

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

Julia Beatriz Camara

Serviço Social e Saúde Mental: possibilidades e desafios a prática profissional

Florianópolis

2022

Julia Beatriz Camara

Serviço Social e Saúde Mental: possibilidades e desafios a prática profissional

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Orientadora: Prof.^a Dr.^a Michelly Laurita Wiese.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Camara, Julia Beatriz
Serviço Social e Saúde Mental : possibilidades e
desafios a prática profissional / Julia Beatriz Camara ;
orientador, Michelly Laurita Wiese, 2022.
54 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Serviço Social. 3. Saúde Mental. 4.
Prática profissional. I. Wiese, Michelly Laurita. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço
Social. III. Título.

Julia Beatriz Camara

Serviço Social e Saúde Mental: possibilidades e desafios a prática profissional

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo curso de Serviço Social.

Florianópolis, 09 de março de 2022.

Prof.^a Dr.^a Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Michelly Laurita Wiese
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina - Departamento de Serviço Social

Prof.^a Dr.^a Tânia Regina Krüger
Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina - Departamento de Serviço Social

Prof.^a Dr.^a Keli Regina Dal Prá
Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina - Departamento de Serviço Social

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a pessoa que tornou toda minha trajetória possível, não apenas me trazendo ao mundo, mas me apoiando, incentivando e me permitindo dedicar à graduação. Agradeço à minha mãe, Lourdes Inês Bianchi, por todas as possibilidades que me foram dadas através de muita luta de uma mãe solo, que saiu da roça para a cidade, enfrentou duras realidades e que se ergueu sozinha com seus dois filhos na capital catarinense. Foi através dela e de suas vivências que me percebi com um olhar diferente sobre o mundo e que me serviu de incentivo para seguir no Serviço Social.

Não só à ela devo agradecer pela minha construção, mas também aos incentivos, apoio e acolhimento do meu irmão, Vicente Francisco Camara e da companhia desde à minha infância do meu padrasto Marno Boer. Cada um destes três, com seus jeitos únicos, me construíram para ser quem sou hoje. Minha imensa gratidão à vocês.

Neste momento é imprescindível agradecer aos meus amigos, aos que me acompanharam dentro e fora da graduação. À todos, todas e todes eu agradeço por todo o carinho e acolhimento em meus momentos de fragilidade e alegria, às festas e barzinhos pra aliviar as angústias e o caos que as vezes tornavam-se os dias de aula e de estágio. Sem vocês não teria sobrevivido à mais essa fase da minha vida. Em especial, deixo aqui meu agradecimento à minha companheira de curso, Maria Luíza Peters Coelho Leal, que junto à outras colegas, compartilhamos experiências, debates, apoios e carinhos. Obrigada por sempre ler meus trabalhos pra me dizer se estavam bons. Junto a esses tantos amigos, gostaria de agradecer à alguns amores que acompanharam e acompanham essa trajetória. A vida é repleta de idas e vindas de pessoas, vocês fazem parte disso de alguma forma e eu os agradeço.

Falando em estágio e graduação, não posso deixar de lado mulheres e assistentes sociais incríveis que me fortaleceram nessa trajetória. Às Assistentes Sociais do Hospital Governador Celso Ramos, agradeço por todos os ensinamentos passados, por todos os risos, abraços, carinhos e orientação. Tamara Alexandra Arias Schutel e Cinthia Rosa, vocês possibilitaram que tudo fosse mais leve, mais interessante, que eu acreditasse mais em mim, se hoje almejo em ser uma profissional que supere o comum, parte disso é por conta de vocês, obrigada. E à Prof.^a Dr.^a Michelly Laurita Wiese, que tanto como professora durante a graduação, quanto como

orientadora, foi essencial no meu processo formativo e no desenvolvimento do presente trabalho trazendo sabedoria e tranquilidade, obrigada.

Por fim, a mim mesma. Pode parecer egocêntrico, mas se não fosse a minha resistência em inúmeros momentos em que desacreditei de mim e da minha capacidade, este trabalho não estaria aqui. São anos lidando com uma saúde mental instável e ter concluído mais esta fase é uma comprovação de que posso muito mais do que imagino, obrigada a mim por seguir firme em pé mesmo quando minhas pernas não aguentavam mais.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem o objetivo de trazer reflexões sobre o tema de Saúde Mental no Serviço Social brasileiro e sua história, principalmente em instituições de saúde de alta complexidade como, por exemplo, os hospitais gerais. O estudo foi desenvolvido através de pesquisa com revisão bibliográfica com utilização de materiais físicos como livros e artigos, e de materiais obtidos de forma digital através de repositórios universitários online, sites do governo e do site SciELO. Para chegar ao objetivo, será traçada uma retomada das compreensões de “loucura” e “normalidade” ao longo dos séculos e como se deram os primeiros “tratamentos” à população com transtornos mentais. Na década de 1970 o Brasil vive o início do movimento antimanicomial que se torna impulso para o surgimento de leis e serviços que amparam as necessidades desta população, tornando-se conhecida por “Reforma Psiquiátrica” tendo como base a lei nº 10.216/2001. A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi baseada na reforma ocorrida nesta área na Itália no período pós segunda guerra mundial. Na década de 1980 com o fim do regime ditatorial no Brasil, com a transição para um regime democrático e criação da nova Constituição Federal em 1988, o país também terá o surgimento do movimento sanitarista, formando a Reforma Sanitária, assim como outros movimentos sociais que resultaram em outras políticas públicas setoriais. Neste período o Serviço Social brasileiro viveu o movimento de reconceituação que tenta romper com conceitos teóricos-metodológicos conservadores que até então eram a base da profissão. O Serviço Social muito se envolveu, e se envolve ainda, com a área da saúde por ter sido seu principal empregador em sua gênese. Entretanto a atuação era diferente, os assistentes sociais atuavam como auxiliares médicos, muito diferente do objeto de intervenção na atualidade. Na saúde mental este profissional se faz essencial para prover a garantia de direitos e acessos aos serviços dispostos aos usuários e seus familiares, garantir que não haja violação de direitos e muito menos atuações aproximadas ao modelo manicomial, que por muito tempo se luta contra. Entretanto os assistentes sociais na área da saúde mental correm um frequente risco de realizar um atendimento com viés psicologizante, e muito se deve estar atento e ciente para que não se retome à atuação de auxiliar médico como já vivido na história.

Palavras-chave: Serviço social, saúde mental, serviço hospitalar, prática profissional, Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas em Serviço Social

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CF/88 - Constituição Federal/1988

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COI - Centros de Orientação Infantil

COJ - Centros de Orientação Juvenil

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas / Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CRESS - Conselhos Regionais do Serviço Social

DMP - Departamentos de Medicina Preventiva

EC - Emenda Constitucional

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Equipe de Saúde da Família

GT - Grupo de Trabalho

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NT - Nota Técnica

OS - Organizações Sociais

PNE - Política Nacional de Estágio

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PT - Partido dos Trabalhadores

PVC - Programa De Volta Pra Casa

RAPS - Redes de Atenção Psicossocial

RP - Reforma Psiquiátrica

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
2. A SAÚDE MENTAL NO BRASIL	15
2.1 Normalidade e loucura na sociedade	15
2.2 O Movimento Antimanicomial no Brasil	18
2.3 Serviço de saúde mental e o Sistema Único de Saúde	21
3. SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE	28
3.1 Movimento de Reforma Sanitária e Serviço Social	28
3.2 Parâmetros de atuação de assistentes sociais na saúde	32
4. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	37
4.1 A inserção de assistentes sociais nos serviços de assistência psiquiátrica 37	
4.2 A saúde mental em hospitais gerais e o serviço social	41
5. CONCLUSÃO	45
Referências	49

1. INTRODUÇÃO

Ao passar dos séculos a “Loucura” se perdurou na sociedade como um tema extremamente estigmatizante. Hoje temos políticas que protegem os direitos destes que sofrem com transtornos psiquiátricos, porém não foi sempre dessa forma. O processo interventivo sobre esses indivíduos passou pelas internações no século XVIII, pela ideia de tratamento “moral”, posteriormente iniciando o processo de tratamento dos transtornos com intenção de cura, chegando ao período da formulação da psiquiatria progressista com vistas à superação do sistema asilar e compreendendo que esses usuários são indivíduos com direitos políticos e pertencentes da sociedade, dando destaque à Reforma Psiquiátrica italiana.

As mudanças do sistema psiquiátrico italiano tiveram grandes repercussões pelos continentes, inclusive na América Latina, e neste caso, no Brasil. Além do desenvolvimento teórico aproximado à psiquiatria progressista, houve um significativo movimento entre os trabalhadores da saúde mental aqui no país, junto aos usuários e familiares. Esse movimento antimanicomial desencadeou no movimento da Reforma Psiquiátrica que buscou respostas na questão política para alteração da realidade do sistema manicomial da época que obtinha um forte caráter de violador de direitos.

