

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**KAMILLA CARDOSO**

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES  
ACADÊMICAS DO PERÍODO DE 2001 A 2016**

**FLORIANÓPOLIS**

**2017**

KAMILLA CARDOSO

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES  
ACADÊMICAS DO PERÍODO DE 2001 A 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Profa. Dra. Marisa Camargo.

FLORIANÓPOLIS

2017

KAMILLA CARDOSO

**SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES  
ACADÊMICAS DO PERÍODO DE 2001 A 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Marisa Camargo  
Departamento de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Catarina  
ORIENTADORA

---

Profa. Dra. Dilceane Carraro  
Departamento de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Catarina  
1ª EXAMINADORA

---

Me. Deidvid de Abreu  
Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago  
2º EXAMINADOR

Florianópolis/SC, 05 de julho de 2017.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a **Força Superior** por ter me dado à oportunidade de fazer um curso de graduação tão complexo como é o de Serviço Social e por ter me dado a família maravilhosa que tenho.

Aos meus **pais**, Maria Eva e João Hermogenes, por terem me dado todo apoio e incentivo necessário para que pudesse concluir mais esta etapa de minha vida. Por todo amor e carinho. Por terem se sacrificado para me criar, pelos valores que me passaram, pelo bom caráter que me forjaram. Sem eles, eu não seria quem sou!

À minha amada **filha** Amanda, que por ela valeu e vale cada dia de esforço e dedicação. Só nós duas sabemos a ligação existente entre nós. Minha motivação sem fim!

Aos meus **irmãos**, que indiretamente me deram forças para nunca desistir.

Ao **Helder**, por todo incentivo e compreensão.

À minha professora **orientadora** Marisa Camargo que nos conhecemos por acaso e tempos depois, lhe encaminhei um e-mail convidando para ser minha orientadora. Hoje, após conhecê-la tenho uma enorme admiração pela pessoa e profissional que é. Muito obrigada pela compreensão e apoio a cada orientação.

À minha **professora** Dilceane Carraro pelo incentivo, e pela professora e profissional que é.

Aos **professores** do Departamento de Serviço Social da UFSC, que me ensinaram a ver o mundo de um jeito diferente e especial.

À **equipe** da Secretaria Municipal de Assistência Social de Bombinhas, no período de 2010 a 2012, que puderam colaborar com meu crescimento profissional e, após esta vivência, me despertou o interesse em retornar ao curso.

Aos meus **amigos** que fizeram parte da minha vida acadêmica, cada um que está inserido aqui, quando ler, saberá que estou falando deles. Não menos importante, meus amigos da vida, pela força e incentivo que me deram.

Aos **colegas** de trabalho do Hospital Regional de São José com quem trabalho desde 2012.

À **banca examinadora** pela disposição em estarem presentes nesse momento tão significativo para mim. Obrigada pelo convite aceito e compromisso

assumido, me sinto muito contemplada por ter profissionais competentes como vocês neste momento final comigo.

Por fim, aos que de alguma forma contribuíram para que este momento pudesse acontecer.

CARDOSO, Kamilla. **Saúde mental e Serviço Social: Análise das produções acadêmicas do período de 2001 a 2016, 2017.** 67 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

## **RESUMO**

Este trabalho tem o objetivo de analisar de que forma o Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) vem contemplando a saúde mental em suas produções acadêmicas. Para tanto, buscou-se analisar as produções acadêmicas da graduação, da pós-graduação e da Revista Katálysis sobre a temática escolhida, referente ao período de 2001 a 2016. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre saúde mental e Serviço Social, do tipo exploratória e de abordagem qualitativa, fundamentada no método dialético crítico. Os resultados da pesquisa mostram as produções acadêmicas nos núcleos temáticos referentes à ação profissional, serviços e abordagens em saúde mental, apontando alguns avanços e limites no que se refere à efetivação dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica. Além disso, a maior parte das produções acadêmicas está vinculada à ação profissional, baseadas nas experiências de estágio curricular em Serviço Social.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Serviço Social. Produção Acadêmica.

## LISTA DE SIGLAS

- ABP** – Associação Brasileira de Psiquiatria
- BPC** – Benefício de Prestação Continuada
- BU** – Biblioteca Universitária
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CBP** – Congresso Brasileiro de Psiquiatria
- CNSM** – Conferência Nacional de Saúde Mental
- CNTSM** – Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
- COI** – Centros de Orientação Infantil
- COJ** – Centros de Orientação Juvenil
- DATAPREV** – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
- DINSAM** – Divisão Nacional de Saúde Mental
- GM** – Gabinete do Ministro
- IAP** – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- LBHM** – Liga Brasileira de Higiene Mental
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- MPAS** – Ministério de Previdência e Assistência Social
- MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS** – Núcleo de Atenção Psicossocial
- NOB** – Norma Operacional Básica
- PNASH** – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
- PRH** – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
- SNDM** – Serviço Nacional de Doenças Mentais
- SP** – São Paulo
- SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso
- UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina
- UPHG** – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> - Modalidades de CAPs e lógica do território.....	33
<b>QUADRO 2</b> - Universo e amostra da pesquisa.....	49
<b>QUADRO 3</b> - Núcleo temático da ação profissional em Serviço Social na saúde mental.....	51
<b>QUADRO 4</b> - Núcleo temático sobre serviços de saúde mental.....	55
<b>QUADRO 5</b> - Núcleo temático das abordagens em saúde mental.....	56
<b>QUADRO 6</b> - Núcleos temáticos das produções acadêmicas da Pós-Graduação....	57
<b>QUADRO 7</b> - Núcleos temáticos das produções acadêmicas da Revista Katálysis..	58

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1-</b> Página inicial do portal da Biblioteca Universitária da UFSC.....	45
<b>FIGURA 2-</b> Portal da Biblioteca Universitária utilizado para localizar os TCCs dos (as) estudantes do Curso de Graduação em Serviço Social.....	46
<b>FIGURA 3-</b> Localização das Dissertações e Teses dos (as) estudantes do Curso de Pós-Graduação em Serviço Social no portal da Biblioteca Universitária.....	47
<b>FIGURA 4-</b> Página inicial da Revista Katálysis para pesquisar os artigos publicados.....	48

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....</b>	<b>12</b>
2.1 A história da “loucura” .....	12
2.2 O contexto da reforma psiquiátrica.....	20
2.3 A reorganização da assistência em saúde mental.....	29
<b>3 A SAÚDE MENTAL NAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>37</b>
3.1 Processo de inserção do Serviço Social na saúde mental.....	37
3.2 Elementos estruturantes da pesquisa bibliográfica sobre Serviço Social e saúde mental.....	42
3.3 Principais resultados encontrados sobre a produção acadêmica do Serviço Social e saúde mental.....	48
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) versa sobre saúde mental e Serviço Social. A motivação de escolha se deu pelo interesse acadêmico pela temática, além da oportunidade de aprofundar os conhecimentos do universo da saúde mental.

Nesse sentido, delimitou-se como tema de pesquisa “a saúde mental nas produções acadêmicas do Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 2001 a 2016” e como problema de pesquisa elaborou-se o questionamento “de que forma o Serviço Social da UFSC vem contemplando a saúde mental em suas produções acadêmicas?” Para responder ao problema de pesquisa, formulou-se o objetivo geral que é “analisar de que forma o Serviço Social da UFSC vem contemplando a saúde mental em suas produções acadêmicas” e para complementar traçou-se os específicos que são: identificar a natureza das produções acadêmicas do Serviço Social sobre saúde mental; conhecer as produções acadêmicas do Serviço Social sobre a ação profissional em saúde mental; e evidenciar os serviços e abordagens em saúde mental apresentados nas produções acadêmicas do Serviço Social.

A pesquisa tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo exploratório e abordagem qualitativa, fundamentada no método dialético crítico. Como universo da pesquisa definiu-se o conjunto de produções acadêmicas do Serviço Social da UFSC, sobre saúde mental, referentes ao período de 2001 a 2016, representada por: Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social e Dissertações e Teses em Serviço Social, ambos disponíveis no Repositório Institucional que integra o Portal da Biblioteca Universitária, bem como artigos publicados na Revista *Katálisis* disponíveis no *site* oficial do periódico. Destas produções acadêmicas, selecionou-se como amostra aquelas que efetivamente tratavam sobre o tema saúde mental, conforme critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Assim, estruturou-se este Trabalho da seguinte forma: a primeira seção diz respeito à introdução. A segunda seção trata sobre a contextualização histórica da saúde mental no Brasil contemplando a história da loucura, o contexto da Reforma Psiquiátrica e a reorganização da assistência em saúde mental. A terceira seção apresenta considerações sobre o processo de inserção do Serviço Social na saúde

mental, os elementos estruturantes e principais resultados encontrados na pesquisa bibliográfica sobre Serviço Social e saúde mental. Por fim, apresenta-se a última seção na qual constam as considerações finais.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nesta sessão realiza-se uma breve contextualização histórica da saúde mental, relatando seu percurso e os principais acontecimentos em âmbito nacional. Para tanto, resgata-se do surgimento dos manicômios e hospitais psiquiátricos e as Reformas Sanitária e Psiquiátrica ao contexto de surgimento e aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, que dispõe sobre a proteção e os direitos das “pessoas portadoras de transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

### 2.1 A história da “loucura”

O hospital<sup>1</sup> pioneiro do qual se tem informação, foi criado por São Basílio, na Capadócia, no século IV. A criação deste hospital e os posteriores foi motivada pelos ensinamentos do Apóstolo Paulo, o qual pregava a caridade, a fé e a esperança. O objetivo dos hospitais era oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos “pobres”, “miseráveis”, “mendigos”, “desabrigados” e “doentes”, isto é, não foi criado para ser uma instituição médica (AMARANTE, 2011).

Diante da realidade da época, a probabilidade de encontrar um “pobre” e “mendigo” na condição de “doente”, era grande. Os “hospitais” eram instituições religiosas e foram assim nomeados, pois a palavra em latim significa hospedaria, hospedagem, hospitalidade (AMARANTE, 2011).

Os termos “loucura” e “louco” tinham outras interpretações, “[...] a loucura e os loucos tinham muitos significados - de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais.” (AMARANTE, 2011, p. 23).

Conforme aponta Foucault (1978), no século XVII, a institucionalização da loucura torna-se relevante quando houve uma desorganização social devido à crise

---

<sup>1</sup> O primeiro hospital foi criado, na Idade Média com objetivo de filantropia. Não foi denominado psiquiátrico, pois não tinha como foco o tratamento das pessoas com transtornos mentais, porém as pessoas para ele encaminhadas eram rotuladas como “pobres”, “mendigos”, “miseráveis” (AMARANTE, 2011).

econômica que assolou a Europa. A desorganização social ocorreu pelas mudanças estabelecidas no modo de produção industrial e uma das respostas dada pelo Estado à crise foi o enclausuramento de alguns indivíduos, ou seja, a institucionalização da loucura.

Em 1656, é criado pelo Rei da França, o Hospital Geral, o qual passa a cumprir o papel de ordem social. Segundo Foucault (1978), o advento do Hospital Geral foi alicerce para a definição de um novo espaço social para o “louco” e a “loucura” na sociedade ocidental e referiu-se ao Hospital Geral como “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”.

O Hospital Geral consistia num espaço no qual os “loucos” eram alocados para que não perturbassem a ordem social nas cidades, isto é, “trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária”. (FOUCAULT, 1978, p. 49 apud AMARANTE, 2011, p. 23). O Hospital Geral tratou-se de um poder que o rei criou entre a polícia e a justiça, que decide, julga e executa, “é a ordem terceira da repressão”. (FOUCAULT, 1978, p. 50).

Anos depois, eclodiu a Revolução Francesa (1789-1799), momento singular de transformações econômicas, sociais e políticas que refletiram na história da psiquiatria e da loucura, destacando-se a transformação ocorrida nos hospitais. No contexto da Revolução Francesa e diante do lema “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, os espaços com características asilares passaram a receber críticas, pois excluía e isolavam os “internos” da sociedade, além do caráter absolutista impregnado por essas instituições (SILVA, 2008). Considerando a realidade, muitos médicos foram atuar nos hospitais a fim de adequá-los e humanizá-los ao modelo moderno e acabaram transformando-os em instituições médicas.

Ainda, de acordo com o lema da Revolução Francesa, todos os espaços sociais deveriam ser democratizados. As mudanças iniciaram com a libertação de muitos “internos” que estavam enclausurados devido ao poder autoritário. O Estado republicano cria novas instituições assistenciais, tais como orfanatos, casas de correção, centros de reabilitação, etc. Nesse contexto, os hospitais perdem suas funções caritativas e de controle social e passam a assumir a nova função: tratar dos enfermos (AMARANTE, 2011).

Nesse período, destacou-se Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria, médico que participou da Revolução Francesa e posteriormente ajudou

na implantação do modelo moderno para os hospitais. O médico “fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral”. (AMARANTE, 2011, p. 30).

Ainda, sobre Pinel, cabe observar que ele utilizava a expressão “alienação mental” e não doença mental, pois alienação mental era “conceituada como distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade.” (AMARANTE, 2011, p. 30). Para ele, o primeiro passo mais importante para o tratamento do “alienado” seria:

[...] o isolamento do mundo exterior. O isolamento – entendia-se a institucionalização/hospitalização integral – seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada, para a consolidação do diagnóstico mais precioso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requeria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos. (PINEL, s.d. apud AMARANTE, 2011, p. 31).

