, como também produzem a morte subjetiva, por meio da institucionalização, em especial, da população considerada desviante e perigosa: negros, pobres, mulheres e LGBTQIAP+ (PASSOS; PEREIRA, 2007).

Compreendemos que o aparato manicomial – o saber e o poder médico, o isolamento, a violência, a internação e o hospital psiquiátrico – cumpre um papel importante na propagação da sociabilidade burguesa e no desenvolvimento do capitalismo, por meio da patologização e medicalização da vida.

Doença mental, transtorno mental ou sofrimento psicossocial?

A forma como denominamos a experiência do sofrimento e/ou adoecimento psíquico corrobora com a propagação do preconceito que atravessa as/os usuárias/os atendidas/os nos diferentes serviços de saúde mental. A própria noção de loucura reforça as ideias de periculosidade, insanidade e descontrole, afirmando que as pessoas que apresentam algum sofrimento ou adoecimento psicossocial colocam a sociedade em risco, o que torna necessária a produção de equipamentos que possam promover o controle dos corpos e subjetividades considerados desviantes.

Dessa forma, é essencial compreendermos que o processo de sofrimento e adoecimento psicossocial pode ocorrer com qualquer pessoa, além de não ser uma questão meramente individual, e, sim, coletiva.

Com a proposta da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, tornou-se primordial promover inúmeras mudanças, dentre elas, a transformação da dimensão sociocultural (AMARANTE, 2007), ou seja, transformar o lugar social destinado para o/a louco/a e a loucura. Para isso, a denominação da experiência precisou sofrer mudanças e produzir, nas relações sociais, o deslocamento de lugar.

Franco Basaglia, psiquiatra e militante antimanicomial italiano, nos auxilia para a construção de uma outra compreensão sobre a experiência da loucura. Para o autor, a psiquiatria separou o objeto fictício, a doença, da existência do sujeito e das relações sociais. O que fez com que a psiquiatria fosse direcionada para algo externo aos sujeitos. Dessa forma, a centralidade da intervenção psiquiátrica nunca foi o sujeito, e, sim, a doença mental que seria produto da natureza (BASAGLIA, 2005).

Como proposta para transformar a concepção clássica de entendimento da loucura que foi alocada no lugar de doença mental pela psiquiatria clássica, Basaglia assinalou que era preciso colocar a “doença entre parênteses” para ocupar-se do sujeito. Ou seja, inverte-se a lógica psiquiátrica a partir do momento em que a doença deixa de ser o centro da intervenção. Assim, Basaglia não só apontou a necessidade de deslocamento da compreensão epistemológica sobre doença mental, como também propõe mudança na atuação profissional.

Conforme assinala Amarante (2007; p. 67), “a doença entre parênteses não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental”. A proposta é trazer para o centro da intervenção o sujeito e suas experiências, já que cada pessoa responde à realidade e suas contradições de forma singular. Logo, o que é identificado como doença é a expressão singular do sujeito no mundo e como a realidade social rebate na sua constituição subjetiva e objetiva.

Ao apreendermos que cada pessoa responde à realidade social de maneira distinta, sentindo dores, sofrimento, angústia, é necessário reconhecer que algumas precisam de maior suporte em saúde mental, para lidarem

com a complexidade do existir e sofrer. Dessa forma, utilizamos o termo sofrimento ou adoecimento psicossocial para nos remetermos àqueles que sofrem intensamente, permitindo que a experiência-sofrimento não seja reduzida a uma desordem e/ou periculosidade. Além disso, reconhecemos que a produção do sofrimento e adoecimento é constituída pelas relações de gênero, raça e classe, inclusive as formas de abordagem e intervenção se diferenciam a partir disso.

Dessa forma, tanto a noção de doença mental, quanto a de transtorno mental reforçam a concepção de perturbação e desordem, o que dá a ideia de que o sujeito porta um desequilíbrio. Amarante (2007) chama atenção para esses dois termos que são adotados pela psiquiatria e merecem críticas, já que reafirmam a noção de normalidade mental que, inclusive, subsidia a reprodução da produção do sofrimento e do adoecimento psicossocial como estratégias de perpetuação da sociabilidade burguesa.