Na lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001) conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica fica determinado: o fechamento gradual de leitos psiquiátricos, condições mínimas para um atendimento humanizado, diretrizes específicas para internações e a proposta de criação de um sistema extra-hospitalar, também conhecido como sistema substitutivo de serviços. Nessas redes de atendimento substitutivas como os Centros de Atenção Psicossocial, por exemplo, necessitam de uma equipe multiprofissional à serviço dos usuários, fugindo dos antigos métodos de atendimento médico-centrado focado na psiquiatria.

Esse fato expandiu expressamente o campo de atuação do assistente social, que já estava inserido na área de saúde mental, porém servindo aos interesses institucionais e médicos, realidade que muda não apenas através das alterações de políticas de saúde mental, mas com o movimento de reconceituação da profissão de Serviço Social que gradualmente se aproximou das vertentes teóricas marxistas, assim como outros acontecimentos, possibilitando a percepção das expressões da

questão social na sociedade em geral, resultado de um sistema exploratório no qual vivemos, também tendo expressões na área da saúde e saúde mental.

A compreensão do objeto de intervenção do assistente social nessa área por muitas vezes foi questionada e alterada, entretanto esse profissional obtém os aportes teóricos e práticos para atender as demandas dos usuários e familiares ao atuar na direção das garantias dos direitos básicos como acesso integral aos serviços de saúde necessários, também como o acesso às políticas de previdência social e assistência, executando inteiramente o que o Código de Ética profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão determinam, porém a efetivação destas atividades não é completa se os serviços não tiverem a estrutura adequada para a implementação das políticas.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é resultado de um interesse particular no tema que foi desenvolvido ainda antes da graduação. Após inserida no espaço acadêmico alguns questionamentos surgiram ao pensar na atuação do assistente social nesta área e percebendo a significativa lacuna sobre essa discussão na formação tendo em vista que a disciplina “Saúde Mental e Serviço Social” é ofertada apenas como disciplina optativa e não disponível em todos os semestres. Acrescentando à essas fatores, houve também a experiência vivida nos estágios obrigatórios I, II e III¹ em um hospital geral da capital que motivaram mais ainda o aprofundamento nos estudos da área já que ocorriam frequentes atendimentos à usuários em sofrimento mental, mesmo não sendo um hospital de referência à esses casos.

Nesta experiência observou-se a precária atuação de outros profissionais da saúde nas demandas em questão, incluindo a falta de conhecimento dos serviços substitutivos para encaminhamento dos usuários e familiares e de outros direitos, a falta de sensibilização ao sofrimento mental ao qual os usuários encontravam-se, tendo como consequência o agravamento deste sofrimento, e a precariedade da estrutura institucional para recebe-los, tendo como base desta crítica a portaria nº 224/92² (BRASIL, 1992) que institui os parâmetros para funcionamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

¹ Determinado conforme a Política Nacional de Estágios (PNE) e das Diretrizes Curriculares de 1996 da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas em Serviço Social (ABEPSS).

² A portaria nº 224/1992 poderá ser vista na seção 4.2.

O estudo foi desenvolvido através de pesquisa com revisão bibliográfica utilizando de materiais físicos como livros e artigos, e de materiais obtidos de forma digital através de repositórios universitários online, sites do governo e do site SciELO³. O TCC tem como objetivo fomentar reflexões sobre o tema de Saúde Mental no Serviço Social brasileiro, tendo visto a lacuna dessa questão em nossa formação, como já comentado, assim como o interesse de expor o objeto de intervenção profissional nesta área aos leitores à vistas de ampliar o conhecimento. Logo, este trabalho está dividido em seções, cada uma contendo um desenvolvimento relevante para a compreensão sobre as políticas públicas em saúde mental, os serviços de saúde e como o assistente social se envolve ao tema.

Na segunda seção será apresentado o que a sociedade entende por “loucura” e “normalidade”, trazendo um pouco sobre os conceitos desses termos, a dinâmica da sociedade com os que se encaixavam à “loucura”, passando pela questões de asilamento desses indivíduos e a importância deles no sistema exploratório de produção de riquezas. Seguirá com uma breve apresentação de como ocorreu a construção do movimento antimanicomial no Brasil juntamente com outras políticas de interesse social. Finalizando com o desenvolvimento das políticas públicas da área de saúde mental ao longo dos anos, o início dos serviços substitutivos, como estão estruturados esses serviços atualmente, quem foram os coordenadores responsáveis pela pasta de saúde mental, álcool e outras drogas no Ministério da Saúde ao longo da história e as precarizações que ocorreram nas últimas gestões de governo federal.

A terceira seção discorrerá através de duas subseções nas quais serão apresentados de forma breve o início do movimento de Reforma Sanitária brasileiro, como o Serviço Social aparece na área da saúde desde a gênese da profissão até passar pelo movimento de reconceituação que redefinirá os caminhos teóricos profissionais, relacionado com a Reforma Sanitária e por fim um desenvolvimento em cima do documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” criado através do grupo CFESS/CRESS. Documento este que norteará a atuação dos assistentes sociais na área da saúde.

Na quarta seção apresentada será visto como o Serviço Social se insere na área específica de saúde mental, como ele se desenvolve dentro desta área e o objeto de intervenção dos profissionais. Também será apresentado como está posto os

³ SciELO - Scientific Electronic Library Online.

serviços de saúde mental em hospitais gerais e quais as possibilidades de atuação dos assistentes sociais neste tipo de instituição específica. E por fim a conclusão.

2. A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A presente seção tem o intuito de explicitar de forma introdutória aos leitores, sobre pontos relevantes do tema de Saúde Mental e Saúde Mental no Brasil. É realizada uma apresentação sobre a compreensão social e definições dos termos “loucura” e “normalidade” ao longo da história mundial, passando pela história do surgimento do Movimento Antimanicomial no país e sua trajetória de luta. Ao final se destaca os resultados políticos conquistados através desta trajetória e também alguns aspectos da conjuntura atual na qual estas políticas estão sendo aplicadas.

2.1 Normalidade e loucura na sociedade

Segundo Bisneto (2007), tem-se observado registros sobre o fenômeno conhecido como “loucura” e a questão de Saúde Mental durante longos anos da história da humanidade. Inúmeras sociedades apresentavam registros desse fenômeno, incluindo as sociedades primitivas. Logo, foram atribuídas, em diferentes modos e épocas, características que explicassem as manifestações dos “Loucos”, por exemplo: como castigo dos deuses, possessões por demônios, poderes sobrenaturais, entre outros.

Essa discussão pode se estender longamente. O que podemos utilizar como métrica para definir normalidade e loucura? O que a sociedade definia como loucura na década de 1930, nos dias atuais já pode ser algo normalizado, posto na “caixa” de normalidade. O que é visto como loucura nos dias atuais, daqui 50 anos pode ser algo definido como normal, ao considerar que nossa sociedade vive um movimento dialético contínuo. Ainda visto em Bisneto (2007), é apresentado pontos que conduzem o debate sobre sociedade e loucura, sendo um deles a afirmação de que realmente há essa relação entre as questões sociais e institucionais com os transtornos mentais. Seguindo na mesma obra, o autor concretiza seu argumento mostrando que não será apenas a questão geracional que considerará comportamentos diferentes como dentro ou forma do padrão normativo, mas também diferentes sociedades, tendo base nas suas relações sociais e culturais, então:

O que é inconcebível em um determinado grupo social pode ser aceitável em outro, dentro da mesma sociedade. O que para um subgrupo social pode ser interpretado como loucura, para outro é um modo de ser de acordo com seus hábitos ou tradições. (BISNETO, 2007, p. 175)

Sendo assim, a loucura não seria necessariamente apenas de base biológica, mas também determinadas pelas relações sociais como pode ser visto em “História da loucura” (1972) de Michel Foucault, “Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica” (1994) e “Loucos pela vida” (1995) de Paulo Amarante.

É relevante ser pensado em quando usamos as palavras loucura e normalidade, qual seu significado? Qual a raiz de seu conceito? Nesse sentido se apresenta a partir do dicionário de Ferreira (1993) que o termo “loucura” é definido como substantivo tendo o significado de “estado ou condição de louco; insanidade mental;” (FERREIRA, 1993, p. 340), a partir desta definição ocorre o questionamento sobre a palavra “louco” e é visto como definição deste adjetivo o seguinte: “que perdeu a razão; doido; maluco; contrário à razão; insensato; [...]” (FERREIRA, 1993, p. 340). Do mesmo dicionário podemos, também, encontrar as definições para a palavra “normal”, que como adjetivo é apresentado como: “conforme a norma; habitual; [...]” (FERREIRA, 1993, p. 384), porém ao questionar a definição de “norma”, é observado que é “aquilo que se adota como base ou medida para a realização ou avaliação de algo; princípio, regra; modelo, padrão.” (FERREIRA, 1993, p.384). Com tais esclarecimentos conceituais torna-se visível a relação destas palavras com o que a sociedade impõe ao utilizá-las.