A proposta de Pinel sobre desacorrentar os “loucos” dá a ideia de que estes seriam libertos das correntes e salvos da violência institucional. Porém, o que realmente aconteceu foi uma transformação da natureza da instituição. Os “loucos” permaneceram enclausurados, mas para tratamento terapêutico e não mais por caridade ou repressão (AMARANTE, 2011).

A primeira lei de assistência aos “alienados”, de toda a história, foi a Lei Francesa promulgada em 1838. A partir daí muitos hospitais de “alienados” foram criados em vários países, reproduzindo os princípios e as estratégias de Pinel.

No que se refere ao Brasil, no período colonial, de acordo com Gonçalves (1983), foram enviados para o país os “desagregados”, os “pobres”, os “loucos”, dentre outros “marginalizados” na Europa. No início da colonização, os “loucos” andavam pelas vilas, desprovidos de assistência ou cuidado médico e para eles havia três alternativas: ou eram colocados em prisões, pois estavam perturbando a ordem pública; ou eram assistidos em casa por seus familiares; ou, ainda, quando de famílias que dispunham de uma situação financeira abastada, eram enviados para a Europa para tratamento (GONÇALVES, 1983).

Aos “loucos pobres”, se fossem “mansos” e “passivos”, era permitido andar pelas ruas das vilas, aldeias e campos, sobrevivendo da caridade alheia. No entanto, se apresentassem algum comportamento agressivo, eram recolhidos nas prisões e, conseqüentemente, sofreriam maus tratos. Os “loucos” eram excluídos, jogados e mantidos nos porões das Casas de Misericórdia, sofriam maus tratos e eram vigiados por carcereiros (AMARANTE, 1998).

Os Hospitais Gerais e as Santas Casas de Misericórdia foram os primeiros hospícios criados – ainda que não fossem assim denominados –, que serviram de espaço para o recolhimento de todos os considerados “marginais” na época: prostitutas, ladrões, leprosos, etc. Com o passar do tempo, esses espaços lotaram e os “loucos” passaram a ser encaminhados para as prisões, onde dividiam celas com “bêbados”, “condenados”, “criminosos” e “arruaceiros” (AMARANTE, 2008).

Com a chegada da Família Real no Brasil, em 1808, juntamente com a corte portuguesa, militares e comerciantes, as cidades começaram a crescer e o Estado brasileiro se obrigou a realizar o controle social da população. Em outras palavras, passou a recolher os “loucos” das ruas para proteger a sociedade do convívio com a loucura.

[...] As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais se torna impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira. (AMARANTE, 2008, p.74).

Em 1830, a Comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, registrou as primeiras transformações no tratamento fornecido aos “loucos”. Conforme aponta Amarante (2008, p. 74), é a partir desse momento que:

[...] os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um ‘louco’ submetido a tratamento.

Diante da considerada “desordem social” e forte pressão social, em dezembro de 1852, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o primeiro Hospício do Brasil, nomeado Hospício Pedro II. Segundo Amarante (2008), desde a sua criação até a Proclamação da República, médicos criticavam o hospício, distantes que estavam de sua direção e inconformados com a ausência de um projeto assistencial científico. O Hospício Pedro II foi criado para tratar os “alienados curáveis” e era administrado pela Santa Casa de Misericórdia, subordinado ao Ministério de Estado dos Negócios do Império, sendo mantido através de donativos, subscrições públicas e loterias (FACCHINETTI; RIBEIRO, 2008).

Com os republicanos no poder, o Hospício Pedro II é desligado da Santa Casa de Misericórdia e passa a chamar-se Hospício Nacional dos Alienados estando ligado à administração pública, através do Ministério do Interior, tendo a sua disposição verbas governamentais prescritas no Orçamento Geral da União (FACCHINETTI; RIBEIRO, 2008).

Em 1890, cria-se a primeira instituição pública de saúde, a Assistência Médica e Legal aos Alienados. Na área da assistência foram criadas duas colônias de “alienados”: Colônia de São Bento e Colônia de Conde de Mesquita, também as primeiras da América Latina, ambas destinadas ao tratamento de “indigentes” do sexo masculino (AMARANTE, 2008).

Em 1903, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência ao Alienado, sob o nº 1132 que tinha por objetivo fiscalizar as instituições psiquiátricas no Brasil e garantir aos “alienados” assistência e proteção. Segundo Amarante (2008), essas medidas caracterizaram:

[...] a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências europeias [...] A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a fornecer uma função nuclear na terapêutica asilar. (AMARANTE, 2008, p. 76).

Ainda no mesmo ano, iniciou-se o processo de higienização dos grandes centros, devido à situação insalubre das cidades que passaram a ser aterrorizadas pela febre amarela e por episódios de outras doenças. Tratava-se de uma tentativa

de retirar os “maltrapilhos” e moradores de cortiços e favelas dos grandes centros, uma vez que eles eram rotulados como o foco de infecção/doenças (SILVA, 2008).

Em 1911, o Hospício Nacional dos Alienados passou a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados, ficando subordinado ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores. No mesmo ano, foi criada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro para as mulheres “indigentes”, a qual em 1937, com a reestruturação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, foi ampliada e transformada na Colônia Gustavo Riedel, para ambos os sexos. Este mesmo espaço, a partir de 1943 passa a ser chamado de Centro Psiquiátrico Nacional (FACCHINETTI; RIBEIRO, 2008).

Em 1920, iniciam as obras para criação do Manicômio Judiciário e, em 1921, é oficialmente inaugurada a primeira instituição do gênero, no Rio de Janeiro. (CARRARA, 2010). Os manicômios foram criados para separar os tipos de “loucos” que eram encontrados na sociedade, ou seja, para os manicômios iam os “loucos criminosos”.

Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que ‘perseguem’ a todos: o criminoso e o louco. (CARRARA, 2010, p. 17).

Em 1923, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), a qual é reconhecida como de utilidade pública e passa a receber uma subvenção federal para o desenvolvimento de suas atividades. Controlar, tratar e curar eram as palavras de ordem e os fenômenos psíquicos eram vistos como produtos da raça ou do meio, decorrente de fatores biológicos ou orgânicos. (FONTE, 2013). A Liga era composta por médicos, educadores, juristas, intelectuais em geral, que pertenciam à elite da psiquiatria brasileira (REIS, 1994), e tinha como objetivos:

[...] a) prevenção das doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral e especial do sistema nervoso; b) proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação; c) melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles; d) realização de um programa de Higiene Mental e de Eugénica no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social. (BRASIL, 1925, p. 223 apud SOUZA; BOARINI, 2009, p. 02).

A LBHM tinha características xenofóbicas, eugenistas, antiliberais e racistas, com a intenção de manter o controle social, sendo o pensamento principal a doença mental estar ligada diretamente à moral (AMARANTE, 2008).

Em 1930, é destituído do cargo o diretor da Assistência Médica e Legal, Juliano Moreira, que ficou conhecido como “Mestre da Psiquiatria brasileira”. Foi ele quem trouxe para o Brasil a escola psiquiátrica alemã que compartilhava o pensamento de que a psiquiatria não era apenas “moldar” o indivíduo em modelos ideais, mas também, de recuperação da constituição de coletividades sadias (GOMES, 2009).

Em 1934, é promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência aos “doentes mentais”, através do decreto nº 24.559, que visava garantir a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos “psicopatas” e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Em outras palavras, visava humanizar o tratamento do “doente mental”, uma vez já identificado o caos instalado nos hospícios (GOMES, 2009). Este caos também foi formado pelo uso de terapias cirúrgicas invasivas.

Em 1940, a psiquiatria passa a apostar mais no asilamento. O Hospício Nacional de Alienados é transferido para o Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, onde passa a contar com nova estrutura física, mais vagas para “alienados” e moderno centro cirúrgico para as leucotomias<sup>2</sup>. A terapia leucotomia também conhecida por lobotomia, assim como a eletroconvulsoterapia, o choque insulínico e o choque cardiazólico são terapias que a psiquiatria desvendou na década de 1930 e fez uso intenso nos “doentes mentais” (GOMES, 2009).

Na mesma década, é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), tendo como diretor Adauto Botelho, que viabiliza o surgimento dos primeiros ambulatórios psiquiátricos, os quais até a década de 1960 eram em número insignificante (BORGES, 2007). Nesse contexto, registram-se os primeiros rumores de reforma na psiquiatria, período importante e que entrou para a história da psiquiatria. Também são descobertos os primeiros medicamentos neurolépticos<sup>3</sup> porém no Brasil as mudanças não foram perceptíveis, haja vista que o modelo psiquiátrico vigente na época estava arraigado (MORENO, 2012).

---

<sup>2</sup> Também conhecida por lobotomia é uma intervenção cirúrgica no cérebro, onde são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Era utilizada em casos graves de esquizofrenia. (GOMES, 2009).

<sup>3</sup> Medicamentos que removem os delírios e alucinações (MORENO, 2012).

Em 1944, a assistência psiquiátrica é federalizada e, em 1953, agrega o recém-criado Ministério da Saúde. Nos anos posteriores, a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, basicamente por estruturas manicomiais. As novas técnicas terapêuticas serviram para ampliar a demanda e produzir “novos doentes mentais”, mas nada contribuiu para a desospitalização ou a desinstitucionalização (AMARANTE, 2008).

Em 1960, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse contexto, o Estado começa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. Ocorre assim:

[...] um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 2008, p. 80).

No norte da Itália, na cidade de Gorizia, no início da década de 1960, inicia o Movimento da Psiquiatria Democrática liderado por Franco Basaglia, um jovem médico psiquiatra italiano, que ao visitar o hospital psiquiátrico que existia naquela cidade, acompanhado de Antônio Slavich e outros jovens psiquiatras se propuseram a reformá-lo. Assim que adentrou ao hospital, Franco Basaglia reagiu como se tivesse recebido um choque, diante da realidade que pode observar, ou seja, o hospital internamente era muito parecido com uma prisão. Com isto, o jovem médico iniciou o trabalho transformando o hospital de Gorizia em um lugar adequado de tratamento e recuperação dos “internos” (AMARANTE, 2011). A experiência de Basaglia nesse hospital levou-o a despertar debates e estratégias para uma nova etapa da reforma psiquiátrica, isto é, a desconstrução dos manicômios.

Basaglia foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, ao elaborar uma nova rede de serviços e estratégias para atender as pessoas com sofrimento mental. Além das modalidades substitutivas, foram produzidos ambientes de caráter social e cultural, como cooperativas laborais, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, dentre outros (AMARANTE, 2006 apud GUIMARAES, 2011).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e a crescente crítica ao modelo manicomial serviram de estímulo para o início da Reforma

Psiquiátrica brasileira. No Brasil, a partir de 1964, com o início da ditadura militar (1964-1985) ocorreu um aumento no número de instituições credenciadas pela previdência para internação dos “doentes mentais”. Foi neste momento que psiquiatras, psicanalistas e o Estado identificaram que os “portadores de transtorno mental” eram fonte de lucro.

Em se tratando de período ditatorial, “a participação popular foi totalmente negada” (GUIMARAES, 2011, p. 23), ou seja, a população não tinha como manifestar o interesse em diminuir ou acabar com as internações psiquiátricas. Um novo quadro se ajusta quando se percebe a ideologia privatista da assistência em saúde no país. Baseada em razões de ordem econômica, diante da precariedade dos hospitais psiquiátricos da rede pública sob uma rede ambulatorial imprópria (BORGES, 2007), inicia-se uma onda de contratação de leitos psiquiátricos privados nas clínicas e hospitais credenciados pela previdência (TENÓRIO, 2002 apud GUIMARAES, 2011).

Essa onda de contratação de leitos, futuramente, ficou conhecida como a “indústria da loucura” (BORGES, 2007). Este nome é consequência do sistema e da mentalidade vigentes à época estarem organizados em torno da internação e da internação prolongada, em que as empresas hospitalares lucravam benefícios significativos com as internações, com total falta de controle pelo Estado, observando-se um crescimento significativo nas internações (FONTE, 2013).

Apesar das condições precárias de assistência psiquiátrica, pessoas internadas sem cama e até instituições sem especialistas, na década de 1970, registrou-se também a adoção de noções advindas da saúde pública e a introdução de outras áreas do conhecimento, tais como psicologia, serviço social, sociologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, artes, dentre outras. Assim, iniciou-se o processo de mudança de um padrão hospitalocêntrico e disciplinarista para o caráter embrionário da saúde mental (STOCKINGER, 2007 apud GUIMARAES, 2011).

## **2.2 O contexto da Reforma Psiquiátrica**

É a partir das críticas à lógica médico-psiquiátrica e às transformações de sua prática que se constitui a Reforma Psiquiátrica. Por Reforma Psiquiátrica entende-se o “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e

estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.” (AMARANTE, 1998, p. 87).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil emerge no período de 1978 a 1980, com a organização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), por trabalhadores que enfrentavam más condições de trabalho. A gênese do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira foi à crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, responsável por formular as políticas para o subsetor saúde mental, quando os profissionais deflagraram greve e, na sequência, estagiários e profissionais são demitidos (AMARANTE, 1998).