Luta Antimanicomial, desinstitucionalização e o cuidado em liberdade

Nascida no bojo das lutas sociais que emergiram no cenário da ditadura militar, diferentes profissionais do campo da saúde mental iniciaram denúncias sobre as violações, violências e péssimas condições de trabalho no interior dos hospitais psiquiátricos. Além disso, foi durante esse período que tivemos o aumento do fluxo de internações em hospitais psiquiátricos privados, o que ocorreu sem controle.

Fortemente influenciada pela experiência da Reforma Psiquiátrica italiana, a Luta Antimanicomial brasileira emerge com princípios que seguem na orientação da transformação radical da sociedade. Em 1987, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP), inaugurou-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Naquele momento, assumiu-se o direcionamento pela extinção radical dos manicômios, tendo como fruto a Carta de Bauru, marcando os princípios fundantes e o dia 18 de maio escolhido para afirmar a importância dessa luta.

No processo de construção da Luta Antimanicomial, tivemos diferentes caminhos para a viabilização das mudanças almejadas para reformulação da assistência em saúde mental. Adotou-se a via institucional, por meio da ocupação do espaço estatal, e também o fortalecimento das

bases dos movimentos sociais. Dessa forma, podemos dizer que há diferenças na construção das frentes de intervenção ocupadas pelos múltiplos atores, o que diferencia, inclusive, a Luta Antimanicomial da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica está em disputa em seu interior, assim como a própria Luta Antimanicomial, que não é homogênea, seja nas estratégias e táticas, como na concepção teórica, política e filosófica. Portanto, podemos ter uma Reforma Psiquiátrica que não seja favorável ao fim dos manicômios, produzindo apenas mudanças nos campos legislativos e assistencial (PASSOS, 2007). Assim, chamamos atenção para a importância do debate a partir de uma compreensão crítica da realidade, tendo a historicidade, a totalidade e a contradição como base.

A Reforma Psiquiátrica instituiu-se tendo como estratégia central e basilar a desinstitucionalização. Diferente da noção de desospitalização, que é meramente a alta hospitalar, a desinstitucionalização é um processo contínuo de invenção de novas formas sociais de lidar com a experiência da loucura, buscando a criação de serviços e redes localizadas no território de moradia. Isso significa que é preciso implantar equipamentos que promovam o tratamento, a moradia e o lazer, já que o hospício sequestrou e retirou vínculos e acessos.

Para a efetivação da desinstitucionalização, que é a saída responsável das pessoas que passaram anos institucionalizadas nos hospitais psiquiátricos, foi necessária a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), viabilizando a cobertura assistencial de 24 horas e 7 dias da semana. A Raps precisou ser construída a partir da pluralidade das experiências e dos sofrimentos, sendo necessária uma cobertura que não se limite à intervenção na crise, mas direcionada para a promoção do suporte diário e na produção da vida.

Questionando as bases do modelo clássico, tornou-se urgente mudar o processo de trabalho e as práticas interventivas, já que a ideia era contrapor o aparato manicomial. Dessa forma, modificou-se a compreensão teórica e assistencial acerca da noção da loucura, estabelecendo um novo campo denominado de Atenção Psicossocial. Segundo Amarante (2007), existem quatro dimensões fundamentais que compõem o campo da saúde mental e da atenção psicossocial, são eles: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

Diferente da lógica hospitalocêntrica, centrada no isolamento, internação e violência, a Atenção Psicossocial propõe a viabilização do cuidado em liberdade, sendo necessária a construção coletiva dessa responsabilidade. Com isso, há uma corresponsabilidade entre serviço, família e comunidade, para melhor divisão desse suporte diário. Apostar na autonomia, na emancipação e na liberdade são fundamentais para que o cuidado em saúde mental seja construído, tornando-se fundamental a escuta, o acolhimento e a responsabilidade das instituições e dos atores envolvidos no processo.