Na Idade Moderna, com a ascensão do positivismo e a racionalidade das ações, a loucura passou a ser considerada como a falta da razão. Por esse motivo, passa a ser visto de forma negativa e degradante, assim como Schutel (2012, p.14) esclarece que a “loucura, de substantivo, passa então, a tornar-se um adjetivo pejorativo a pessoa louca, expressando desvalorização e comportamentos fora da normalidade”. Com o início da Idade Contemporânea esse fenômeno torna-se parte do conhecimento médico, virando algo patológico e podendo ser aplicado medicações com a intenção de tratamento. O “Louco”, que antes era visto apenas como um personagem das sociedades, começa a ser visto como um indivíduo que perturbará a ordem social, portanto, será excluído, forçado à internações.

A exclusão das pessoas consideradas loucas pela sociedade ocorria exatamente pela perturbação da ordem, porém este tema se acentuará a partir do

momento que o sistema capitalista entra em ascensão e as relações econômicas e de poder começam a estruturar a sociedade. Serão essas forças de poder que darão sentido as exclusões de quem não será útil as produções de riqueza, encaminhando-os para instituições asilares utilizando como argumentos a segurança da população, além do conceito de população útil e inútil ao sistema. Tal qual Junior (2002) apresenta:

O diferente ou anormal no capitalismo será todo sujeito que não tiver aptidão para o trabalho, pois ao pressupor mobilidade social e liberdade individual, torna-se necessária uma forma de controle e separação entre os sujeitos na determinação do seu lugar social [...]. (JUNIOR, 2002, p. 88)

Agregando à essas considerações, também haverá a condenação da ociosidade pelas classes dominantes, argumentação, essa, que levará desempregados ao isolamento da internação, deixando subentendido que loucos e desempregados ocupam o mesmo perfil ao ocuparem os mesmos espaços.

O filósofo Foucault (1972) também discorre através dessa perspectiva quando apresenta a história da institucionalização da população que conturbava a ordem social, como os desatinos, desempregados, prostitutas, pobres entre outros atores. Com a chegada da revolução industrial os detentores dos meios de produção notaram a relevância de uma abundância de trabalhadores dispostos a vender sua mão-de-obra para sobrevivência, fazendo com que se submetessem ao sistema de exploração do trabalho capitalista, surgindo o exército industrial de reserva, termo utilizado por Karl Marx no livro “O Capital” (2013). Essa parte da população eram um excesso existente disponíveis à vender sua força de trabalho. Esse excedente era utilizado em períodos de expansão da indústria sem que houvesse a necessidade de retirar trabalhadores de outros espaços já ocupados. Mas, conseqüentemente, também regulava indiretamente os baixos salários (p. 465), em outras palavras, quanto mais pessoas disponíveis ao trabalho, mais baixos poderiam ser os salários ofertados pelos donos das indústrias, levando a um aumento da população em situação de pobreza disposta a trabalhar a qualquer custo. Marx ainda descreve como a existência desse grupo de pessoas faz com que haja um movimento de sobretrabalho posto à quem já está nas indústrias.

Viu-se, então, um potencial na população institucionalizada, ocorrendo dois movimentos. O primeiro era a liberação dos asilados para um retorno à sociedade visando a inserção nesse movimento do exército industrial de reserva e

consequentemente dividindo a população entre “pobre válido” e “pobre doente”. O “pobre doente” era inútil à produção de trabalho e visto como um peso morto necessitando de assistência total na qual era questionada se deveria vir do Estado ou da própria sociedade por meios filantrópicos (Foucault, 1972). Já o segundo movimento é a contínua institucionalização de desatinos, libertinos além de pessoas em confronto com a lei. À essa população prisioneira, ou institucionalizada, eram ofertados serviços “úteis ao bem público” (FOUCAULT, 1972, p. 425) porém prejudiciais à saúde de quem normalmente às realizavam, neste caso, pela população determinada como honesta, assim:

[...] o trabalho adquire uma dupla eficácia: produz ao destruir, com o trabalho necessário à sociedade nascendo da própria morte do operário que lhe é indesejável. [...] Os temas clássicos do internamento atingem aqui uma perfeição paroxística: o interno é excluído até a morte, mas cada passo que dá para essa morte se transforma, numa reversibilidade sem resíduos, em coisa útil à felicidade da sociedade de que é banido. (FOUCAULT, 1972, p. 425-426).

Portanto fica claro o não desejo à proximidade e inserção dos “doentes mentais” à sociedade. Esse preconceito perdura aos dias atuais, entretanto hoje este público tem legislações que o protegem, fugindo de uma realidade já vivida no passado.

2.2O Movimento Antimanicomial no Brasil

A relação do Brasil com a loucura se estabelece com a vinda da Família Real ao país, quando se viu a necessidade de mudanças a fins de realizar um controle social da população, visto que a loucura não era um fenômeno exclusivo de países estrangeiros. É a partir de 1830, com a comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que a loucura torna-se um diagnóstico e os loucos são postos como “doentes mentais”, e é através deste diagnóstico que concluem que essa parte da população deveria ter um espaço direcionado à eles com foco em sua reclusão e tratamento (AMARANTE, 1994, p. 73).

Quando o Brasil torna-se república ao fim da década de 1880 e início de 1890 alterações ocorrem em relação aos hospícios existentes, que deixam de ser regidos pela Santa Casa e são vinculados a administração pública. A partir desse movimento o Estado também criará as primeiras colônias de atendimento aos chamados de

“indigentes”. Amarante (1994) informa que estas e outras medidas caracterizam a primeira Reforma Psiquiátrica (RP) do país. No decorrer dos anos a psiquiatria e o movimento de asilamento começam a ter mais forças e tornar-se mais frequentes.

A reestruturação do sistema psiquiátrico no exterior, principalmente na Europa e após a Segunda Guerra Mundial, teve uma influência significativa no Brasil que iniciou, em pequenos passos, a seguir o mesmo caminho de luta. Neste período ocorreu um grande movimento de desinstitucionalizações psiquiátricas na Europa, consequência das condições que o continente vivia, como a falta de mão-de-obra barata, o reconhecimento dos direitos humanos e sociais, o desenvolvimento dos serviços sociais públicos entre outros. Também houve o surgimento de figuras relevantes no tema, como o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), o filósofo francês Michel Foucault (1926-1984) e o cientista social canadense Erving Goffman (1922-1982), entre tantos outros.

Já a luta antimanicomial brasileira recente teve seu início, então, na metade da década de 1970 com a aproximação dos estudos de psiquiatras brasileiros com a produção alternativa de psiquiatria e psicologia de países do exterior, principalmente as produções de Franco Basaglia. Muito desse movimento se deu após o retorno de intercambistas brasileiros da Europa e da “imigração de psiquiatras marxistas argentinos pela perseguição impetrada pela ditadura militar naquele país” (BISNETO, 2007, p. 34), entretanto não foram apenas esses acontecimentos que culminaram na luta antimanicomial. No mesmo período alguns trabalhadores da área da saúde mental se uniram para denunciar as precariedades trabalhistas, estruturais e de atendimento aos usuários do sistema de Saúde Mental.

O movimento ganhou forças e se tornou o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Profissionais formados ou em formação se organizavam e marcavam presença em congressos relevantes da área da saúde, fazendo-se necessária a realização de debates sobre a Saúde Mental e suas políticas no país e em congressos do próprio tema. O MTSM apresentava um projeto político progressista da psiquiatria, enquanto Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), responsáveis pela organização dos congressos nacionais, eram conservadores em seus posicionamentos.

A construção do MTSM expandiu o debate progressista almejando uma forma de atendimento aos usuários mais humanitária, incluindo o debate político e social, incitando que ao se debater as políticas de Saúde Mental, também deveriam debater

sobre outras políticas sociais que influenciam no bem-estar dos usuários, como as políticas de educação, trabalho, saneamento básico, moradia, cultura e saúde num geral. Ao se inserir nos espaços de debate da área de saúde, houve a conquista de mais adeptos ao movimento juntado forças que culminaram à presença de personagens relevantes aos congressos da área ocorridos no fim da década de 1970 e início da década de 1980, como o já citado italiano Franco Basaglia, Felix Guattari, Erwing Goffman, Robert Castel, Michel Foucault, entre tantos outros. Entretanto não só de profissionais da saúde esse movimento se constituiu, se fazendo presente também os próprios usuários e seus familiares.