As principais reivindicações dos trabalhadores de saúde mental eram: melhorias no tratamento dos internados nos hospitais, tanto públicos quanto privados; o fim da “indústria da loucura”; melhores condições de trabalho; expansão dos serviços em saúde mental, mesmo que num primeiro momento não estivesse claro como tais serviços deveriam estar organizados. (VASCONCELOS, 2000). De acordo com Amarante (1998), o MTSM tinha como principal objetivo:

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1998, p. 52).

O Movimento da Reforma Sanitária lutava contra a ditadura e por um sistema de saúde universal no acesso, por mudanças no conceito de saúde, e por pautá-la como dever do Estado. Muitos trabalhadores de saúde mental estavam em ambos os movimentos e o MTSM contava com a participação popular. Este último teve como lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, pautando a discussão sobre a doença mental, a loucura, a psiquiatria e os manicômios na sociedade.

No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. (AMARANTE, 2008, p. 81).

O projeto de Reforma Sanitária ressaltava a concepção do conceito ampliado de saúde, levando-se em consideração os determinantes sociais no processo saúde/doença. Nesse sentido, tinha como ideias principais: democratização do acesso à saúde, universalidade das ações e a descentralização com controle social (BRAVO; MATOS, 2009).

Em 1978, acontece o 5º Congresso Brasileiro de Psiquiatria (CBP) onde surge a oportunidade de organizar os movimentos nacionalmente, considerando o crescimento nos estados. O evento ficou conhecido como “Congresso da Abertura” (AMARANTE, 1998).

Em 1979, ocorre o 1º Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (CNTSM) que foi precedido pelo 5º CBP, no qual se pauta a nova identidade profissional que estava se organizando fora do Estado, isto é, discussões vinculadas aos demais setores sociais, tendo como consequência, reflexões baseadas nas questões da prática enquanto trabalhadores da área de saúde mental. Um ponto importante pontuado nesse Congresso foi “a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos, como reduto dos marginalizados”. (AMARANTE, 1998, p. 55).

Naquele mesmo ano, no Brasil, o MTSM é influenciado pela experiência de Franco Basaglia, que ao participar do 3º Congresso Mineiro de Psiquiatria, visita o Hospital Psiquiátrico de Barbacena e expõe à sociedade brasileira as atrocidades que aconteciam com as pessoas internadas no local (AMARANTE, 2011).

Em 1980, é realizado o 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Neste evento o MTSM e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que aproximaram os laços no Congresso da Abertura, acabaram se distanciando em decorrência da postura politizada, crítica e radical adotada pelo primeiro durante sua trajetória (AMARANTE, 1998).

Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional em Saúde (CNS), a qual politicamente caracterizou um grande progresso ao Movimento da Reforma Sanitária. Nesta conferência, inicia-se uma transformação no público-alvo, ou seja, deixa de ser fechada apenas para técnicos e burocratas para ter a participação popular de associações, sindicatos, pastorais, dentre outros, em caráter consultivo. A Conferência incluiu a sociedade brasileira no debate e formulação da política de saúde, trazendo uma infinidade de novas possibilidades para o que atualmente chamamos de Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE, 2011).

A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas. (AMARANTE, 1998, p. 95).

A participação popular foi destaque e incentivou o debate de temas relacionados à saúde, dentre eles a saúde mental. Os debates e resoluções estruturavam-se em torno de três eixos: “a) Saúde como direito inerente à cidadania e dever do Estado. b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. c) Financiamento do setor saúde.” (ROSA, 2003, p. 108). Surge, nesse contexto, uma nova concepção de saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, e se definem alguns princípios básicos, como “[...] a universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida.” (AMARANTE, 1998, p. 77).

Mesmo diante dos conflitos baseados em orientações político-ideológicas diferentes, entre Ministério da Saúde e o MTSM, o primeiro, através da DINSAM, juntamente com a ABP, decide marcar a data para realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que aconteceu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1987, em desdobramento da 8ª Conferência Nacional em Saúde (CNS). Conforme Amarante (1998), a DINSAM e a ABP, promotoras do evento, ameaçaram abandonar a 1ª CNSM, pois a plenária de instalação revogou o regulamento que tentava impor um evento de cunho técnico e congressista.

Compartilhando da posição que defendia uma conferência de natureza participativa, a exemplo da 8ª CNS, encontraram-se novos e antigos militantes do MTSM que, desta feita, puderam estabelecer uma aliança e uma agenda comum. O ‘encontro’ é bastante para caracterizar este evento como um momento histórico na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Isto porque, em primeiro lugar, pela significativa renovação teórica e política do MTSM que passou a ocorrer a partir de então; segundo, por ter demarcado o início de um processo de distanciamento entre Movimento e o Estado e suas alianças mais tradicionais; e, terceiro, pela aproximação do MTSM com as entidades de usuários e familiares, que passaram a surgir no cenário nacional, ou que sofreram um processo importante de renovação política e ideológica. (AMARANTE, 1998, p. 80).

Ainda sobre a 1ª CNSM, foi neste evento que surgiu a proposta de conversão do modelo hospitalocêntrico para o modelo extra-hospitalar, com objetivo de reduzir os leitos psiquiátricos e substituí-los por leitos em hospitais gerais. Neste momento, objetivando a transformação na saúde mental, inicia a trajetória da desinstitucionalização, baseada no modelo italiano.

O MTSM se une à sociedade, levantando a bandeira por uma sociedade sem manicômios. Em 1987, é formado o Movimento da Luta Antimanicomial, que buscou resgatar a cidadania dos sujeitos com doenças mentais.

O Movimento da Luta Antimanicomial nasceu do questionamento do saber psiquiátrico. Seu objetivo é a ruptura com o modelo tradicional de tratamento e a transformação do lugar social dado à loucura. O que se contesta não é só um prédio, mas sim o modo de pensar que reduz o sujeito ao papel de doente mental. O resgate da dimensão cidadã, afetiva e social é fundamental para os integrantes desse movimento. (CAMPOS, 2010, p. 13).

O MTSM discutiu os rumos e as estratégias do Movimento da Luta Antimanicomial em reuniões que aconteceram simultaneamente com a 1ª CNSM, e o documento final deste encontro. Segundo os apontamentos de Amarante (1998):

[...] refletia-se nitidamente o caráter de renovação do Movimento, quando já chamava de atenção para a necessidade de “desatrelamento” do aparelho de Estado, buscando formas independentes de organização e voltando-se, como estratégia principal, para a intervenção na sociedade. (AMARANTE, 1998, p. 80).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) surgiu em 1982 e foi denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, mas somente em 1987, os CAPs passam a influenciar na criação de muitos serviços pelo Brasil. Segundo Amarante (1998) o objetivo do CAPs era:

Criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária, [...] se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana,

sujeito a expansões, caso se mostre necessário. (SÃO PAULO, 1986, p. 02 apud AMARANTE, 1998, p. 82).

O processo de redemocratização permitiu a elaboração de um projeto democrático, que em 1988, conclui-se e é promulgada a oitava Constituição do Brasil, também conhecida por Constituição Cidadã e Constituição Federal de 1988. Nesse contexto é estabelecido o tripé da seguridade social, composto pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social. A Constituição Federal de 1988 reforça o que ficou definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em relação à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através da Lei nº 8.080/1990. Em outras palavras, a política de Estado na área da saúde pública é redefinida, colocando-a como um direito de todos e dever do Estado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 83, art.196).

Com a luta dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial, em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3657/1989 que visava à substituição dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos. O processo da Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional em 1989, quando foram constatadas sérias irregularidades na Casa de Saúde Anchieta, que contou com a intervenção da Secretaria de Saúde de Santos, no estado de São Paulo (SP), a qual ordenou o fechamento deste hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1998).

Isto possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo hospício em vários trabalhos e experiências de parcerias com a municipalidade, e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, instituições de residencialidade etc. Este processo santista foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 1998, p. 83).

Segundo o mesmo autor, foram criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) para atender a demanda da cidade de Santos/SP, 24 horas por dia, sete dias por semana, a fim de provar que a internação/hospitalização não era a maneira adequada de tratamento (AMARANTE, 1998).

O processo da Reforma Psiquiátrica aconteceu de forma heterogênea, pois havia as diferenças regionais, retrocessos baseados nas mudanças governamentais de nível federal, estadual e municipal, alicerçadas pela ascensão do projeto neoliberal. Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/1990. Ainda em 1990, foi realizada em Caracas, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina.

Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário. (HIRDES, 2007 apud GOMES, 2009, p. 23).

A Conferência de Caracas tinha por objetivo a revisão crítica do papel dos hospitais psiquiátricos e buscava garantir os direitos dos internos, baseado na experiência italiana, liderada por Franco Basaglia, de desinstitucionalizar os doentes mentais. Como reflexo desta Conferência, outras de menor porte aconteceram em nosso país, nos três níveis de governo, a fim de discutir novas estratégias para alcançar seu objetivo.

Em 1991, o Ministério da Saúde criou a Norma Operacional Básica (NOB), para a possível superação dos desafios político-burocráticos. No entanto, essa norma nem sempre representou os princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988 e da LOS. Assim, mesmo que assegurados em Lei, os princípios e diretrizes do SUS, enfrentaram impasses na sua concretização (VASCONCELOS, 2011), o que repercutiu em um retrocesso nos avanços obtidos no campo da saúde mental.

Nesse período, houve uma intensa participação popular de usuários e familiares, organizados no Movimento pela Luta Antimanicomial, que fortaleceu e deu voz aos sujeitos submetidos e submissos a um saber especializado. Tal fato contribuiu significativamente no processo de planejamento, execução e avaliação de

serviços e políticas de saúde mental (VASCONCELOS, 2000). Em 1992, acontece a 2ª CNSM, em Brasília.

No mesmo mês em que é oficialmente convocada a II CNSM, ocorre o *impeachment* do Presidente Fernando Collor e há nova troca do Ministro da Saúde. Mais uma vez, produz-se relativa lentidão, com a apresentação de certa resistência em relação à Conferência. Mas o precedente da IX CNS, que estabelecia a convocação de conferências específicas, foi um argumento importante, bem como as pressões criadas com as etapas estaduais da pré-conferência, que foram bastante produtivas e indicaram a intensidade do debate. (BORGES, 2007, p. 114).

Ainda em 1992, foi publicada a Portaria nº 224/1992, a qual estabeleceu melhorias na assistência dos hospitais e previu a diminuição do número de leitos psiquiátricos, instituindo a regulamentação das atividades psicossociais desenvolvidas nos CAPs, atendimento ambulatorial, internações breves de no máximo de 72 horas, e outros pertinentes à assistência psiquiátrica (DARÓS, 2004). De acordo com a Portaria 224/1992, o serviço ambulatorial deveria incluir atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais: atendimento individual, atendimento grupal, visitas domiciliares e atividades comunitárias (BRASIL, 1992).

[...] A normatização dos serviços ambulatoriais levam em conta a multiplicidades de procedimentos em saúde mental que passam a ser assegurados como reflexo das demandas do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Os ambulatorios passam a compor a rede de baixa e média complexidade, atendendo o doente mental em seu território e comunidade, sob a perspectiva de sanar e administrar os problemas mentais com psicotrópicos, aliados a terapias e políticas sociais, como, por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinado a deficiências que impedem o ato laboral. Portanto, a reforma psiquiátrica reconhece que não é possível reabilitar psicologicamente o indivíduo se suas relações sociais e econômicas são caracterizadas por expressões da questão social que impedem ou dificultam a saúde mental do indivíduo. Neste sentido, insere-se a compreensão de reabilitação psicossocial, que parte do pressuposto que o indivíduo é composto por uma totalidade que abarca a subjetividade e a objetividade e, para reabilitar este sujeito, é necessário articular estas esferas como unidade no tratamento. (ROCHA, 2012, p. 24).

Pode-se citar os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) que são serviços intermediários, disponibilizados entre os serviços ambulatoriais e a internação hospitalar. Ambos foram criados para

substituir os hospitais psiquiátricos. Os primeiros NAPs são implantados em 1989, na cidade de Santos/SP, com funcionamento de 24 horas por dia. Esta experiência serviu como primeira demonstração, com grande repercussão quanto à exequibilidade da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Em 1993, o Movimento de Luta Antimanicomial promove o primeiro encontro em Salvador, no qual a discussão se baseia na extinção dos manicômios:

[...] É então que nasce a proposta do Programa Nacional de Saúde Mental, decorrente da reunião de integrantes do Movimento, e mediante a forte pressão da sociedade civil, o Governo Federal compõe a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica sob a Resolução n.93/1993, da qual a missão era dar novo significado aos rumos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. (GOMES, 2009, p. 24).

Em 1990, Fernando Collor de Mello é empossado o primeiro Presidente da República eleito por voto direto após a ditadura militar. O entendimento predominante deste governo é que “[...] o modelo de substituição de importações está exaurido e que o tamanho do Estado e o déficit público são os responsáveis pela crise econômica e social no país”. (ROSA, 2003, p. 115).

O governo passa, na prática, a redirecionar o Estado para exercer um novo papel no contexto de reestruturação produtiva e globalização, numa conjuntura internacional em que o ideário neoliberal torna-se hegemônico. Estava dado, desde então, o ambiente ideológico para as iniciativas modernizadoras e liberalizantes do Governo Collor. (ROSA, 2003, p. 115).