Ao longo dos anos 1990, diferentes experiências foram sendo construídas, proporcionando uma implantação progressiva do modelo assistencial em saúde mental, pautada no princípio da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade. O primeiro serviço de saúde mental inaugurado no país, que seguiu os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, foi o

A Reforma Psiquiátrica instituiu-se tendo como estratégia central e basilar a desinstitucionalização. Diferente da noção de desospitalização, que é meramente a alta hospitalar, a desinstitucionalização é um processo contínuo de invenção de novas formas sociais de lidar com a experiência da loucura, buscando a criação de serviços e redes localizadas no território de moradia.

Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Luiz Cerqueira, localizado na cidade de São Paulo (SP) no ano de 1987 e gerido pela Secretaria Estadual de Saúde. Já em relação aos equipamentos municipais, os primeiros surgiram na cidade de Santos (SP) em 1989, e foram denominados de Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), funcionando 24 horas por dia e com leitos para acolhimento noturno.

O Caps tornou-se o dispositivo selecionado pelo Ministério da Saúde para estar como organizador do cuidado em saúde mental, sendo ele o responsável pelo matriciamento no território. A proposta é a realização dos atendimentos em saúde mental, o diálogo com a comunidade sobre o novo modo de “operar o cuidado” e promover a desinstitucionalização. Mas o Caps não pode operacionalizar o cuidado em saúde mental sem articulação com outros equipamentos da saúde, saúde mental e das demais

políticas públicas. O sujeito atendido nesse equipamento é responsabilidade coletiva e não pode ser reduzido à sua experiência de sofrimento.

Em síntese: a Reforma Psiquiátrica, baseada na Luta Antimanicomial, propõe a superação do modelo asilar e, para isso, tornou-se necessária a progressiva substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade. Essa rede precisa atender às necessidades dos sujeitos, dando cobertura e atenção integral aos usuários, usuárias e familiares, fortalecendo a diversidade de oferta e a desinstitucionalização. Os serviços que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial, são: Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); Centros de Convivência e Cultura (Ceccos); Leitos em Hospitais Gerais; Unidades Básicas de Saúde (UBS); Programa de Volta Para Casa (PVC); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); Unidades de Acolhimento (UA).

Marcos legais da Reforma Psiquiátrica brasileira

De acordo com Amarante (2007, p. 69), a revisão da legislação é um dos desafios da dimensão jurídico-política, já que “tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico”. Nesse sentido, uma das estratégias adotadas foi disputar as legislações, para que fosse viável a implantação da Reforma Psiquiátrica no interior do aparato estatal.

Como pontapé inicial, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado, apresentou o projeto de lei nº 3657, que propunha a extinção gradativa dos manicômios e sua substituição por serviços territoriais. A proposta original teve mudanças consideráveis, até ser aprovada depois de 12 anos tramitando, dando origem à Lei 10.216/2001, conhecida como “Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica”, que substituiu a legislação de 1934. Destacamos que, além dela, diferentes portarias de cunho federal, estadual e municipal foram aprovadas no país desde 1991, reorganizando a assistência em saúde mental. Destacamos algumas das principais legislações protetivas:

- Portaria 106/2000 – Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos;

- Lei 10.216/2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Portaria 336/2002 – Regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial;
- Lei 10.708/2003 – Institui o Programa De Volta para Casa;
- Lei 11.343/2006 – Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas;
- Portaria 3088/2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial;
- Decreto 9.761/2019 - Aprova a Política Nacional sobre Drogas.

Importante assinalar que o avanço e a conquista das legislações não ocorreram sem disputa e contradição. A Reforma Psiquiátrica está fundamentalmente estruturada em portarias que podem ser derrubadas por decretos, o que deixa bem fragilizadas as conquistas obtidas até o momento. Além disso, não podemos fazer uma leitura reducionista, que fique presa aos marcos legais, uma vez que a disputa dos projetos se faz presente diariamente.

Considerações para o trabalho de assistentes sociais na saúde mental

Apesar de as/os assistentes sociais fazerem parte da construção de experiências de ruptura no interior do hospital psiquiátrico, como D. Ivone Lara, ou na atuação como militantes da Luta Antimanicomial, por muito tempo, o debate sobre a disputa de projetos societários, na pauta da construção da política pública e nas concepções de saúde mental, ficaram invisibilizadas. Havia uma compreensão de que abordar o sofrimento e o adoecimento psíquico fosse uma tarefa restrita dos saberes psis, como a psicologia, a psicanálise e a psiquiatria. Nesse sentido, o intuito é provocar a desmistificação da rejeição acerca da subjetividade no interior do Serviço Social, já que lidamos com as relações sociais e os modos de vida dos sujeitos.