Vasconcelos (2010) apresenta de forma simples o que diferenciará o movimento antimanicomial e o movimento de reforma psiquiátrica. Tendo o primeiro uma base mais relacionada à sociedade civil, como já citado, a participação dos trabalhadores da área, dos usuários e de suas famílias. O segundo terá um destaque no seu envolvimento institucional, como com as universidades e atores de espaços estatais. O autor deixa bem claro sobre a relação conjunta desses dois movimentos e como cada um se mobiliza junto aos seus espaços separados e coletivamente visando sempre a visibilidade em suas demandas.

A partir de todo o levantamento desse tema surgem preocupações em relação à defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos seguindo um olhar na questão dos direitos humanos, e através desta luta “é constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito⁴ (CPI) no Congresso Nacional, para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental.” (AMARANTE, 1995, p. 56). No mesmo período ocorre uma discussão com a participação de profissionais da área, através de um congresso majoritariamente médico, com abordagens visando os debates políticos, sociais e democráticos da assistência psiquiátrica. O resultado deste evento traçará o caminho ao movimento das políticas que constituirão a Reforma Psiquiátrica.

No mesmo período do movimento para a construção das políticas de saúde mental, vieram outros movimentos sociais de luta que resultaram em leis de direitos e proteção da população. A Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88) (BRASIL, 1988), após muitos anos de enfiamentos contra a ditadura militar, tornou-se um marco na retomada da democratização brasileira. Na década de 1970 e 1980 surgiu

⁴ Após muita pesquisa não foi possível encontrar qualquer informação sobre a CPI citada além da informação que Paulo Amarante traz em sua obra.

o movimento da Reforma Sanitária, que resultou na inserção princípios e direitos sobre a saúde na nova Constituição Federal e que conseqüentemente levaram ao surgimento da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990b) chamada de Lei Orgânica da Saúde que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Derivando da CF/88 também haverá o surgimento da Lei nº 8.742 de 1993 (BRASIL, 1993) conhecida como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Não pode-se deixar de citar o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei nº 8.069, também de 1990 (BRASIL, 1990a), que assim como o SUS e a LOAS surge a partir de artigos da CF/88. Este estatuto substituirá o código de menores de 1979 tornando-se um marco na garantia dos direitos humanos deste público. Então há de ser percebido que as décadas de 1970 à 1990 no país foram de intensas mudanças no caminho da garantia dos direitos da população, visando o bem-estar coletivo.

2.3 Serviço de saúde mental e o Sistema Único de Saúde

A partir da segunda metade da década de 1980 já surgiam os primeiros serviços com novas estratégias de atendimentos, no litoral paulista, chamados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cumprindo com um atendimento na intenção de “oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071), tornando-se uma alternativa ao modelo hospitalar de internamento da época que estava em alta, entretanto, o serviço do CAPS era realizado apenas em 5 dias da semana, funcionando por 8h ao dia. Amarante e Nunes (2018) ainda salientam que a inserção dos princípios do SUS na Constituição Federal de 1988 possibilitou que novas políticas municipais de saúde fossem desenvolvidas.

Tal situação facilitou que os municípios que obtivessem propostas para alterar o sistema hospitalar asilar teriam tal autonomia, inclusive em relação às intervenções em hospitais psiquiátricos não visando apenas a melhoria, mas também a extinção dos mesmos, possibilitando a criação das chamadas redes substitutivas ao sistema da época. Nessas redes substitutivas, além dos já existentes CAPS, surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que toram-se meios alternativos de atendimento espalhados por todo o país e sendo regulamentados em 1991 pela portaria nº 189. Estes, ao contrário dos CAPS, prestariam atendimentos 24h por dia aos 7 dias da semana. Nos anos posteriores outros dispositivos surgem dando suporte

aos atendimentos à essa população como “hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

Em 1986 Paulo Delgado elegeu-se deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT), e abraçando a causa das pessoas em sofrimento mental. Com as manifestações constantes dos profissionais da saúde, em específico os da saúde mental, dos usuários e familiares, e com as experiências positivas com as políticas substitutivas, em setembro de 1989 Paulo apresentou o Projeto de Lei nº 3.657 que dispunha sobre a extinção progressiva de manicômios no país e propunha regulamentar sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais. Entretanto o projeto só foi aprovado no ano seguinte. Após passar por inúmeras emendas e discussões conseguiu ser sancionado, de fato, apenas em 2001, onze anos depois, tornando-se a lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Nela é instituído que exista a já comentada extinção progressiva dos manicômios, e também a inserção desses indivíduos na convivência familiar, laboral e comunitária, a garantia do acesso à informação sobre o transtorno que se tem, a garantia ao acesso à saúde sem qualquer discriminação protegendo-os de tratamentos invasivos desnecessários e responsabilizando o Estado sobre o desenvolvimento de políticas de saúde da área que absorvam tais demandas. Sendo assim, para a devida desinstitucionalização desta população, o Estado deve propor uma rede de apoio complexa e efetiva para que os indivíduos que dela se beneficiam possam ter acesso à uma forma de vida mais autônoma. Com isso, conclui-se que esta rede deve obter um funcionamento intersetorial, ligando diversas áreas de políticas a fim do objetivo comentado. Em suma, o que era debatido no início do movimento de luta antimanicomial sobre as políticas, tornam-se reais. Como exemplo dessas políticas apresentam-se as já comentadas de saúde, trabalho, educação, lazer, moradia e afins.

Em fevereiro de 2002 é instituído a portaria nº 336 (BRASIL, 2002) que regulamenta os CAPS dispondo das caracterizações especializadas do serviço e sobre as equipes mínimas que atenderão as demandas do público-alvo. Esses CAPS seriam o CAPS I, II e III, CAPSi e CAPS ad⁵. Para incentivar os processos de

⁵ CAPS I: para municípios com população de 20.000 à 70.000 habitantes; CAPS II: para municípios com população de 70.000 à 200.000 habitantes; CAPS III: para municípios com população acima de

desinstitucionalização, além dos projetos de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) implementados pela portaria de nº 106/2000 (BRASIL, 2000). O governo cria em julho de 2003 a lei de nº 10.708 (BRASIL, 2003) que institui o Programa De Volta Pra Casa (PVC) que concede um auxílio financeiro para pacientes com transtornos mentais egressos de internações (BRASIL, 2004; BRASIL 2003). Já na portaria nº 3.089 de dezembro de 2011 é disposto sobre o financiamento dos CAPS no âmbito das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). As RAPS estão instituídas na portaria nº 3.088 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) que estabelece a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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.”

Na primeira metade da década de 2000 o Ministério da Saúde (MS) se uniu à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) - Ministério da Justiça, quando inicia o debate sobre as drogas relacionando com a saúde ao momento em que notava-se o aumento do uso de crack da população e suas consequências na sociedade. Este movimento resultou na Lei sobre Drogas que foi sancionada em 2006, tornando-se a lei de nº 11.343/06 (BRASIL, 2006) que

Instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAPPD), que tem por objetivo articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e reinserção social e repressão à produção de drogas não autorizadas e ao tráfico ilícito (art. 3º) (BRASIL, 2006b, *apud* Oliveira, 2021, p. 483).

Esta relação das políticas de saúde com as políticas sobre drogas serão intensificadas com o passar dos anos no Brasil, principalmente nos anos que antecederam as eleições presidenciais de 2009 e a partir da eleição de Dilma Rousseff para o cargo. Oliveira (2021) relata que o debate sobre drogas, principalmente o crack, começaram a se destacar, iniciando dentro do Congresso Nacional com uma Frente Parlamentar Anticrack que chegou a contar com até 200 parlamentares, sendo os de maior destaque dois atores cujo a autora apenas apresenta-os da seguinte forma: “[...] um senador do Estado do Espírito Santo e um deputado de Alagoas, ambos dirigentes de Comunidades Terapêuticas.” (OLIVEIRA, 2021, p. 485). Infelizmente a autora de

200.000; CAPSi: atendimento direcionado à crianças e adolescentes; CAPSad: atendimento direcionado à população com dependência de álcool e/ou drogas (BRASIL, 2002).

referência não cita seus nomes, o que dificulta a identificação dos mesmos, entretanto fica claro o interesses particulares destes deputados em questão.

Essas comunidades eram, e seguem sendo, serviços prestados de forma privada e em sua maioria ligados as redes de religiões cristãs. A partir da década de 2010 foram incentivados a comercialização dos serviços dessas comunidades, principalmente após a criação do “Plano Crack é Possível Vencer” que permitiu a implementação de inúmeras portarias para garantir o financiamento de ações previstos neste. A autora (Oliveira, 2021) destaca dentre estas portarias, a de nº 131/12 (BRASIL, 2012) que institui o incentivo aos governos municipais e estaduais apoiarem financeiramente os Serviços de Atenção em Regime Residencial, que incluem essas comunidades, o que foge do projeto da RP ao incentivar as internações dos usuários.