No âmbito da seguridade social, propõe veladamente um Estado mínimo para a área social, sendo a atuação de forma focalizada e seletiva. A ideologia caritativa é retomada, contrapondo o sistema de proteção social universal, fazendo assim com que a seguridade social submeta-se a reformas estruturais, sendo restrita a ações emergenciais, de cunho assistencialista, indo na contramão do que ficou garantido na Constituição Federal de 1988 (ROSA, 2003).

Paralelamente, leis, decretos e portarias são aprovados baseados no Projeto de Lei nº 3657/1989 do deputado Paulo Delgado e nas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, devido à forte mobilização de movimentos sociais, os quais visavam garantir a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede de ações

integradas na área de saúde mental. Nessa perspectiva, o Estado brasileiro inicia um processo de redefinição das políticas em saúde mental.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2001, o referido Projeto é aprovado, conforme Lei Nacional nº 10.216/2001, que visa garantir proteção e direitos às pessoas “portadoras de transtornos mentais” (BRASIL, 2001) bem como redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nesse contexto, são assegurados os direitos das pessoas com transtorno mental:

Parágrafo Único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001, p.1, art. 2).

A referida Lei Federal manifesta as conquistas dos direitos da pessoa com transtorno mental e o resgate da cidadania, questões que foram violadas ao longo dos anos, enquanto foi seguido o tradicional modelo psiquiátrico. Resta, entretanto, o desafio de efetivar as condições necessárias para a materialização desses direitos.

### **2.3 A reorganização da assistência em saúde mental**

O limiar do século XXI é palco de importantes avanços no processo de normatização da assistência às “pessoas portadoras de transtornos mentais” (BRASIL, 2001). Nessa perspectiva, são criadas linhas de financiamentos, por parte do Ministério da Saúde, para os novos serviços extra-hospitalares e um processo de gestão e redução do número de leitos hospitalares psiquiátricos (SILVA, 2008).

Com a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, é garantido o redirecionamento da assistência em saúde mental, viabilizando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, disponibilizado à proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não são instituídos mecanismos práticos para a extinção dos manicômios. Mesmo assim, é dado novo impulso e novo ritmo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

Em 2001, aconteceu em Brasília, a 3ª CNSM com expressiva participação popular e democrática e significativa representação dos usuários dos serviços de saúde, familiares, movimentos sociais e profissionais da saúde. Tanto Pitta (2011) quanto Luzio e Yasui (2010) destacam que no âmbito da Conferência se constatou a complexidade da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, o enfrentamento do estigma, a reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso, os direitos de cidadania, a prioridade para a formulação de políticas com defesa da autonomia dos sujeitos, a expansão do financiamento e o controle social, emergem como novos desafios da Reforma Psiquiátrica (PITTA, 2011).

Cabe registrar que, no Relatório da 3ª CNSM, foi elaborado um capítulo tratando exclusivamente de crianças e adolescentes<sup>4</sup>. Até o ano de 2003, a assistência às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais era desenvolvida por instituições filantrópicas e privadas (educandários, institutos para deficientes mentais, abrigos, escolas especiais, dentre outras), porém a partir deste ano, o Ministério da Saúde passou a orientar<sup>5</sup> a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária de acordo com as da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

É no contexto de realização da 3ª CNSM, “que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a

---

<sup>4</sup> Mais recentemente, na 4ª CNSM, em 2010, retomou-se a política de crianças e adolescentes, mas com um olhar voltado à questão da violência, às crianças em situação de rua e ao uso de crack, incorporando fortemente a discussão dos direitos humanos e das medidas socioeducativas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010 apud DELGADO, 2011).

<sup>5</sup> Mediante tal orientação do Ministério da Saúde, é criado o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, por meio da Portaria nº 1608/2004, que possibilita a participação da sociedade na elaboração de propostas de construção e consolidação de uma política de saúde mental de crianças e adolescentes. O Fórum é composto por representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil, entidades filantrópicas, agentes da justiça e promotoria da infância e juventude e sua atuação é de caráter deliberativo. (BRASIL, 2005). Dentre as suas funções destacaram-se a promoção da articulação entre os campos de atenção à infância e à adolescência e o fomento do processo de expansão de uma rede comunitária de atenção à saúde mental.

consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.” (BRASIL, 2005, p. 9). Nessa perspectiva, acontece a expansão: da rede comunitária, do controle dos hospitais e dos CAPs. São instituídos os serviços residenciais terapêuticos, a fim de garantir a reinserção social dos “internados” cronicamente em hospitais (PITTA, 2011). A legislação também se propunha garantir a ampliação da rede pública de atenção em saúde mental, sob medida da gestão pública do SUS que determinou recursos financeiros específicos para a rede territorial.

Considerando as determinações da Lei 10.216/2001, é aprovada a Portaria nº 251/2002, que estabelece as normas e diretrizes para regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS. A função dos hospitais passa a ser de acolher os indivíduos que necessitam de internação, sendo esta indicada e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Assim, o hospital deve atender apenas as internações de usuários com quadro agudo, isto é, com a doença em caráter recente e/ou temporário, baseado em internações de curta permanência. Já os usuários com quadro crônico, isto é, com a doença em caráter permanente, devem buscar atendimento na nova rede de atenção à saúde mental, em outras palavras, buscar atendimento nos CAPs, nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e nas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) (SILVA, 2008).

Com a Portaria nº 106/2000 se estabelece a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que viabiliza a inserção das pessoas que ficaram internadas em caráter de longa permanência em instituições psiquiátricas e/ou hospitais de custódia e que não tem mais vínculo familiar que serão (re)incluídas na sociedade. As alterações vieram com a Portaria nº 3.090/2011, que estabelece o repasse de recursos de incentivo de custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos SRT, os quais:

[...] configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. (BRASIL, 2011b, p. 2).

Os SRT são constituídos das modalidades I e II. O tipo I compreende moradias destinadas às pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, que não possuem vínculos familiares e sociais, ou seja, a lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço para a construção de autonomia para continuidade da vida cotidiana e reinserção social (BRASIL, 2011b). O tipo II contempla moradias destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados intensivos e permanentes específicos, do ponto de vista da saúde em geral (BRASIL, 2011b).

Por sua vez, as UPHG “visam à substituição das internações de longa permanência em instituições exclusivamente psiquiátricas, pela internação em hospitais gerais.” (SILVA, 2008, p. 34), considerando o objetivo do processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos, através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), enquanto um dos encaminhamentos da 3ª CNSM. Em 2002, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 251/GM e a Portaria nº 77, começando o processo de avaliação e reclassificação dos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de melhorar a qualidade do tratamento aos usuários “internados”, de modo a viabilizar maior remuneração para os hospitais que prestavam melhores serviços. (BRASIL, 2004 apud LUZIO; YASUI, 2010).

Na sequência, aprova-se também a Portaria nº 336/2002, que reestrutura a Portaria nº 189/1991 e a Portaria nº 224/1992, as quais instituíram novos serviços na área de saúde mental como o CAPs, Hospitais Dia e Oficinas Terapêuticas. Com a reestruturação, os CAPs são subdivididos, de acordo com o porte, a complexidade e a abrangência populacional: I, II e III. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento ao público da saúde mental, isto é, a função de serviço ambulatorial de atenção diária funciona de acordo com a lógica do território.

### Quadro 1 – Modalidades de CAPs e lógica do território

CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes com funcionamento das 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.
CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes com funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes que constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana.
CAPS-i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, referência para população de cerca de 200.000 habitantes ou outra definida pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos com funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.
CAPS-ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para municípios com população superior a 70.000, com funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
CAPS-ad III – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de crianças, adolescentes e adultos, com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, para serviços que são referência regional a capacidade operacional é para grupos entre 200 e 300 mil habitantes, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

**Fonte:** BRASIL (2002, 2012).

Os CAPs devem ser estabelecidos em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. (BRASIL, 2002). Os mesmos tem como função: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária nos municípios, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes visa garantir o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

No atual contexto, os CAPs tem por objetivo oferecer atendimentos diários e integral aos usuários, como um espaço de convivência e não com consultas marcadas, diferenciando-se do ambulatório e são fundamentais no processo de desinstitucionalização dos usuários. Nessa perspectiva, consiste em um importante serviço para a prevenção de internações e/ou reincidências destas. Assim, o CAPs se caracteriza por um grupo fixo, atendido de forma interdisciplinar, permanecendo na instituição por oito horas, contando com alimentação e ambiente assemelhado a

um lar (BRASIL, 2011). Com o surgimento desses serviços emerge também a possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no país.

Segundo o defendido pela Reforma Psiquiátrica a desinstitucionalização não se limita à substituição dos hospitais por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural, ou seja, exige de fato que haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Diante da diversidade das características populacionais existentes no país e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 816/2002, implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS, de acordo com as recomendações da 3ª CNSM. O Programa organiza as ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005).

Ainda considerando os avanços da legislação às pessoas com transtorno mental, em 2003 foi aprovado o Programa “De volta para casa”, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003, o qual incentivava que os usuários egressos de internações em hospitais ou unidades psiquiátricas, retornassem aos seus lares e, em contrapartida, recebessem o pagamento de um auxílio financeiro, chamado de auxílio-reabilitação psicossocial, tendo como principal objetivo a desinstitucionalização (SILVA, 2008).

A Portaria nº 52/2004, embasada nas diretrizes da Lei Federal, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) no SUS, cuja principal estratégia consiste na redução progressiva e planejada de leitos de macro hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (240 a 600 leitos psiquiátricos), evitando a falta de assistência (FONTE, 2013). Assim, foram traçados os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospital. Além disso, os recursos que deixassem de ser utilizados nos hospitais,

com a progressiva redução dos leitos, deveriam ser redirecionadas para incremento das ações territoriais e comunitárias de saúde mental (BRASIL, 2005):

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. [...] a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH-Psiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social. (BRASIL, 2004, p. 02).

O processo da Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. A consolidação da Reforma Psiquiátrica e do próprio SUS, somente é possível com a participação ativa dos trabalhadores, dos usuários e familiares (BRASIL, 2005), afinal, trata-se do desafio de construir uma política pública e coletiva da saúde mental.

Nos primeiros dez anos em prol da garantia de proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais, inaugura-se uma nova fronteira para a política pública de saúde mental, a da intersetorialidade. Vale registrar que em políticas públicas anteriores a da saúde mental, a intersetorialidade não foi pautada.

A experiência brasileira já demonstrou que a fragmentação e a visão setorializada de políticas públicas é custosa e ineficiente, pois produz ações e resultados distantes da diretrizes e objetivos almejados. Por isso, a importância da intersetorialidade como ferramenta e mecanismo de gestão se mostra extremamente necessário, haja vista que não se pode pensar em construção de políticas públicas sem considerar a relevância da interação e integração dos diversos órgãos e instituições no compromisso comum de efetivação de direitos, garantindo-se, também, a participação social como requisito

essencial de legitimidade das políticas sociais. (CUSTÓDIO; SILVA, 2015).

Em que pesem os avanços da agenda de construção da uma política pública e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, existe ainda um longo caminho a ser percorrido. A Reforma Psiquiátrica não se reduz à transferência da pessoa com transtorno mental para fora dos muros dos hospitais, aprisionando-a à vida domiciliar, aos cuidados de quem puder assisti-la ou entregue à própria sorte. Muito além disso, trata-se do resgate ou do estabelecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental, do respeito a sua singularidade, subjetividade e totalidade, reconhecendo-a e contribuindo para torná-la sujeito de seu próprio processo de tratamento, sem a ideia de “cura” ou medicalização como único horizonte. Vislumbra-se, assim, a garantia da autonomia e da convivência familiar e comunitária desses sujeitos (GONÇALVES; SENA, 2001). E inclui, também, uma nova compreensão pela sociedade dessa pessoa e da relação “loucura” *versus* saudável.

### **3 A SAÚDE MENTAL NAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO SERVIÇO SOCIAL**

Nesta sessão aborda-se acerca da história do Serviço Social, relatando seu percurso e os principais acontecimentos em âmbito nacional, bem como sua inserção na área de saúde mental. Também se contextualiza os elementos estruturantes da pesquisa bibliográfica nas produções acadêmicas do Serviço Social sobre saúde mental e apresenta-se a análise dos principais resultados encontrados.

#### **3.1 Processo de inserção do Serviço Social na saúde mental**

Até 1930, o Brasil tinha como base econômica o modelo agrário exportador. A partir disso, em se tratando de um momento de grandes transformações na estrutura econômica e política, registra-se a passagem para o modelo urbano industrial. Em meio a essa transição, a classe operária começou a reivindicar melhores condições de vida e trabalho (BULLA, 2008). Eis que o Serviço Social surge no Brasil visando amenizar a relação entre capital e trabalho.

Nesse contexto, a Igreja interviu em função do surgimento de novas expressões da questão social, geradas pelas mudanças ocorridas na estrutura econômica e política brasileira. Surge uma nova demanda social, advinda das contradições entre o proletariado e a burguesia no âmbito da sociedade capitalista. Conforme Yamamoto e Carvalho (2008).

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, [...]a constituição e expansão do proletariado e da burguesia industrial – [...]. É nesse contexto, em que se afirma a hegemonia do capital industrial e financeiro, que emerge sob novas formas a chamada 'questão social', a qual se torna a base de justificação desse tipo de profissional especializado. A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. O estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do

mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social. Assim, as condições de vida e trabalho dos trabalhadores já não podem ser desconsideradas inteiramente na formulação de políticas sociais, como garantia de bases de sustentação do poder de classe sobre o conjunto da sociedade. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 77).