Além disso, a temática da saúde mental não pode ser vista de maneira descolada da conjuntura nacional e internacional, uma vez que compreendemos que o hospício e a ciência psiquiátrica cumprem um pa-

pel importante na sociedade burguesa: controle, sujeição e morte de corpos e subjetividades considerados desviantes e perigosos. Isso significa que o *modus operandi* da lógica manicomial foi introjetada nas relações sociais e, dessa forma, sempre se espera que alguns sujeitos possuam o perfil para ser internados no hospital psiquiátrico, o que propaga a noção clássica de loucura.

Aqui não estamos negando a produção do conhecimento e os avanços científicos acerca do sofrimento e do adoecimento psicossocial, só que não é possível desassociá-los da realidade social, econômica, política, ética, estética e cultural em que estamos inseridos/as. Portanto, compreendemos que as respostas das singularidades são produtos históricos, políticos e sociais. Isso significa que a maneira como o sofrimento e o adoecimento psicossocial ocorrem e se manifestam não pode ser identificada sem a compreensão da totalidade social. Dessa forma, as transformações das condições de vida e dos modos de produção atravessam a população, moldam as relações sociais e forjam as respostas individuais e coletivas, impactando diretamente na forma de sofrer e existir.

Para as/os assistentes sociais, torna-se fundamental identificar a concepção de saúde mental defendida pelos projetos que se encontram em disputa e que rebatem diretamente no trabalho profissional executado nos espaços sócio-ocupacionais. Primeiramente queremos chamar atenção

Para as/os assistentes sociais, torna-se fundamental identificar a concepção de saúde mental defendida pelos projetos que se encontram em disputa e que rebatem diretamente no trabalho profissional executado nos espaços sócio-ocupacionais.

para as disputas de projetos e concepções de saúde mental que se fazem presentes na vida social e que atravessam a execução do trabalho. Aqui podemos nomear quatro projetos existentes no cenário nacional: 1º) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica, pautada na Luta Antimanicomial; 2º) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica “simpática” às mudanças de caráter meramente legislativo e assistencial, 3º) a proposta de manutenção da perspectiva manicomial tradicional, com ênfase na retomada das internações e nos eletrochoques e 4º) a proposta conservadora e religiosa da defesa das comunidades terapêuticas.

Em segundo, sinalizamos que é urgente desmistificar que lidar com a temática não é específico de quem atua diretamente na política de saúde mental, álcool e outras drogas, mas é algo que atravessa as relações sociais e forja as individualidades no capitalismo. Assim, alertamos para a produção do sofrimento e adoecimento psicossocial, que compõe as estratégias de reprodução do modelo vigente. Os modos de vida delinham como cada sujeito há de responder às explorações e opressões de gênero, raça e classe.

Já em terceiro lugar, é primordial que nós, assistentes sociais, possamos assumir a luta “por uma sociedade sem manicômios” como direção no cotidiano profissional, compreendendo que a produção do sofrimento e do adoecimento psicossocial faz parte das estratégias do capitalismo, sendo forjada pelas relações de raça, gênero e classe. Para afirmar a defesa da vida, é primordial reconhecermos a importância da saúde mental na constituição da vida social e na reprodução do capitalismo.