Vasconcelos (2002) apresenta em sua obra “Saúde Mental e Serviço Social - O Desafio da Subjetividade e da Interdisciplinaridade” uma estrutura pontuando em 5 períodos a história das políticas de saúde mental no Brasil, facilitando a compreensão do processo como algo longe de ser linear. No primeiro período o autor apontará o início das mobilizações contra o “asilamento genocida e a mercantilização da loucura” (VASCONCELOS, 2002, p. 23) como já citadas previamente.

No segundo período ocorrerá a expansão do modelo sanitarista e sua formalização na segunda parte da década de 1980, junto com o surgimento das equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental e a humanização dos setores hospitalares. No terceiro período houve o fechamento dos espaços políticos de interesse dos poderes populares que eram utilizados, também, para a identificação das políticas de saúde mental, assim como houve uma emergência da Luta Antimanicomial aproximando-se dos movimentos populares junto à outras políticas públicas.

O quarto período é marcado pela consolidação da perspectiva de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, a implantação das Redes de Serviços de Atenção Psicossocial e o surgimento de movimentos de familiares e usuários dos serviços de saúde mental, também conhecidos como “Associações de Usuários e Familiares”. Por fim, no quinto período é observado o crescimento das políticas neoliberais da gestão presidencial de Fernando Henrique Cardoso⁶ que

⁶ Fernando Henrique Cardoso, eleito presidente nos anos de 1995 à 2002.

causaram danos no quesito social da população como desemprego, aumento da violência, miséria, entre outros. Neste último também foi observado alguns limites postos à RP e a propagação de Serviços de Atenção Psicossocial.

Nos primeiros anos da década de 2010 houve um breve momento de alívio ao acreditar-se que as metas previstas pela RP estivessem próximas de serem atingidas. Amarante e Nunes (2018) e Oliveira (2021) apresentam alguns dados sobre a inversão dos investimentos na rede de atendimento de saúde mental que ocorreram. Tendo a diminuição desses investimentos no quesito hospitalar de 75% em 2002 para 20% em 2013 e de um aumento de investimentos na rede substitutiva de 79% no mesmo ano, o que animava a todos os envolvidos na luta antimanicomial.

Entretanto os debates em relação ao avanço do crack e outras drogas tornaram-se frequentes, deixando em evidência a complexidade do assunto, por não ser apenas uma política de segurança, mas de saúde pública. Os políticos que estavam à frente dos debates em movimentos anticrack, em sua maioria conservadores, estavam de acordo com intervenções que violam os direitos de liberdade individual e que

[...] Geraram um conjunto de práticas manicomiais, com internação compulsória em comunidades terapêuticas de cunho religioso, com práticas que negam os princípios da reforma psiquiátrica defendida pelo movimento antimanicomial. (OLIVEIRA, 2017, p .243)

Ao dividir a história da luta antimanicomial brasileira em 4 fases, na 4^o e última fase Vasconcelos (2016) apontará que o despreparo da rede de atenção psicossocial é o que levará as políticas de saúde mental voltadas à população usuária de drogas a se aproximarem de um caráter higienista, com as internações compulsórias visando a limpeza das áreas urbanas, e aliando-se a serviços filantrópicos das comunidades terapêuticas, muitas vezes vinculadas ao tratamento moral religioso, com foco na abstinência dos usuários, como a lei nº 11.343 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006), que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)⁷, impõe. Ao contrário de tratamentos e intervenções propondo a redução de danos como estabelece a Portaria nº 1.028 de julho de 2005 (BRASIL, 2005).

⁷ Sistema na qual integrava o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), e que posteriormente tornam-se o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) através da Lei nº 11.754 de julho de 2008.

As mudanças de trajeto seguidas através das políticas de saúde mental se devem muito à quem esteve no comando da Coordenação de Saúde Mental, como, por exemplo, Pedro Delgado (2001-2010) e Roberto Tykanori (2011-2015) seguiam os planos e perspectivas da RP. Contudo a partir de dezembro de 2015, a instabilidade desta coordenação tem início com Duarte Filho assumindo a gestão até maio de 2016, e posteriormente, dando lugar à gestão de Quirino Cordeiro Júnior (2017-2019) como Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas⁸ (OLIVEIRA, 2020). Ambos defensores do sistema de tratamento manicomial, em desacordo com as perspectivas da RP.

Quirino Cordeiro Júnior deixa explícito seu posicionamento em relação aos serviços de saúde mental quando assina, em 2019, a Nota Técnica (NT) n° 11 (BRASIL, 2019). Essa nota apresenta a reintrodução de Hospitais Psiquiátricos nos serviços de rede, cujo MTSM muito se opôs em sua luta ao ir contra o isolamento social da população com transtornos mentais. A Nota Técnica também vai na contramão do por que as redes substitutivas foram criadas ao dizer que “o Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza.” (BRASIL, 2019, p. 3-4). Deve-se ter em mente que já temos na história do país bons motivos para repensar a existência dos hospitais psiquiátricos. Arbex (2013) apresenta esse período de forma crua em seu livro “Holocausto Brasileiro”, trazendo relatos de personagens reais que viveram de inúmeras formas as tragédias dos manicômios brasileiros, dando foco no mais marcante Hospital Psiquiátrico de Barbacena/MG.

Seguindo com os nomes que assumiram como Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, teve-se a gestão de Maria Dilma Alves Teodoro (2020-2020) que inicialmente demonstrou seguir a mesma visão de seus antecessores, entretanto saiu do cargo em dezembro de 2020 ao ir contra-ataques à algumas portarias relacionadas à Saúde Mental. Rafael Bernardon Ribeiro é o mais recente coordenador-geral, assumindo o cargo em fevereiro de 2021 (Lopes, 2021). O psiquiatra já foi coordenador adjunto deste serviço entre novembro de 2017 e julho de 2018 e em entrevistas já se declarou a favor da eletroconvulsoterapia⁹, também

⁸ O serviço de Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas faz parte do Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

⁹ Através da NT n°11 fica oficializado que o aparelho para eletroconvulsoterapia será ofertado pelo MS para tratamento de pessoas com transtornos graves ou que outros tratamentos não tenham mais efeito.

defendida na NT n° 11 e que em estudos muito se fala sobre seus malefícios, inclusive como é visto como método torturante e agressivo indo na contramão da proposta da RP de tratamentos não invasivos e libertadores.

O desmonte das políticas de saúde, não apenas da saúde mental, não ocorrem somente na forma de ataques diretos (ataques à portarias específicas), mas podem ser vistos de forma ampla como através da Emenda Constitucional (EC) n° 95 de 2016 (BRASIL, 2016) que institui o teto de gastos públicos às políticas intersetoriais (saúde, educação, assistência social, entre outras) gerando impacto nas políticas vinculadas à esses setores, e por consequência, a precarização destes serviços.

3. SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE

Na seção que aqui se segue, será trabalhado alguns aspectos sobre o contexto histórico do Serviço Social e como se desenvolveu a relação dos profissionais da área com a saúde em geral, com a Reforma Sanitária vivida no Brasil e com o movimento de reconceituação profissional. Posteriormente, será apresentada algumas reflexões sobre os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” que, mesmo sendo consideravelmente recente, será um documento norteador para os Assistentes Sociais atuarem na saúde de forma qualificada e seguindo com o que o Código de Ética Profissional determina.

3.1 Movimento de Reforma Sanitária e Serviço Social

No fim da década de 1970 e início da década de 1980 o Brasil enfrenta o fim do regime ditatorial militar, em comando no país desde 1964, entretanto este fim não ocorreu de forma brusca. No processo de estruturação da democracia, que culminou na criação da Constituição Federal de 1988, ocorreu a disputa de dois projetos políticos-sanitários ambíguos: o projeto contra-hegemônico, também conhecido como o movimento da reforma sanitária, e o projeto hegemônico privatista de cunho neoliberal. O projeto neoliberal conservador defendia a “reciclagem do modelo médico-assistencial privatista” (MENDES, 1995, p. 34) que, entre 1950 e 1960 foi o projeto utilizado no país, período em que surgiu o primeiro Ministério da Saúde.