Diante da nova demanda que surge, no fim da década de 1930 e início da década de 1940, ainda que a Igreja tivesse forte influência nas ações assistenciais apoiadas pelo Estado, são criadas as primeiras Escolas e Cursos de Serviço Social, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Estas Escolas de Serviço Social sofreram forte influência do movimento de higiene mental, pois era possível observar que o volume de disciplinas e conteúdos ministrados eram identificados com temáticas abordadas pelo movimento (VASCONCELOS, 2000).

Na década de 1940, consolida-se a formação profissional e os primeiros profissionais ingressam no mercado de trabalho (ROCHA, 2012). Após a formação dos (as) primeiros (as) assistentes sociais, as escolas procuraram inserir os (as) profissionais nos hospitais psiquiátricos para desempenhar as funções voltadas para a área da assistência social (VASCONCELOS, 2000).

Nesse período o trabalho do (a) assistente social ficou caracterizado por situar-se na 'porta de entrada' dos hospitais psiquiátricos, de forma subalterna aos médicos e a direção dos hospitais:

[...] atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos, em um tipo de prática semelhante, porém mais burocratizada e massificada [...] (VASCONCELOS, 2000, p. 187).

O profissional de Serviço social não questionava o seu exercício profissional na instituição, não pensava e/ou questionava o hospital em sua totalidade, apenas desenvolvia seu trabalho na pontualidade de cada usuário, ou seja, o exercício profissional era acrítico. O trabalho profissional de investigação social não tinha como objetivo pensar as condições de reabilitação psicológica e psiquiátrica do usuário, mas sim de culpabilizar as famílias (ROCHA, 2012).

Tanto Vasconcelos (2000) quanto Bisneto (2007) afirmam que nos primeiros trinta anos de existência do Serviço Social brasileiro praticamente não havia profissionais atuando na área psiquiátrica ou em manicômios, pois o número geral de assistentes sociais era reduzido até 1970.

O Serviço Social imediatamente entrou na área da saúde, porém não constituindo a Psiquiatria como campo de atuação separado no Serviço Social, em razão também ao pequeno número de assistentes sociais trabalhando exclusivamente com o problema da loucura (BISNETO, 2007, p. 21).

As primeiras experiências dos (as) assistentes sociais na área da saúde mental aconteceram no Centro de Orientação Infantil (COI) e Centro de Orientação Juvenil (COJ), em 1946, as quais auxiliaram na estruturação do modelo do Serviço Social clínico, baseado no modelo norte-americano (GOMES, 2009). Bisneto (2007), alerta que:

[...] não podemos confundir práticas tradicionais em Serviço Social com o chamado 'Serviço Social Psiquiátrico'. Por exemplo, o 'Serviço Social Clínico', baseado em modelo norte-americano e não é necessariamente prática em estabelecimentos psiquiátricos. O modelo de 'Serviço Social Psicossocial' também não pode ser interpretado desse modo, pois se trata de metodologia que tinha aplicação em todas as áreas de atuação do Serviço Social. Modelos de práticas baseadas na área 'psi' eram comuns no Serviço Social no Brasil até o início dos anos 1970: psicanálise, psicologia do ego, psiquiatria, psicologias dinâmicas [...] (BISNETO, 2007, p. 22).

O mesmo autor reitera que em termos teóricos, tais práticas estão distantes quando comparadas ao Serviço Social atual, pois a abordagem da época era de controle social repressor (BISNETO, 2007). O Serviço Social contemporâneo se apresenta como uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas múltiplas faces da "questão social".

Após o golpe de Estado de 1964 e instauração da ditadura militar (1964-1985), o governo promoveu reformas no sistema de saúde e de previdência social, incorporando os hospitais da rede dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) à rede do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que continuaram a atender aos trabalhadores e seus dependentes. Também foram criadas várias

clínicas psiquiátricas privadas, que através de convênio com o Estado, ofereciam atendimento aos trabalhadores e seus dependentes (AMARANTE, 2008).

Em consequência disso, abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento aos trabalhadores e seus dependentes e depois eram ressarcidas pelo INPS. Esse fato multiplicou as possibilidades de empregar assistentes sociais na área da saúde mental. A efetiva inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu por força de exigências do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) que destacou a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao “doente mental”. Assim, que se abriu campo profissional para o Serviço Social nas Instituições Psiquiátricas (BISNETO, 2007).

Os (as) assistentes sociais atuavam no controle do contrassenso vivenciado nos manicômios naquele momento. O grande problema para o governo da ditadura militar [...] não era a loucura, pois esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparelho asilar, era a pobreza, o abandono, a miséria, que destacavam e que geravam contestação da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental (BISNETO, 2007).

O autor cita que o governo da ditadura militar dos anos 1970, tenta utilizar o Serviço Social na saúde mental como a Igreja e o empresariado utilizaram, nas décadas de 1930 e 1940, vislumbrando as perspectivas econômica, política e ideológica, objetivando a acumulação capitalista e mantendo o controle social. Paralelamente a esse contexto, o Serviço Social brasileiro vive seu processo de renovação profissional, conhecido por Movimento de Reconceituação. Como consequência deste processo, a matriz teórica conservadora é substituída pela teoria social de Marx (BISNETO, 2007).

A partir da década de 1970, começa a se pensar um Serviço Social voltado a atender as necessidades da população e um agir profissional que atue de maneira a romper com ações que antes eram direcionadas meramente a atender os interesses das instituições (ALFLEN, 2008 apud GOMES, 2009).

Em 1974, com a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), o Serviço Social entrou na saúde mental como uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência, que através da informática chegaria aos seguintes objetivos: racionalização institucional, controle de

custos organizacionais, controle dos atores sociais, aparência de modernização, imitação de modelos do primeiro mundo, dentre outros (BISNETO, 2007).

A partir de 1978, com o fortalecimento dos movimentos sociais no país e a luta pela redemocratização, se iniciou um forte movimento de crítica ao sistema público de saúde e de saúde mental, conhecidos como movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, sendo que esta última, até o início dos anos de 1980, teve uma face mais publicizadora de denúncias junto à imprensa e à opinião pública, da real situação da privatização e mercantilização da psiquiatria privada conveniada ao INPS, como também das péssimas condições nos chamados “asilos” estatais (VASCONCELOS, 2002).

O modelo de atenção em saúde da Reforma Sanitária pautava-se na concepção de um Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais na busca pela “[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde [...] acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã”. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206 apud CAMARGO, 2014, p. 73).

Assim, dentre as conquistas dos movimentos sociais e a luta em prol da redemocratização, tem-se a Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passa a compor o tripé da seguridade social, juntamente com os sistemas de previdência e de assistência social. O principal avanço a partir disso consiste na organização do Sistema Único de Saúde. Em decorrência desta organização, na década de 1990, acontece a expansão dos serviços de saúde. Assim, com novos serviços implantados, surge a necessidade de contratação de assistentes sociais para atuar na área de saúde mental, sem que tivesse ocorrido um acúmulo de conhecimento suficiente para embasar a atuação profissional nessa área.

Historicamente, o Serviço Social se insere na saúde mental através de equipes multidisciplinares. Essa inserção profissional vem se efetivando de duas maneiras: para atuar na nova forma de conduzir a “loucura” e/ou para “apaziguar” as demandas sociais provenientes do setor manicomial. A equipe multidisciplinar surge como alternativa para o “atendimento integral e, portanto, multidisciplinar daqueles segmentos da população e requerem, também, a integração dos diversos serviços e instituições assistenciais e sociais vinculados àquela população de maior risco.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982, p. 328).

Com a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 e de todas as portarias ministeriais que visam garantir a expansão da rede de serviços para as pessoas com

transtorno mental, os (as) assistentes sociais encontram-se atualmente inseridos na saúde mental nos serviços como os CAPs, os NAPs, os SRT, e nos hospitais psiquiátricos atuando juntamente às equipes multidisciplinares e interdisciplinares na efetivação dos direitos sociais, através do acolhimento, do fortalecimento de vínculos entre o usuário e sua família, bem como do encaminhamento para a rede de serviços.

### **3.2 Elementos estruturantes da pesquisa bibliográfica sobre Serviço Social e saúde mental**

Considerando a revisão teórica sobre saúde mental e Serviço Social e o interesse acadêmico despertado pela aproximação com a temática. No presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), recorreu-se à pesquisa como meio para melhor conhecer a relação da profissão com essa área. Para tanto, o processo de pesquisa se desenvolveu em três etapas: a primeira compreendeu o momento exploratório, a segunda o trabalho de campo e a terceira o tratamento do material.

O momento exploratório representa a delimitação do tema; a formulação do problema, dos objetivos, a escolha do método, a caracterização do tipo e a definição do universo da pesquisa. O trabalho de campo, por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, dá espaço à consulta às fontes secundárias<sup>6</sup> bem como a seleção das publicações do Serviço Social com informações comuns à finalidade da pesquisa. A terceira etapa, de tratamento do material, é baseada na organização e na análise dos dados coletados nas fontes bibliográficas, com base na análise de conteúdo com corte temático (BARDIN, 2009).

O momento exploratório do processo da pesquisa teve como ponto de partida a definição do tema “saúde mental e Serviço Social” por uma questão de interesse acadêmico pela temática. A partir desta escolha, delimitou-se como tema de pesquisa “a saúde mental nas produções acadêmicas do Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 2001 a 2016”. O próximo passo foi a formulação do problema de pesquisa, que “deve, além de conter o tema delimitado, ser formulado de maneira interrogativa, isto é, sob a forma de

---

<sup>6</sup> Refere-se a “toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 71 apud CAMARGO, 2014, p. 92).

uma pergunta, uma indagação ou um questionamento, todavia não solucionado ou que demanda a construção de respostas” (CAMARGO, 2014, p. 83). Assim, o problema de pesquisa consiste em “de que forma o Serviço Social da UFSC vem contemplando a saúde mental em suas produções acadêmicas?”

Tendo em vista que para responder ao problema de pesquisa é necessário traçar a intencionalidade do/a pesquisador (a), elaborou-se como objetivo geral “analisar de que forma o Serviço Social da UFSC vem contemplando a saúde mental em suas produções acadêmicas.” Para complementar, definiram-se como objetivos específicos: identificar a natureza das produções acadêmicas do Serviço Social sobre saúde mental; conhecer as produções acadêmicas do Serviço Social, sobre a ação profissional em saúde mental; e evidenciar os serviços e abordagens apresentados nas produções acadêmicas do Serviço Social sobre saúde mental.

A pesquisa se fundamentou no método dialético crítico e suas categorias teórico-metodológicas: historicidade, totalidade, contradição e mediação. Estas categorias encontram-se intrinsecamente articuladas, não sendo possível separá-las, pois “[...] estão mutuamente imbricadas [...] não se constituem apenas em elementos para realizar a análise do real, mas são parte do próprio real”. (PRATES, 2003, p. 203). O método não é exclusividade da ciência, no entanto, a ciência não existe sem a utilização de métodos científicos. A reconstituição da realidade social pressupõe ao Serviço Social, a opção por um método que conceba o ser social na totalidade histórica, diante das contradições dadas pelas correlações de forças que se interrelacionam no cotidiano da vida social (CAMARGO, 2014). O método diz respeito ao “[...] caminho para se chegar a determinado fim.” (GIL, 2008, p. 08 CAMARGO, 2014, p. 87)

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo exploratório e abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica tem como finalidade o contato direto com as produções existentes acerca do objeto de estudo e sua principal vantagem reside no fato de “[...] permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.” (GIL, 2008, p. 50 apud CAMARGO, 2014, p. 92). Dentre os tipos de fontes bibliográficas, as publicações se referem ao conjunto representado por livros, monografias, pesquisas, publicações avulsas, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2002 apud CAMARGO, 2014).

A abordagem qualitativa é utilizada para descrever a totalidade de um determinado problema. Considera a totalidade de componentes de uma situação,

suas interações e influências recíprocas (GRESSLER, 2003 apud CAMARGO, 2014). Assim, na pesquisa qualitativa, “[...] todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção [...]” (CHIZZOTTI, 2006, p. 83 apud CAMARGO, 2014, p. 92).

O recorte histórico inicial se deve ao ano de aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). O recorte final se refere ao ano mais recente em termos retrospectivos. Vale ainda registrar que a saúde mental compreende um dos espaços sócio-ocupacionais de inserção dos profissionais de Serviço Social.

O universo da pesquisa refere-se ao “[...] conjunto de elementos que possuem determinadas características [...]” (GIL, 2008, p. 89 apud CAMARGO, 2014, p. 93). Por sua vez, a amostra ou seleção da pesquisa é composta por certos elementos do universo ou população que lhe são representativos (MARCONI; LAKATOS, 2002 apud CAMARGO, 2014). Diante disso, na segunda etapa da pesquisa, definiu-se como universo o conjunto de produções acadêmicas do Serviço Social da UFSC, sobre saúde mental, referentes ao período de 2001 a 2016, representadas por:

- 1- Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social disponíveis no Repositório Institucional que integra o Portal da Biblioteca Universitária.
- 2- Dissertações e Teses em Serviço Social disponíveis no Repositório Institucional que integra o Portal da Biblioteca Universitária.
- 3- Artigos publicados na Revista *Katálysis*<sup>7</sup> disponíveis no *site* oficial do periódico.