Por fim, indicamos algumas das ações que podem ser desenvolvidas por assistentes sociais na saúde mental:

- Atendimento individual de usuários/as e familiares;
- Articulação, mobilização e realização de grupo com familiares;
- Articulação, mobilização e execução da assembleia;
- Organização e execução de oficinas;
- Realização de visitas domiciliares e institucionais;
- Articulação e mobilização com a Rede Intrasetorial e Intersetorial;
- Orientação e acompanhamento para viabilização dos direitos sociais;
- Participação na construção e na condução do Projeto Terapêutico Singular;
- Coordenação dos múltiplos serviços substitutivos;
- Supervisão institucional de serviços de saúde mental;
- Levantamento de recursos e articulação com o território;

- Participação e/ou organização de reunião de equipe e miniequipe;
- Elaboração e socialização de material de orientação acerca do funcionamento e das orientações sanitárias adotadas no cotidiano do serviço;
- Participação no acolhimento dos novos casos;
- Utilização das redes sociais para mobilização de usuários/as, familiares e trabalhadores/as da saúde mental, principalmente para as comemorações do 18 de maio.

Sugestões de redes sociais, podcast, expressões artísticas, filmes e publicações

REDES SOCIAIS

@saudementalcritica / @saudementalpopnegra
 @mnl_antimanicomial / @abrasme / @ammapsique

PODCAST

- Podcast 451MHz – episódio 52° - Na Encruzilhada com Stella do Patrocínio
- Podcast Agência Pública – episódio 36 - Luta Antimanicomial

EXPRESSÕES ARTÍSTICAS

Museu Bispo do Rosário

Localizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ)
<https://museubispodorosario.com/>

Museu de Imagens do Inconsciente

Localizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ)
<http://www.ccms.saude.gov.br/museuvivo/mii.php>

Museu da Loucura

Localizado na cidade de Barbacena (MG)
 Contato para visitação: chpb.museu@fhemig.mg.gov.br

FILMES E DOCUMENTÁRIOS

- A loucura entre nós, 2016, Direção: Fernanda Fontes Vareille
- Bicho de sete cabeças, 2001, Direção: Laís Bodanzky
- Em nome da razão, 1979, Direção: Helvécio Ratton
- Estamira, 2006, Direção: Marcos Prado
- Holocausto brasileiro, 2016, Direção: Daniela Arbex e Armando Mendz
- Nise: o coração da loucura, 2016, Direção: Roberto Berliner

PUBLICAÇÕES

- O Alienista – Machado de Assis
- Cemitério dos Vivos – Lima Barreto
- Holocausto Brasileiro – Daniela Arbex
- Hospício é de Deus – Maura Lopes Cançado
- Reino dos bichos e dos animais é o meu nome – Stella do Patrocínio

Referências e indicações de leitura

ALBRECHT, D. A luta antimanicomial nos governos democrático-populares: contribuições para um balanço a realizar. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n° 49, v.20, p. 49-64, 2022.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Editora Garamond, Rio de Janeiro, 2005.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CARTA DE BAURU. Manifesto de Bauru. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>

COSTA, P. H. A.; MENDES, K. T. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 12, p. 44-59, 2020.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, out. 2020.

DUARTE, M.J.O.; PASSOS, R.G.; GOMES, T.M.S. (ORGs.). **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Editora Papel Social, Campinas, 2017.

DUARTE, M.J.O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n°2, p. 227-248, ago./dez., 2018.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Editora UFBA, 2008.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. Editora Perspectiva, São Paulo, 1972.

MARTINS, B. A. *et al.* (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. **Revista O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 37, ano 20, jan./abr. 2017.

PASSOS, R.G. Luta Antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55 - 75, jul./dez. 2017.

PASSOS, R.G.; PEREIRA, M.O. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Editora Autografia, Rio de Janeiro, 2017.

PASSOS, R.G. “Holocausto ou Navio Negroiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

PEREIRA, M.O. **Mulheres e loucura: narrativas de resistência**. Editora Autografia, Rio de Janeiro, 2020.

ROSA, L. (Org.). **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Editora Papel Social, Campinas, 2016.

série
assistente social no combate ao
preconceito

caderno 1

O que é preconceito?

caderno 2

O estigma do uso de drogas

caderno 3

Racismo

caderno 4

Transfobia

caderno 5

Xenofobia

caderno 6

Machismo

caderno 7

Discriminação contra a pessoa com deficiência

caderno 8

Discriminação contra a
população usuária da saúde mental



CFESS
CONSELHO FEDERAL
DE SERVIÇO SOCIAL

www.cfess.org.br

ISBN: 978-65-86322-08-8

CD



9 786586 322088