Também na década de 1970 desenvolveu-se os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) que produziam conhecimentos em relação à saúde da população e as práticas sanitárias. Foi através da inclusão dos DMP's nas faculdades de medicina no país que o movimento sanitário começou a se organizar com a intencionalidade de vincular o conhecimento teórico junto às práticas políticas e incluindo neste debate a população civil. Ainda é afirmado na obra de Escorel et al (2005) que a saúde é um dos direitos fundamentais do homem, e que é de responsabilidade política dos governos, por fim reconhecendo sua determinação intersetorial. Tal afirmação ocorre na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde no Cazaquistão em

1978, e será algo que norteará a luta do movimento sanitarista por uma assistência de saúde de qualidade visando uma abordagem médico-social.

Como citado acima, na década de 1970 é observado o enfraquecimento do regime militar, movimentos político-sociais já se articulavam e levantavam duras críticas ao projeto político e social dos militares que estavam no poder. Assim foram sendo desenvolvidas modos de responder às demandas da população sem perder seu poder, como políticas sociais que apresentavam um forte caráter paternalista e repressivo. Porém, no fim da década movimentos de negociação com atores institucionais importantes do país tornaram possível uma “abertura política ‘lenta, gradual e segura’” (ESCOREL, et al, 2005 p. 66). Assim ressurgem os movimentos estudantis, a construção de um novo sindicalismo entre outros. Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde surge a proposta de criação de um sistema de saúde na qual hoje conhecemos como SUS. É neste período que ocorre a transição entre o regime ditatorial para a democracia. Porém deve-se esclarecer que a ruptura do regime autocrático da época não ocorreu totalmente e a democracia para qual buscamos efetivar seguiu servindo à classe burguesa dominante de forma política e econômica.

Neste período ocorre a disputa entre um projeto dito como “democracia de massas” que se refere à ampla participação social entre aos representantes do Estado (instituições parlamentares) e as organizações de lutas sociais (sindicatos e movimentos sociais) atribuindo ao Estado democrático de direito a responsabilização do enfrentamento as expressões da questão social, enquanto em oposição tem-se a “democracia restrita” que em suma valoriza o Estado mínimo, beneficiando interesses corporativos e mercadológicos (CFESS, 2010).

Diante da construção da CF/88, da lei nº 8.080 que institui o SUS, e entre outras comentadas na primeira seção deste estudo, é compreendido que nas referidas décadas os movimentos sociais iniciaram um processo de assimilação sobre direitos humanos e bem-estar social que nortearam suas lutas. Em meio à este movimento, entende-se, portanto, que a questão de saúde deve ser um serviço essencial, de ordem universal, integral e de equidade. Estes princípios serão os princípios fundamentais do SUS. Na obra de Bravo intitulada “Serviço Social e Reforma Sanitária lutas sociais e práticas profissionais” (2010) a autora destaca um conceito apresentado por Escorel (1989, p. 182-194) de que “a saúde é um componente fundamental da democracia e da cidadania, tanto por ser determinada por um conjunto

de direitos como por ser elemento potencialmente revolucionário e de consenso” (*apud* BRAVO, 2010, p. 25) o que elucida a importância das políticas de saúde pública e de qualidade. Aqui há de se comentar também a importância da concepção de Seguridade Social que surge na época e como isso torna-se importante para a construção da nova constituição no âmbito da proteção social ao determinar que a seguridade social será composta pelo tripé de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. A Reforma Sanitária também dará ênfase aos determinantes sociais quando trata-se da saúde do usuário, como moradia, trabalho, educação, saneamento básico e etc.

No âmbito histórico do Serviço Social a saúde foi seu principal empregador em seu início como profissão e no decorrer das décadas a saúde se manteve como uma das grandes áreas de atuação do Assistente Social. Inicialmente a profissão se institui na sociedade vinculando-se ao Estado hegemônico como representante do capital com o propósito de mediar ou encobrir os efeitos causados pela exploração da classe dominante (Bravo, 2010). Na saúde os profissionais foram inseridos no meio médico como um auxiliar nos atendimentos de saúde da população, mantendo o mesmo propósito que norteava a gênese da profissão.

Devemos recordar que, historicamente, os serviços de saúde foram vinculados à previdência social que desde a década de 1920 passou por modificações até chegar ao modelo atual. Iniciou-se com as Caixas de Aposentadoria e Pensões, posteriormente com a consolidação da Lei Eloy Chaves; Na década de 1930 com a unificação das Caixas de Aposentadorias e Pensão, tornando-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) onde apenas os trabalhadores formais tinham usufruto do serviço; Na década de 1960 unifica-se mais uma vez os serviços para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) já na ditadura militar e com a inserção do sistema privatista de saúde. Em todos esses sistemas, o serviço de saúde era ofertado apenas ao trabalhador com vínculo empregatício formal e seus dependentes que necessitassem de atendimento, deixando de lado o restante da sociedade civil.

No mesmo período em que esses movimentos de direitos se fortalecem no país, o Serviço Social também sofre alterações. Em setembro de 1979 os profissionais de Serviço Social realizam o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, também conhecido por Congresso da Virada. Este evento marca a ruptura da profissão com o conservadorismo, aproximando-se de estudos teórico-críticos marxistas. Porém, na área da saúde o processo de ruptura com o conservadorismo não ocorrerá no mesmo

período. Mas por que? Bom, muito se dá pela dificuldade de compreender como essas teorias críticas se aplicariam ao exercício profissional nesses espaços institucionais.

Como comentado previamente, quando o Serviço Social é inserido inicialmente no âmbito da saúde ele acaba cumprindo um papel assistencialista ao serviço médico, tornando-se um “monitor” dos usuários e de suas condições e ligado às expectativas da classe dominante. A partir do movimento da Reforma Sanitária e da reconceituação da profissão seu papel idealizado se torna o de construir alternativas para essas atividades burocráticas, antes determinada aos assistentes sociais, focalizando numa atuação técnico-política e que ocasione na participação da população civil e todas suas formas de organizações políticas (BRAVO, 2010, p. 30). Mas a autora sinaliza, por mais que se iniciou um entendimento de como as atuações deveriam ser realizadas na atuação direta ao usuário e às políticas, os profissionais em campo não conseguiram acompanhar essa mudança teórica, o que levou-os à uma “crise de identidade” profissional ao não saber como aplicar as estratégias desenvolvidas teoricamente à suas realidades (BRAVO, 2010, p. 30).

Ao tratar o Serviço Social como uma área de pesquisa e conhecimento, após viver a aproximação às teorias marxistas nas décadas de 1970 e 1980, na década seguinte a profissão chegou à sua maturidade teórica, com produções bibliográficas próprias que se aprofundavam em seus objetos de intervenção, tal qual a criação de um novo código de ética comprometido com uma proteção às demandas do público alvo, e a ampliação de programas de pós-graduação “direcionados à formação de recursos humanos com capacidade para atuar criticamente na realidade social” (YAZBEK, 2009), que também possibilita uma aproximação de vertentes teóricas de outras áreas de saber nas quais fomentam um desenvolvimento evolutivo na produção teórica-metodológica profissional.

Ainda nesta década de 1990, com o avanço das políticas neoliberais no poder, foi vivido o avanço de ataques privatistas aos serviços públicos, principalmente na área da saúde e da previdência com reformas e aberturas para serviços privados dentro dessas políticas reforçando o assistencialismo. Atualmente, após 30 anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), ainda é observado tais ataques, como por exemplo a Reforma da Previdência de 2019, os contínuos sucateamentos nos serviços de saúde, assim como a inserção de Organizações Sociais (OS) na área. Mas não deve ser esquecido essas inserções de políticas neoliberais no SUS já ocorriam antes da promulgação da lei 8.080/90, sendo assim, em sua construção os

interesses neoliberais e privados já exigiam participação nessa política. Portanto, os serviços focalizados em áreas médicas, além da realização de atendimentos de alta complexidade e exames podem ser livremente ofertados pelo serviço privados, assim como podem ser conveniados ao SUS, dificultado a soberania do serviço 100% estatal para a população. Estes ataques aos serviços de saúde públicos tem por consequência a precarização dos serviços, sendo assim, a população que não tenha poder aquisitivo para usufruir de serviços privados, não encontrará um serviço qualificado no setor público. Em outras palavras, à população pauperizada resta apenas os serviços precarizados, e isso não é diferente na subárea de saúde mental.

3.2 Parâmetros de atuação de assistentes sociais na saúde

Ao passar dos anos a profissão ainda enfrentava dificuldades na transformação prática baseando-se na evolução teórica vivida, então o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) junto ao Grupo de Trabalho (GT) “Serviço Social na Saúde”, criado pelo conselho federal da profissão, produziu o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” publicado em 2010 (CFESS, 2010). Esse documento teve como parte importante de sua elaboração os 36º e 37º Encontro Nacional promovido pelos conselhos federal e regionais da profissão que pontuaram a construção do documento já que ainda era vivido a tal dicotomia entre a produção teórica e ação prática. Entre 2008 e 2009 foi construído o primeiro modelo pelo GT citado, como a estrutura do documento e a metodologia que seria utilizada para que coletassem os dados relacionados as competências e atribuições profissionais da área.