Para localizar o material empírico, no que diz respeito aos TCCs dos (as) estudantes do Curso de Graduação em Serviço Social, no dia 15 de junho de 2017, aproximadamente às vinte horas, acessou-se o *site* oficial da Biblioteca Universitária da UFSC. Em seguida selecionou-se a opção “repositório – institucional”, conforme visualizado na Figura 1.

---

<sup>7</sup> Vinculada ao Programa Pós-Graduação em Serviço Social e ao Curso de Graduação em Serviço Social da instituição, estes artigos não são produções do Serviço Social da UFSC, apenas é realizada a editoração e publicação de artigos, no entanto, são produções de todo o Brasil, inclusive internacionais.

**Figura 1** – Página inicial do portal da Biblioteca Universitária da UFSC



**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

Na página gerada, encontrou-se o título “Comunidades no Repositório” com link UFSC, cuja opção foi selecionada. Em seguida, escolheu-se a opção “Campus Florianópolis”, que gerou as subcomunidades, dentre as quais se optou por “biblioteca universitária”. Na sequência, nas páginas geradas a cada seleção realizada, foram escolhidas as seguintes opções: “trabalho de conclusão de curso de graduação”, “centro socioeconômico”, “tcc serviço social”. A página gerada continha o campo “Buscar nesta coleção” (campo “a”). Neste campo, digitou-se a expressão “saúde mental” e, na sequência, clicou-se no botão “ir”. Na página gerada, abriu a opção “adicionar filtro”, onde foi possível selecionar a “data de publicação” (campo “b”) e no complemento “igual” (campo “c”). Assim, inseriu-se no campo “d” os anos de 2001 a 2016 associando à expressão principal da pesquisa “saúde mental”, conforme ilustrado na Figura 2.

**Figura 2** – Portal da Biblioteca Universitária utilizado para localizar os TCCs dos (as) estudantes do Curso de Graduação em Serviço Social

The image shows a screenshot of the DSpace search interface. On the left, there are three vertical panels: 'Buscar DSpace' with a search box and 'Ir' button, 'Navegar' with links for 'Todo o repositório' and 'Esta coleção', and 'Minha conta' with an 'Entrar' link. The main area is titled 'Buscar' and contains a search box with the text 'saúde mental' and an 'Ir' button. A red arrow labeled 'campo "a"' points to the search box. Below the search box is a link 'Adicionar filtros'. Underneath is a 'Filtros' section with the text 'Utilize filtros para refinar o resultado busca.' and three red arrows labeled 'campo "b"', 'campo "c"', and 'campo "d"' pointing to the filter dropdowns. The filter section includes a dropdown for 'Data de publicação', a dropdown for 'Igual', and an empty text input field. To the right of these are buttons for 'Adicionar filtro' and 'Remover'. Below the filter section is a button 'Aplicar'. At the bottom of the main area, it says 'Apresentando 10 de um total de 887 resultados para a coleção: TCC Serviço Social. (0.093 seconds)'. At the very bottom, there is a pagination bar with the text 'Itens para a visualização no momento 1-10 of 887' and a 'Próxima página' link.

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

No que diz respeito às Dissertações e Teses dos (as) estudantes do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), no dia 16 de junho de 2017, aproximadamente às 10 horas, acessou-se o *site* oficial da Biblioteca Universitária da UFSC. Em seguida selecionou-se a opção “repositório – institucional”, conforme apresentado anteriormente na Figura 1. Na página gerada, encontrou-se o título “Comunidades no Repositório” com link UFSC, cuja opção foi selecionada. Em seguida, escolheu-se a opção “Campus Florianópolis”, que gerou as subcomunidades, dentre as quais se optou por “biblioteca universitária”. Na sequência, selecionou-se “teses e dissertações”. A página gerada continha várias opções, dentre as quais duas eram “programa de pós-graduação em serviço social”, conforme se pode observar na Figura 3.

**Figura 3** – Localização das Dissertações e Teses dos (as) estudantes do Curso de Pós-Graduação em Serviço Social no portal da Biblioteca Universitária

<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Matemática (Mestrado Profissional)</a> [19]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Matemática Pura e Aplicada</a> [81]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Métodos e Gestão em Avaliação (Mestrado Profissional)</a> [20]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Metrologia Científica e Industrial</a> [89]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Nanotecnologia Farmacêutica</a> [2]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Neurociências</a> [219]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Neurociências</a> [19]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Nutrição</a> [191]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Odontologia</a> [473]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Odontologia</a> [52]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Perícias Criminais Ambientais</a> [7]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Perícias Criminais Ambientais (Mestrado Profissional)</a> [13]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Psicologia</a> [601]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Psicologia</a> [44]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Química</a> [584]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Recursos Genéticos Vegetais</a> [218]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais</a> [45]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva</a> [163]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial</a> [4]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Mestrado Profissional)</a> [27]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública</a> [164]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Serviço Social</a> [165]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Serviço Social</a> [7]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política</a> [442]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política</a> [33]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação</a> [8]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação em Urbanismo, História e Arquitetura da Cidade</a> [117]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas</a> [149]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação Multicêntrico em Ciências Fisiológicas</a> [19]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde</a> [5]
<a href="#">Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde (Mestrado Profissional)</a> [23]
<a href="#">Teses e dissertações não defendidas na UFSC</a> [532]

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

Ao selecionar a primeira opção, observou-se que era referente às Dissertações. Conseqüentemente, a segunda era referente às Teses. As páginas seguintes foram muito semelhantes para ambas as pesquisas. A partir deste momento da pesquisa, as páginas e campos gerados foram iguais à Figura 2 supracitada. Após selecionar um dos *links*, a página gerada continha o campo “Buscar nesta coleção” (campo “a”). Neste campo, digitou-se a expressão “saúde mental” e, na sequência, clicou-se no botão “ir”. Na página gerada, abriu a opção “adicionar filtro”, onde foi possível selecionar a “data de publicação” (campo “b”) e no complemento “igual” (campo “c”). Assim, inseriu-se no campo “d” os anos de 2001 a 2016 associando à expressão principal da pesquisa “saúde mental”.

Quanto aos artigos publicados na Revista Katálysis, a pesquisa de coleta de dados foi feita da seguinte forma: no dia 16 de junho de 2017, aproximadamente às 17 horas, acessou-se o *site* oficial do periódico. No lado direito da página, encontrou-se o título “conteúdo da revista”, abaixo no campo “pesquisa” digitou-se “saúde mental” e no campo “escopo da busca” escolheu-se “todos” e clicou-se em

“pesquisar”, conforme apresentado na Figura 4. A página gerou o resultado de todas as edições que se encontram disponíveis no formato *on-line*.

**Figura 4** – Página inicial da Revista Katálysis para pesquisar os artigos publicados



Fonte: Sistematização da autora (2017).

### 3.3 Principais resultados encontrados sobre a produção acadêmica do Serviço Social e saúde mental

Após localizar o material empírico do universo da pesquisa definiu-se uma amostra intencional que se refere às produções acadêmicas do Serviço Social da UFSC, que efetivamente tratavam sobre o tema saúde mental, referentes ao período de 2001 a 2016<sup>8</sup>; sendo: 47 de 865 TCCs; 04 de 87 Dissertações, nenhuma Tese das 07 localizadas e 03 de 07 artigos publicados na Revista Katálysis, conforme informações disponíveis no Quadro 2.

<sup>8</sup> Registra-se que os anos informados referem-se aos de publicação das produções. Os TCCs de 2017\* são de estudantes que concluíram a Graduação em Serviço Social no segundo semestre de 2016, porém só foram publicados em 2017, motivo pelo qual foram considerados material de pesquisa. No Mestrado, em 2010, não foi publicada nenhuma dissertação, porém foi escrita uma sobre saúde mental, assim esta dissertação aparece no “Total Saúde Mental”.

**Quadro 2** – Universo e amostra da pesquisa

Ano*	Graduação		Pós-Graduação <sup>9</sup> ;				Revista Katálysis	
			Mestrado		Doutorado			
	Total Encontrado	Total Saúde Mental	Total Encontrado	Total Saúde Mental	Total Encontrado	Total Saúde Mental	Total Encontrado	Total Saúde Mental
2001	9	1	0	0	0	0	0	0
2002	40	3	0	0	0	0	1	0
2003	35	3	7	0	0	0	0	0
2004	107	8	6	0	0	0	0	0
2005	67	4	6	0	0	0	0	0
2006	69	3	12	1	0	0	1	0
2007	51	3	12	1	0	0	1	0
2008	97	3	14	1	0	0	0	0
2009	61	6	2	0	0	0	0	0
2010	71	2	0	1	0	0	0	0
2011	49	1	10	0	0	0	1	1
2012	5	2	8	0	0	0	0	0
2013	151	3	7	0	0	0	0	0
2014	23	2	0	0	0	0	1	1
2015	13	2	1	0	2	0	0	0
2016	11	0	2	0	5	0	2	1
2017*	6	1						
<b>Total</b>	<b>865</b>	<b>47</b>	<b>87</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

A partir da seleção da amostra, desenvolveu-se a terceira etapa da pesquisa. Efetivou-se então a organização e a análise dos dados coletados, lançando-se mão da análise de conteúdo com corte temático com base em Bardin (2009). A análise de conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa “[...] obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens” (BARDIN, 2009, p. 42). Tendo em vista o curto prazo para a execução da pesquisa, optou-se pela análise dos resumos das produções selecionadas na amostra da pesquisa.

<sup>9</sup> O Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (mestrado/doutorado) da UFSC foi implantado em 2001. Em 2010, o Projeto Político Pedagógico foi revisado e ampliado com a criação do curso de doutorado, como é possível observar no Quadro 2, que só a partir de 2015 é que foram publicadas teses.

Assim, o critério de inclusão das produções acadêmicas foi à disponibilização de resumo. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos quanto à natureza da produção textual: na graduação as produções dos TCC; na pós-graduação as dissertações e teses; e na Revista Katálysis os artigos publicados. Uma vez realizada a leitura dos respectivos resumos, as produções acadêmicas foram classificadas e agrupadas em núcleos temáticos, respeitando-se a natureza da produção textual.

Tomando por base os objetivos específicos da pesquisa foram constituídos três núcleos temáticos, a saber: ação profissional, serviços de saúde mental e abordagens em saúde mental. Para classificar cada núcleo temático, considerou-se: a) ação profissional em Serviço Social na saúde mental: produções acadêmicas que tinham como objeto o trabalho profissional do (a) assistente social, contemplando tanto experiências práticas quanto no âmbito da produção teórica e produção do conhecimento; b) serviços de saúde mental: as produções acadêmicas que tinham como objeto serviços para pessoas com transtorno mental, benefícios sociais, a reinserção do usuário e adequação conforme a legislação; e c) abordagens: produções acadêmicas que tinham como objeto grupos, programas, atendimento específico para servidor e o estudo de tratamentos.

Vale ressaltar que quanto à Graduação, foram excluídos 06 dos 47 TCCs da amostra da pesquisa: 01 porque não tinha o arquivo disponível *on-line* para consulta e 05 porque não tinham resumos, restando 41 a serem classificados. No que se refere à Pós-Graduação, as 04 Dissertações foram incluídas. E quanto à Revista Katálysis, os 03 artigos foram incluídos.

No que se refere à análise dos dados coletados, nesse contexto, apresentam-se os núcleos temáticos com as respectivas produções acadêmicas e as propostas apresentadas nos resumos, considerando a natureza da produção textual: TCCs da graduação, dissertações da pós-graduação e artigos da Revista Katálysis. Quanto às produções acadêmicas da Graduação, no Quadro 3, a seguir, consta o núcleo temático da “ação profissional em Serviço Social na saúde mental” dos TCCs, referentes ao período de 2001 a 2016.

**Quadro 3** – Núcleo temático da ação profissional em Serviço Social na saúde mental - TCC

<b>Título</b>	<b>Proposta apresentada no resumo</b>
A Desospitalização e os impasses da reintegração social: um estudo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC	O trabalho profissional em relação ao usuário e ao contexto social em que está inserido.
A Atividade policial militar como um fator desencadeante de problemas de saúde mental: um diagnóstico do serviço social do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina	Diagnosticar a situação de saúde mental dos policiais militares e encerra com sugestões de prevenção.
Do isolamento a reinserção social: reflexões e desafios para o serviço social	A ação profissional desenvolvida no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Araranguá.
A Importância da reabilitação psicossocial no tratamento da dependência química: uma contribuição ao debate	A intervenção profissional no serviço de dependência química.
Reabilitação psicossocial: um processo que busca humanizar o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico e viabilizar a inclusão social	O trabalho do assistente social desenvolvido no atendimento ambulatorial e oferta de atividades lúdicas e artísticas e reabilitadoras para o retorno da vida em sociedade.
O Papel do serviço social na saúde mental	O mapeamento das produções dos últimos três ENPESS e CBAS referente a saúde mental .
Conhecendo o processo de co-dependência nas famílias Adictas: uma reflexão sobre as possibilidades de atuação do serviço social nas equipes de saúde mental	A inserção do serviço social nas equipes de saúde mental e refere-se ao grupo observado, em uma clínica para tratamento de adictos, composto por familiares de pacientes.
A Importância do serviço social na junta médica da Assembléia Legislativa do estado de Santa Catarina	A intervenção do Serviço Social na Junta Médica da ALESC.
A Intervenção profissional do serviço social na junta médica da corporação da polícia militar de Santa Catarina	A atuação do Serviço Social na Junta Médica da Corporação da Polícia Militar de Santa Catarina.
Dependência química em mulheres: uma questão a ser tratada	Um estudo com mulheres internadas no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC), na Unidade Sonir Malara (USM), com diagnóstico de dependência química.
Tendências da produção do curso de Serviço Social da UFSC sobre a saúde mental 1958 -2005	A produção de conhecimento através da identificação das tendências de produção, fazendo um estudo paralelo com os avanços conquistados através do processo de Reforma Psiquiátrica.
A Política de saúde mental e as repercussões do cuidado ao portador de transtorno mental infrator na vida da família e da mulher cuidadora	A vida da mulher cuidadora do portador de transtorno mental infrator, o contexto familiar que receberá este usuário após a alta do HCTP.