As informações que seriam necessárias para a construção deste projeto foram recolhidas através de reuniões e oficinas promovidas pelos Conselhos Regionais do Serviço Social (CRESS) nas capitais brasileiras, assim como em algumas cidades do interior, como o próprio documento apresenta (CFESS, 2010, p. 12). Juntamente aos debates promovidos pelo conjunto CFESS/CRESS o GT também analisou documentos publicados pelo próprio Conselho Federal até então, bem como publicações de documentos oficiais do Ministério da Saúde, secretarias municipais e estaduais de saúde que

sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde. (CFESS, 2010, p. 13).

Após o desenvolvimento e apresentação do modelo preliminar algumas sínteses e comentários enviados pelos CRESS ao CFESS foram levados em consideração e acrescidos ao documento final, portando a construção deste documento com relevância significativa no avanço da qualidade do serviço realizado pelos Assistentes Sociais na área da saúde foi feito de forma democrática contando com a livre participação da categoria.

O formato final do documento está estruturado com a introdução e com o restante do conteúdo dividido em quatro partes, sendo as seguintes: a primeira parte que trará o contexto histórico da luta pelas políticas de saúde nos anos 1980, a construção da reforma sanitária e do projeto de saúde em 1990, assim como as dificuldades da época até os dias atuais; na segunda parte o documento discorre sobre a discussão teórica e política dentro da profissão na saúde, apresentando alguns desafios da época para o fortalecimento ético-político e profissional; na terceira parte será apresentado as atribuições e competências profissionais num modo geral e posteriormente focada na área em questão, discutindo sobre a intervenção e exibindo 4 eixos de ação importantes ao Assistente Social; por fim, a última parte serão algumas reflexões realizadas resultantes de toda a elaboração do documento (CFESS, 2010).

Através da primeira e da segunda parte do documento é apresentado a constante disputa entre projetos políticos muito diferentes, como já referenciado na seção anterior. Essa disputa e o avanço de políticas neoliberais afetará a atuação do Serviço Social na área da saúde como

Nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p. 23).

Fazendo-se importante o fortalecimento da categoria profissional junto à outras da área da saúde e de movimentos sociais na defesa dos princípios da Reforma Sanitária.

As demandas apresentadas ao Serviço Social pelo projeto da Reforma condizem muito com as atribuições e competências da profissão, apresentadas no

Código de Ética Profissional de 1993 (CFESS, 2012) como por exemplo: a democratização do acesso às políticas públicas; estratégias para aproximação dos serviços com a realidade da população; trabalho interdisciplinar; participação popular; acesso democrático à informações, entre outros.

A discussão em volta da produção teórica da profissão focando na área da saúde e de estudos tratando da divisão clássica da prática médica foi levantada e é apresentada por três “expressões”. A primeira citada são a dos profissionais que se denominam “sanitaristas”, não se considerando Assistentes Sociais, quando realizam a formação em saúde pública. Em segundo, se comenta sobre os Assistentes Sociais que se identificam com o Serviço Social Clínico, exigindo dos conselhos profissionais o reconhecimento à ações clínicas curativas ou terapêuticas que possam realizar por conta de formações extras, como por exemplo: clínica holística, terapia familiar sistêmica, entre outros. Por último é apresentado uma expressão, de forma gradativa, de discursos da necessidade de criação de entidades e fóruns de capacitação dedicados a produção de conhecimento sobre a profissão em atuação à inúmeras áreas médicas. É esclarecido que o problema não está na busca de aprofundamento teórico nas especialidades de prática médica, mas na abstenção das características que norteiam a atuação do profissional em Serviço Social a partir desses aprofundamentos teóricos, que podem resultar no distanciamento da intervenção profissional com a “função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho”. (CFESS, 2010, p. 28).

O documento aqui trabalhado apresenta oito pontos ao se pensar em uma atuação competente e crítica do Assistente Social na saúde, sendo tais pontos os seguintes:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma comprometida e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p. 30)

Já na terceira parte do documento é trabalhado as competências e atribuições dos Assistentes Sociais no modo geral como apresentado no Código de Ética da Profissão e na Lei de Regulamentação da Profissão¹⁰, assim como algumas eixos nos quais o profissional deve atuar na área em questão. O CFESS, como organizador do documento, destaca a importância de que os profissionais devem sempre nortear suas ações com as legislações que dão embasamento, assim como utilizar das concepções da Reforma Sanitária, seguindo com um olhar crítico ao sistema mercadológico das políticas públicas, além dos avanços do sistema capitalista opressor que afetam direta e indiretamente as condições de vida dos usuários, podendo ser um motivador das condições de saúde e adoecimento da população.

Os eixos de atuação na saúde apresentados são divididos em quatro grandes eixos: o atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; a investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Em suma no aprofundamento dos eixos é observado o incentivo ao trabalho intersetorial e multiprofissional, a disseminação de informações sobre a questão de serviços, saúde e direitos aos usuários, o incentivo à participação da população, entidades políticas e sociais na avaliação da qualidade dos serviços prestados tal qual na promoção e desenvolvimento de políticas e intervenções que atendam as demandas dos mesmo nas áreas de referência, a promoção e participação da formação continuada e capacitação de profissionais da área da saúde para melhoria da qualidade do serviço visando o atendimento humanizado e livre de discriminações, realizando levantamento de dados tanto para o desenvolvimento de políticas quanto para construção de pesquisas e estudos da realidade atual, abrir campos de estágio supervisionado fomentando a renovação de conhecimento acadêmico, entre outros aos quais já foram explicitados no decorrer deste estudo.

Ao fim, tem-se a quarta e última parte do documento onde são destacadas algumas reflexões resultantes de todo o levantamento teórico e prático visto. Nessas

¹⁰ Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

reflexões reforça-se a necessidade de conhecimento do projeto ético-político profissional, além da apreensão de práticas éticas embasadas em conhecimentos teórico-metodológicos para uma intervenção qualitativa visando o acesso integral da população aos serviços da saúde de baixa, média e alta complexidade sempre considerando os determinantes econômicos, culturais e sociais que afetam os usuários, não de forma limitante, mas como acréscimo para a compreensão da realidade. É posto, também, o contínuo compromisso com o enfrentamento aos desmontes vividos por essas políticas como privatizações, enxugamento dos investimentos financeiros, precarização das condições de trabalho na área e afins, bem como o compromisso com a atualização de conhecimento acompanhando o movimento das realidades encaradas.

4. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A partir desta seção será apresentado alguns elementos que evidenciam a inserção do Serviço Social nos atendimentos de saúde mental, tal qual o objeto da prática nessa área de atuação. Em seguida será visto como se desenvolve a atuação do assistente social na área de saúde mental dentro de hospitais gerais, as demandas, os conflitos e possibilidades.

4.1 A inserção de assistentes sociais nos serviços de assistência psiquiátrica

A saúde foi uma das primeiras áreas de atuação do Serviço Social, entretanto poucas profissionais eram vistas atuando na área da Saúde Mental, realidade que Bisneto (2007) cita ser alterada a partir da década de 1960 com as privatizações destes serviços. Porém há de se destacar que haviam hospitais psiquiátricos estatais antes do período citado, mesmo sendo poucos, e a grande maioria de seus usuários internados eram a população pobre e indigente como já visto anteriormente.

Ao citar Bisneto (2007), o autor apresenta que as primeiras instituições na área de Saúde Mental na qual o Serviço Social atuou foram nos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centros de Orientação Juvenil (COJ) na década de 1940, tornando-se um marco na história da profissão ao consolidar os primeiros traços do “Serviço Social Clínico”, que como exposto na seção anterior deste trabalho, é uma vertente da profissão na qual os profissionais se apropriam de algumas características de atuação das áreas “psi” (psiquiatria e psicologia).

Amarante (1994) resgata em sua obra “Psiquiatria social e reforma psiquiátrica”, a historicidade acerca da privatização do serviço psiquiátrico brasileiro e Souza (1986) destaca que com esse movimento de privatização expande-se o espaço para os Assistentes Sociais atuarem na área. A partir do Regime Militar ocorreram as reformas da saúde e previdenciária no país, resultando na unificação dos IAP’s, tornando-se INPS, bem como a privatização dos serviços. O Estado passa a comprar os serviços psiquiátricos do setor privado, e mesmo com algumas pressões sociais os serviços passam a ser interesse de lucro ao empresariado, sendo assim, os transtornos mentais ganham valor de mercado, ocorrendo

Um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chegase ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 1994, p. 79).