Serviço social e saúde mental: trajetória e produção de conhecimento	Analisar as produções na área de Saúde Mental publicados na Revista Serviço Social e Sociedade para apresentar a descrição e a análise do perfil dos artigos publicados na Revista Serviço Social e Sociedade na área de Saúde Mental.
A Intervenção do assistente social no atendimento da emergência do HU/UFSC às tentativas de suicídio	No cotidiano do trabalho do assistente social, são observados inúmeros casos de tentativa de suicídio. As dificuldades de registros dos atendimentos realizados pelo Serviço Social do HU/UFSC. O acolhimento se firma como parte dos recursos para a intervenção do Serviço Social do HU/UFSC bastante apropriada para lidar com os casos de tentativas de suicídio.
Prática profissional do assistente social dentro da equipe multiprofissional de saúde mental no município de Florianópolis	A prática profissional do Assistente Social. Foi realizada entrevista com 06 AS, do HCTP e de 3 CAPs junto a equipe multiprofissional de Saúde Mental.
Os Desafios do serviço social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina	Refletir sobre os desafios profissionais do Assistente Social inserido na Área da Saúde Mental, bem como em Instituição Penal que possui como demanda específica o Portador de Transtorno Mental Infrator.
O Serviço social no centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas do município de Florianópolis: elementos da prática profissional	A prática profissional do assistente social inserido em um serviço alternativo de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas – CAPs.ad.
A desinstitucionalização do portador de transtorno mental segundo a produção bibliográfica	Analisar a produção científica sobre serviços substitutivos e redes de apoio ao hospital psiquiátrico. Com base nesta discussão foram analisadas as produções bibliográficas dos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública.
Saúde mental, reforma psiquiátrica e os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial: a atuação do Serviço Social	Reflexões realizadas a partir de dois campos de estágio na referida área: o HCTP – Hospital de Custódia e tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina e o CAPs.i – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes.
Serviço Social e saúde mental: análise de artigos apresentados nos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social	Encontros Brasileiros de Pesquisadores em Serviço Social nos anos de 2006, 2008 e 2010. Evidenciar e problematizar modos da categoria profissional debater a saúde mental, a fim de identificar e analisar tanto os fundamentos profissionais quanto as estratégias adotadas para a atuação neste tempo.

<p>Saúde Mental e Serviço Social: um estudo sobre a realidade da ECT-DR/SC</p>	<p>Analisar as situações de saúde mental e os fatores de risco do processo de trabalho para o adoecimento dos funcionários da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos da Diretoria Regional de Santa Catarina (ECT-DR/SC) da Região da Grande Florianópolis. Têm-se como hipótese as situações de trabalho como potencializadoras dos quadros de adoecimento e geradoras de demandas ao Serviço Social da Empresa.</p>
<p>Mães idosas e filhos com deficiência mental: um olhar sobre a prática do cuidado</p>	<p>Analisar a prática do cuidado no contexto familiar dos usuários acima de 45 anos, idade em que pessoas com deficiência mental iniciam o processo de envelhecimento.</p>
<p>A dependência química e o caráter de seu enfrentamento pelas políticas públicas</p>	<p>A problematização da condição do dependente químico e principalmente como o Estado disponibiliza o enfrentamento para tal expressão da questão social. A categoria profissional dos assistentes sociais – e especialmente os envolvidos no processo de prevenção e/ou tratamento da Dependência Química nas diversas Instituições que trabalham com esta questão – deve estar em sintonia com as reais necessidades dos usuários, de forma a proporcionar autonomia, a emancipação dos indivíduos sociais na democracia e na luta pela efetivação dos direitos, e construção de direitos sociais.</p>
<p>O Matriciamento nos Serviços de Saúde Mental: aspectos sociopolíticos e técnicos.</p>	<p>O principal alvo do matriciamento é constituído pelas equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família, as quais passam a receber orientações normativas e técnicas de agentes matriciadores, definidos como tais em virtude de possuírem conhecimentos especializados em temas de saúde mental. Devido à importância dessas dimensões, o trabalho conclui com algumas considerações acerca do papel do Serviço Social nos processos de matriciamento, principalmente no que diz respeito aos aspectos sociopolíticos e culturais da saúde mental.</p>
<p>Equipes multiprofissionais em saúde mental: problemas e desafios para o Serviço Social.</p>	<p>Analisar o papel das equipes multiprofissionais na área da saúde mental, em particular o papel do Serviço Social.</p>
<p>Família, Proteção Social e Política de Saúde Mental: uma análise das vivências de familiares cuidadoras de pessoa com dependência química</p>	<p>Discussão acerca da proteção social à família na política de saúde/saúde mental brasileira, particularmente no contexto da dependência química, diante do processo de desinstitucionalização que assegura a reinserção social e tratamento das pessoas com transtorno mental no espaço comunitário e familiar.</p>

O exercício profissional dos assistentes sociais na saúde mental	Conhecer as demandas e respostas dos assistentes sociais da área da saúde mental através de pesquisa empírica. Para que tal objetivo se cumprisse realizou-se um grupo focal e três entrevistas individuais com profissionais que trabalham na área, na grande Florianópolis
O papel do serviço social em uma instituição psiquiátrica: o atendimento aos familiares de usuários com dependência química	O trabalho desenvolvido pelo serviço social junto às famílias no contexto da dependência química.

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

Dos 28 TCCs referentes ao núcleo temático “ação profissional em Serviço Social na saúde mental”: 07 apresentavam a ação profissional relacionada a serviços; 05 ação profissional relacionada ao trabalho multidisciplinar; 05 ação profissional relacionada à produção teórica; 05 ação profissional relacionada ao contexto familiar; 02 ação profissional relacionada à saúde mental de funcionários; 02 ação profissional relacionada a grupos; e 02 ação profissional relacionada a desafios. A maioria destes TCCs vinculam-se a experiências de estágio curricular em Serviço Social realizadas pelos (as) estudantes.

O (A) assistente social é um (a) profissional que exerce o seu trabalho regulamentado pela Lei nº 8662/1993, que através de formação acadêmica em Serviço Social e registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) torna-se apto para atuar na área. O (A) profissional se insere em diversos espaços sócio-ocupacionais, dentre eles e um dos que mais empregam os (as) profissionais é o da saúde. Os campos de atuação são divididos em serviços. Assim, os (as) assistentes sociais estão inseridos em serviços, e foi esta relação que predominou na pesquisa. Uma das ações do (a) assistente social é a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social (CFESS, 2010).

A atuação profissional do (a) assistente social se dá nos diversos espaços da área da saúde, desde a atenção básica a até os serviços de média e alta complexidade e se materializam nas unidades de Estratégica de Saúde da Família, dos pontos e centros de saúde, policlínicas, hospitais gerais, CAPs, de emergências, dentre outros, independentemente da instância governamental que está vinculada. (CFESS, 2010)

No Quadro 4, constam as produções acadêmicas sobre o núcleo temático “serviços de saúde mental” dos TCCs referentes ao período de 2001 a 2016.

**Quadro 4** – Núcleo temático sobre serviços de saúde mental - TCC

<b>Título</b>	<b>Proposta apresentada no resumo</b>
Política de saúde mental: um estudo de caso no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Florianópolis	A inserção do HCTP na nova legislação da saúde mental
Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico frente à reforma psiquiátrica - desafios e possibilidades	Serviço que conta com profissionais que buscam alternativas que têm nos projetos de geração de renda e trabalho um ponto convergente com as propostas da Reforma Psiquiátrica. No HCTP, embora tais projetos tenham a função terapêutica, ao mesmo tempo são vistos como possibilidades de reinserção social.
O Portador de transtorno mental infrator e o benefício de prestação continuada: direito ou negação	Análise crítica a respeito do Benefício de Prestação Continuada (BPC), tendo como sujeito o portador de transtorno mental infrator que se encontra internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina - HCTP.
Saúde mental: um estudo sobre os aparatos públicos disponíveis ao tratamento de pessoas com transtornos mentais em municípios da Grande Florianópolis	Serviços disponíveis em alguns municípios da Grande Florianópolis (Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José) ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Destaca-se a necessária inserção do assistente social nestes serviços voltados à Saúde Mental, como mediador no processo de viabilização do acesso destes usuários aos seus direitos.

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

Dos 04 TCCs referentes ao núcleo temático “serviços de saúde mental”: 01 apresentava serviço relacionado à adequação conforme a legislação; 01 serviço relacionado à reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade; 01 serviço relacionado à necessidade da inserção do (a) assistente social; e 01 serviço relacionado a benefício social. A inserção dos (as) assistentes sociais em serviço social nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas pelas as quais a saúde pública brasileira se desenvolveu (COSTA, 2000 apud CFESS, 2010).

Para encerrar as produções da Graduação, apresenta-se o Quadro 5, que representa o núcleo temático “abordagens em saúde mental” dos TCC, referente ao período de 2001 a 2016.

**Quadro 5 – Núcleo temático das abordagens em saúde mental - TCC**

<b>Título</b>	<b>Proposta apresentada nos resumos</b>
Instituto de psiquiatria de Santa Catarina: o adoecimento de seus trabalhadores	Serviço de Atendimento ao Servidor – SAS, do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ-SC, que tem por objetivo desenvolver um trabalho de promoção e/ou recuperação da saúde do trabalhador de forma integral.
Restituição da cidadania ao portador de transtorno mental: uma experiência com grupo operativo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis	Discussão de um tema específico para a linguagem Institucional: o Grupo Operativo e a atuação do Serviço Social sob o mesmo.
A Inserção do serviço social no trabalho com alcoolistas e suas famílias no Centro de Atenção Psicossocial I do município de São Joaquim/SC	O grupo para familiares de dependentes do álcool.
Sofrimento mental e terapia social	Pesquisa realizada junto a 03 (três) Grupos de Terapia Social, que ocorrem no Hospital da Polícia Militar (HPM) e Associação Beneficente dos Policiais Militares de Santa Catarina (ABEPON), nos possibilitando entender como são elaborados os problemas existenciais dos (as) participantes e as possibilidades de enfrentá-los no sentido de elaboração de uma vida digna.
A Importância da participação das esposas no tratamento de seus maridos dependentes químicos através do grupo de mútua-ajuda do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina	O papel desempenhado pelas famílias, mais especificamente as esposas ou companheiras, no tratamento e recuperação dos seus maridos ou companheiros dependentes químicos, através do grupo de mútua-ajuda do Hospital da Polícia Militar (HPM) de Santa Catarina.
Programa alta progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis	Como funciona o Programa de Alta Progressiva bem como as atribuições dos assistentes sociais neste programa.
A Criação do grupo operativo de ajuda mútua: "uma experiência em cena"	O trabalho desenvolvido com mulheres depressivas através de grupo operativo "ajuda mútua", no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPs I) de Imbituba.
A Dependência química no universo feminino: contextualizando a realidade e o acesso ao tratamento	Os tratamentos para dependência química feminina em 3 instituições.
O Programa "redução do stress e qualidade de vida": uma estratégia do serviço social da Prefeitura Municipal de Florianópolis na promoção da saúde mental de seus servidores	O surgimento do Programa "Redução do stress e qualidade de vida" para servidores da prefeitura Municipal de Florianópolis.

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

Dos 09 TCCS referentes ao núcleo temático “abordagens em saúde mental”: 05 apresentavam abordagem relacionada a grupos; 02 abordagem relacionada a programas; 01 abordagem relacionada a estudo de tratamentos; e 01 abordagem relacionada a atendimento ao servidor. Como pode-se observar 05 de 09 TCCS relacionaram abordagem com grupos. Um grupo é constituído por um conjunto de pessoas que se reúnem em um determinado lugar por um espaço de tempo, tendo, pelo menos, um objetivo em comum. No entanto, o grupo é mais do que isso, é estar em interação, é aceitar o outro enquanto sujeito pensante e autônomo, e assim, manter entre si os vínculos e relações afetivas de diversas naturezas (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). O trabalho em grupo é uma possibilidade de abordagem para o assistente social.

Quanto às produções acadêmicas da Pós-Graduação, apresenta-se o Quadro 6, que representa as 04 dissertações classificadas referente ao período de 2001 a 2016. A primeira e a segunda foram classificadas no núcleo temático “ação profissional do Serviço Social na saúde mental”; a terceira foi classificada no núcleo “serviços de saúde mental”; e a última, no núcleo “abordagens em saúde mental”.

**Quadro 6** – Núcleos temáticos das produções acadêmicas da Pós-Graduação

<b>Título</b>	<b>Proposta apresentada no resumo</b>
Atenção à saúde mental na região da fronteira do Brasil com o Paraguai: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores	Quadro atual da saúde mental na fronteira
Os paradoxos da ação profissional no sistema penal: uma análise do serviço social na Penitenciária Masculina e no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	A função social do sistema penal relacionada à prática profissional do Serviço Social
A operacionalização da reforma psiquiátrica brasileira: um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis	A operacionalização da Reforma Psiquiátrica em Florianópolis
Criminalização da loucura e medicalização do crime: trajetórias e tendências da psiquiatria forense	O papel da psiquiatria forense nos processos de medicalização do crime e de criminalização da loucura

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

No que diz respeito às produções acadêmicas da Revista *Katálysis*, apresenta-se o Quadro 7, que representa os 03 artigos classificados referentes ao

período de 2001 a 2016. Os 03 foram classificados no núcleo de “ação profissional em Serviço Social na saúde mental”.

**Quadro 7 – Núcleos temáticos das Produções acadêmicas da Revista Katálysis**

<b>Título</b>	<b>Proposta apresentada nos resumos</b>
Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?	Analisar o processo de desinstitucionalização resultante do movimento de Reforma Psiquiátrica e discutir o lugar destinado pelas famílias das pessoas com transtornos mentais (PCTM), a partir das alterações nas funções do Estado neste processo.
Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos	As residências multiprofissionais em saúde inserem-se no contexto da educação permanente como proposta de educação para o trabalho, formando especialistas em áreas estratégicas para o Sistema Único em Saúde (SUS).
A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo	Analisar a política de saúde mental e sua inserção no planejamento e na gestão dos municípios do estado do Espírito Santo.

**Fonte:** Sistematização da autora (2017).

Na análise dos dados coletados nas produções acadêmicas da Graduação, observou-se a dificuldade de compreensão dos resumos, uma vez que não é seguido um padrão para elaboração dos mesmos. Muitos continham apenas a descrição da estrutura das produções, não citavam o objeto, os objetivos geral e específicos, dentre outras informações básicas. Vale registrar também que diante da falta de uma estrutura, uns eram longos demais e outros curtos demais, no entanto, não traziam as informações necessárias.

Outro ponto a ser considerado é o “caminho *on-line*” realizado para encontrar as produções acadêmicas. A plataforma utilizada pela Revista Katálysis para disponibilizar os artigos publicados é facilmente manuseável e acessível, uma vez que o *site* oficial do periódico apresenta estrutura gráfica clara e de fácil compreensão. O mesmo não pode ser inferido no que se refere à localização das produções da graduação e da pós-graduação. O *site* oficial da Biblioteca Universitária, na hora do pesquisador/leitor escolher os *links* para dar continuidade da pesquisa, gera dúvidas de qual opção selecionar.

De modo geral, observou-se que as produções acadêmicas da Graduação sobre saúde mental estão relacionadas às experiências dos (as) estudantes junto aos campos de estágio em Serviço Social. Dos 865 TCCs de Serviço Social

defendidos no período de 2001 a 2016, apenas 41 fizeram parte da amostra da pesquisa. Ainda que em número incipiente, não se considera que o tema saúde mental seja irrelevante, mas infere-se que os (as) estudantes que estavam inseridos (as) nos espaços sócio-ocupacionais em saúde mental adotaram o tema para escrever.

Registra-se também, que no Currículo do Curso de Serviço Social de 1999.1, não existe uma disciplina obrigatória que contemple a temática “saúde mental”. Atualmente, o Departamento de Serviço Social da instituição oferta uma disciplina como optativa que contempla a temática, porém nem todos (as) os (as) estudantes a cursam. Bisneto (2007) observa que os (as) assistentes sociais não são preparados (as) em sua formação universitária para atender a “loucura” na sua expressão de totalidade histórica, social e política. Considerando que a disciplina é ofertada, então os (as) estudantes tem a oportunidade de concluir a Graduação mais preparados (as) para atender as pessoas com transtorno mental.

O processo de construção de conhecimento, no âmbito do Serviço Social, para fomentar sua inserção qualitativa na área de saúde mental ainda está em desenvolvimento, uma vez que a criação e expansão da Pós-Graduação, com seus cursos de Mestrado e Doutorado, iniciou na década 1970 e, neste contexto, criou um espaço privilegiado de interlocução e diálogo do Serviço Social com as diversas áreas do saber e entre diferentes tendências teórico-metodológicas que estão presentes no debate profissional (YAZBEK; SILVA, 2005).

O campo da saúde mental é complexo e apesar das contradições que o permeiam, destaca-se como avanço a criação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Estes serviços vem com a proposta do trabalho realizado de forma multiprofissional, em cujo contexto, (a) assistente social tem sido reconhecido (a) como profissional de saúde mental.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar uma síntese sobre a história da “loucura”, percebeu-se o tratamento desumano e repressivo, aos quais as pessoas com transtorno mental eram submetidas. Viu-se que no decorrer da história, as formas de compreender e tratar o transtorno mental foram lentamente modificadas, porém nunca foi de forma eficaz e humanizada. As transformações pontuadas sobre a passagem da “doença mental” para um novo olhar de saúde mental foram conquistadas através de muitas lutas.

Se na história, o transtorno mental foi estabelecido como “anormalidade”, com muita luta e passar do tempo, foi reconhecido socialmente seu estatuto de singularidade, permitindo-se assim, um novo cuidado à pessoa com transtorno mental, respeitando suas características, e não oferecendo um tratamento de reajuste “engessado” a uma desejada normalidade social. A Reforma Psiquiátrica oportunizou uma nova maneira de cuidados e atenção para com as pessoas com transtorno mental, embora se saiba que é preciso ir além. Mesmo com todas as conquistas obtidas com o processo da Reforma Psiquiátrica, sabe-se que é preciso investir na construção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtorno mental, apontando estratégias, para que os usuários dos serviços de saúde mental possam usufruir dos seus direitos.

Quanto à pesquisa realizada, observou-se que existe a necessidade da temática saúde mental ser abordada, de forma obrigatória, na Graduação. Uma maneira é o Curso de Graduação em Serviço Social inserir uma disciplina que aborde saúde mental, a outra opção é uma das disciplinas obrigatórias da grade curricular contemplar a temática devido à importância de preparar profissionais qualificados para esse espaço sócio-ocupacional.

Observou-se que o número de artigos publicados na Revista Katálisis é insuficiente, considerando-se a totalidade das publicações. Sobre isso infere-se que devido ao insuficiente número de artigos publicados sobre a temática, muitos (as) profissionais não tenham a sua realidade contemplada. Soma-se a isso, a importância da constante atualização e formação continuada de profissionais que pretendem ou que já estão atuando na área da saúde mental.

Diante do exposto, reforça-se que o (a) assistente social é fundamental na saúde mental, uma vez que é o único profissional cuja matéria-prima de intervenção são as expressões da questão social. Tem como tarefa fortalecer a luta em prol da efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como valorizar e propor meios que fortaleçam a dimensão social em tempos de neoliberalismo. Nesse sentido, é necessário um perfil profissional, crítico, propositivo, capaz de propor alternativas socialmente viáveis aos limites conjunturais e estruturais do sistema capitalista (IAMAMOTO, 2008 apud ROCHA, 2012). Assim, deve-se indicar intervenções sobre as múltiplas expressões da questão social, que promovam a saúde mental da pessoa com transtorno mental.

Além disto, convém registrar que o acúmulo teórico instituído no âmbito do Serviço Social gera uma massa crítica e um amplo e qualificado debate que vai sustentar a construção de um projeto profissional. A expansão da Pós-Graduação vem expressando-se em uma significativa produção teórica do Serviço Social brasileiro que vem criando uma bibliografia própria, publicada em livros, revistas e cadernos em todo o país e exterior (YAZBEK; SILVA, 2005).

Para encerrar, registra-se que atualmente, pessoas com transtorno mental são excluídas, não apenas pela sociedade, como também pelos familiares, e muitos ainda são compreendidos como “perigosos” e “incapazes” de se adaptarem à sociedade. Assim, cabe ao assistente social estabelecer relações entre esses indivíduos e seus familiares, pois os últimos também precisam de acompanhamento. Essa situação requer a intervenção do (a) assistente social, de outros profissionais que também atuam na área da saúde, juntamente com o Estado e a sociedade em geral.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BISNETO, José A. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma Análise Institucional da Prática**. São Paulo: Ed. Cortez, 2007.

BORGES, Camila F. **Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 – 5. ed. ampliada – Brasília, 2004.**

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 52**, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)> Acesso em: 09 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 130**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília. 2012. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 06 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 224**, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília. 1992. Diário Oficial da União. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002642.pdf>> Acesso em: 08 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPs. Brasília. 2002. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/Portaria\\_n336.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Portaria_n336.htm)> Acesso em: 08 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 09 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011b. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: 2011b; Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 09 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relato\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf)> Acesso em: 16 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 16 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em: 16 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> Acesso em: 08 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em: 08 mai. 2017.

BRAVO, Maria I. S.; As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. 2000, p. 103-115. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED – UnB. Centro de Educação aberta, continuada à distância, m. 3, 2000.

\_\_\_\_\_; MATOS, Maurílio C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma sanitária**: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete, et al (org.). Serviço Social e Saúde. 4ª ed. São Paulo, Ed. Cortez, 2009.

BULLA, Leonia C. **O contexto histórico da implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul**. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 3-22, jan–jun, 2008. Disponível em:  
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/3935/3199>> Acesso em: 11 jun. 2017.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do Trabalho do Assistente Social na Atenção Primária em Saúde (APS) no Século XXI: um estudo da produção teórica do serviço social**. 2014. 160 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2014.

CAMPOS, Bruna. **(Res) Pirar em Liberdade**. Trabalho de Conclusão de Curso. São Paulo. FAFLICA, 2010.

CARRARA, Sérgio L. **A História Esquecida**: os Manicômios Judiciários no Brasil. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, abr. 2010. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 06 jun. 2017.

CARVALHO, Denise B. B. de; SILVA, Maria O. da S. (Orgs.) **Serviço Social, Pós Graduação e produção de conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, n. SPE, p. 143-147, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000700024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000700024&script=sci_arttext)> Acesso em: 06 ago.2017

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social**. Lei nº 8662/1993 de Regulamentação da Profissão. 10ª ed. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em : [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) Acesso em: 20 jun. 2017.

CUSTÓDIO, André V.; SILVA, Cícero R. C.da. **A Intersetorialidade nas Políticas Sociais Públicas**. Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>> Acesso em: 10 jun. 2017.

DARÓS, Rita C. O. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**: instrumento de ressocialização dos portadores de transtorno mental. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade do Sul de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)> Acesso em: 04 jun. 2017.

DELGADO, Pedro G. G. **Saúde Mental e Direitos Humanos**: 10 Anos da Lei 10.216/2001. Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 21 mai. 2017.

FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andrea. **Fontes históricas em rede**: o caso da história da psiquiatria no Brasil. Textos de la Ciber Sociedad, n. 16, 2008. Disponível em:<<http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=210>> Acesso em: 06 jun. 2017.

FONTE, Eliane M. M.da. **Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica**: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia, Pernambuco, 1, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>> Acesso em: 09 jun. 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOMES, Sabrina. **Os Desafios do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

GONÇALVES, Marco A. **Formação da cidadania**: proposta educacional. São Paulo: Ed. Paulus, 1983.

GONÇALVES, Alda M.; SENA, Roseni R.de. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, apr. 2001. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/1551/1596>> Acesso em: 09 jun. 2017.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>> Acesso em: 08 jun. 2017.

LUZIO, Cristina A.; YASUI, Silvio. **Além das portarias**: desafios da política de saúde mental. Psicologia em Estudo. Departamento de Psicologia - Universidade Estadual de Maringá (UEM), v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/30220>> Acesso em: 19 mai. 2017.

MORENO, Nara L. **Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica**: Novos Dispositivos de Atendimento. Centro Universitário São José de Itaperuna. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.fsj.edu.br/wp-content/uploads/2013/11/Sa%C3%BAde-Mental-e-a-Reforma-Psiqui%C3%A1trica-novos-dispositivos-de-atendimento.pdf>> Acesso em: 09 jun. 2017.

PRATES, Jane C. **Possibilidade de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

PITTA, Ana Maria F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 16, n. 12, p.4579-4589, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>> Acesso em: 20 mai. 2017.

REIS, José R. F. **Higiene mental e eugenia**: o projeto de "regeneração nacional" da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30). 1994. 353f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em:<[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/281180/1/Reis%2c%20Jose%20Roberto%20Franco\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/281180/1/Reis%2c%20Jose%20Roberto%20Franco_M.pdf)> Acesso em: 06 jun. 2017.

ROCHA, Tatiana S. **A Saúde Mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais**: Limites, desafios e possibilidades. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, 2012. Disponível em:<<http://www.puro.uff.br/tcc/2012-1/tatiana%20-%20completo.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2017

ROSA, Lucia. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo. Ed: Cortez, 2003.

SILVA, Leonora C. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008. p.198.

SOUZA, Milena L. de; BOARINI, Maria L. **A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental**. *Mental*, v. 31, p. 03, 2009. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/pedagogia/a-deficiencia-mental-na-concepcao-da-liga-brasileira-de-higiene-mental/7863#>> Acesso em: 06 jun. 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 7. Ed. São Paulo. Ed: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Saúde Mental e Serviço Social**. São Paulo. Ed: Cortez, 2000.