Na década de 1970 o INPS exigiu a inserção dos assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos, assim como o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) da época frisava a importância de uma equipe “interprofissional” no atendimento aos usuários com transtornos mentais, ampliando significativamente o número de assistentes sociais na área, mesmo tendo salários irrisórios e funções indefinidas.

Mas então por qual razão o INPS e o MPAS insistiam na contratação da categoria para o atendimento dessa população já que havia um controle através de psicotrópicos e o asilamento destes? O regime militar necessitava dos Assistentes Sociais para algo que já fazia parte do seu caráter de atuação, a mediação contraditória entre os interesses e demandas da classe dominante e o atendimento das demandas da classe trabalhadora, neste caso, proporcionando o acesso ao sistema manicomial. Característica clássica do sistema capitalista moderno utilizando de políticas sociais para o controle e adestramento da classe trabalhadora enquanto retirando de si a responsabilidade que carrega pela questão social consequente de sua existência exploratória.

Bisneto (2007) pontuará que a Previdência Social terá uma necessidade de adequação para suavizar as contradições do sistema de Saúde Mental que devem-se às: péssimas condições de trabalho que a população encontrava e que levam ao adoecimento mental, assim como a abundante solicitação de recebimento de auxílios beneficiários fugindo do agravamento do desemprego e, por fim, do abuso de clínicas privadas credenciadas ao INPS nos gastos de internações duvidosas (Bisneto, 2007).

Assim como na área da saúde em geral, na saúde mental não foi diferente em relação as dificuldades vividas pelos profissionais do Serviço Social tratando-se da realidade encontrada, do que as instituições e o Estado exigiam e dos novos estudos teóricos que surgiam com o movimento de reconceituação da profissão. Observando o perfil de usuários asilados nota-se que as internações tinham na verdade um fundo social e não psíquico, seguindo uma linha higienista. A atuação da categoria sendo focalizada num atendimento vinculado à área da “psi”, como já dito, não superava os

problemas sociais de classe e de relação capital/trabalho que resultavam, e ainda resultam, no adoecimento mental dos trabalhadores.

Bisneto salienta que mesmo com a mudança teórica da profissão, principalmente a partir da década de 1990, na área de Saúde Mental, os futuros assistentes sociais continuaram utilizando da teoria “psi” para estudos, entretanto utilizando de autores da psiquiatria social como os já citados Franco Basaglia e Michel Foucault, já que essa mudança que o Serviço Social enfrentava não aprofundava suas críticas à saúde e saúde mental, por enquanto.

As novas teorias do Serviço Social tinham mais ênfases em pesquisas relacionadas aos movimentos sociais, políticas sociais e estatuto profissional, que, inclusive, se renova em 1993 com o novo Código de Ética. O autor observa que pela entrada em massa, porém tardia, dos profissionais nesse campo, fez com que dificultasse a realização de pesquisas e debates críticos que envolvessem as políticas sociais da saúde mental relacionado ao sistema econômico e político vigente, do mesmo modo que a questão da relação entre classes, a loucura e sua subjetividade.

A partir dos anos de 1990 o movimento da Reforma Psiquiátrica ganha forças levantando questionamentos sobre as questões sociais, tal qual a realização e críticas e análises institucionais, propostas com viés progressistas e a abertura de outros saberes para além da psiquiatria. Destaca-se, aqui, o Movimento Institucionalista que possibilitará com que o Movimento da Reforma Psiquiátrica se articule com a teoria marxista, levantando questionamentos como a alienação ao que os usuários com transtornos mentais serão submetidos institucionalmente.

É na transição das décadas de 1980 para 1990 que Paulo Delgado apresenta seu projeto de lei (futura lei nº 10.216/2001), e que surgem os primeiro modelos de serviços psiquiátricos alternativos como o CAPS e NAPS, tal qual a percepção das implicações que as questões sociais, econômicas e culturais tem na saúde mental da população e levando em consideração a reinserção deste público à sociedade. Esse desenvolvimento de novas políticas públicas direcionadas a esses usuários consequentemente abre mais campos para a atuação de assistentes sociais cumprindo com seu dever de garantia ao acesso às políticas e fiscalização das possíveis violências institucionais. Tendo, também, como característica de atuação, dar importância e destaque aos problemas sociais dos transtornos no processo de desinstitucionalização. Entretanto, mesmo sendo visível a relevância da presença de assistentes sociais na área, ocorrem duas restrições pontuadas pelo autor, como:

a) os assistentes sociais não são capacitados pela formação universitária para *entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política*; b) a psiquiatria reformada quer abrir o campo para o “social”, mas o movimento de renovação é heterogêneo dentro da categoria e *nem todos os psiquiatras visam rever os mandatos sociais e sua hegemonia no espaço profissional*. (Destaques originais do autor) (BISNETO, 2007, p. 37).

Estas restrições pontuadas por Bisneto interferem na prática de assistentes sociais na área psiquiátrica, sendo de um lado a lacuna na formação sobre o tema, e do outro a hegemonia de apenas uma profissão neste espaço. Ainda sobre a prática profissional, é imprescindível que os assistentes sociais se comprometam, ao atuar nessa área, com uma contínua posição crítica ao sistema capitalista, à sociedade burguesa relacionando-os à ideia de loucura, desviando de uma atuação de “cuidado”, desenvolvendo conhecimentos teórico-metodológicos com o intuito de uma intervenção que beneficie o bem-estar e interesses dos usuários transformando sua realidade, tal qual em qualquer outro campo de atuação da profissão. Entretanto nas instituições de atuação é observado uma realidade que dificulta a prática de deveres profissionais, como a falta de verbas e estruturas institucionais para a realização destas. Portanto, na teoria, a prática profissional do assistente social se mostra completa, abrangente e adequada, mas quando observamos a realidade notamos empecilhos que não permite a plena prática destes deveres.

Comentando sobre transformações das realidades dos usuários, é devido destacar o que Iamamoto (2004) desenvolve sobre a atuação messiânica e atuação fatalista do Assistente Social. Deve-se estar atento às realidades sociais enfrentadas ao observar as possibilidades e limitações das intervenções evitando a postura messiânica de que o Serviço Social será o salvador dos usuários e de suas realidades, e também evitando a postura fatalista de que na realidade posta não há possibilidade de alteração.

Há ainda a dificuldade de observar o objeto da prática, diferente dos outros profissionais da área da saúde mental, que ocorre pela contínua reforma dos serviços de assistência psiquiátrica descaracterizando os profissionais de Serviço Social deixando-os em uma situação de indefinições relacionadas ao objeto de intervenção. Porém se faz claro que o objeto da prática do assistente social, de forma geral, não é o homem em si, mas suas demandas sociais baseadas na relações dentro de sua vida, tal qual sua relação com o trabalho, com a sociedade, com os serviços públicos que utiliza e etc. Na atuação em instituições de assistência psiquiátrica o Serviço

Social terá como objeto de intervenção as demandas do âmbito social do usuário visto que para o atendimento completo se dará não apenas pelo atendimento médico psiquiátrico.

Como já discorrido sobre, o objeto de intervenção do assistente social é a questão social resultante das relações sociais entre capital-trabalho, intervindo para a garantia de vida qualitativa da população, entretanto quando fala-se sobre saúde mental a atuação, não deve-se ater apenas as questões subjetivas dos usuários e famílias como objeto de intervenção, mas entender que existe uma grade influência de suas realidades sociais, culturais e econômicas que afetam a vida destes. Ao falar das famílias destes usuários há o dever de levantar alguns questionamentos, como:

O conceito freudiano de função pai/função mãe, associadas às figuras de homem e mulher, fundamento para o modelo de família nuclear burguesa, se ajusta ao perfil das famílias atendidas no serviço? A propósito, qual é o perfil das famílias usuárias daquele equipamento, no que diz respeito a gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio? Que políticas sociais podem ser acionadas para suportes desses grupos? Que modelo de atenção às famílias está disponível no serviço no que se refere, por exemplo, ao seu papel: ela é coadjuvante no tratamento ou objeto de atenção? Os horários de realização dos grupos de familiares são compatíveis com suas inserções no mercado de trabalho? Como o serviço compartilha o cuidado contínuo dos usuários? As ações no serviço atendem às demandas materiais dessas famílias? O perfil e as preocupações das famílias são requisitos para a formulação dos programas e projetos? (ROBAINA, 2010, p. 346).

A inserção das famílias no processo de tratamento dos usuários das políticas de saúde mental é positivamente significativa quando trata-se da superação de paradigmas e reinserção desses indivíduos à uma convivência em comunidade. Além dos pontos sobre garantias de direitos e benefícios visando uma independência como aponta o projeto da Reforma Psiquiátrica.

4.2 A saúde mental em hospitais gerais e o serviço social

No ano de 1992 é sancionada a portaria nº 224 (BRASIL, 1992) que define os parâmetros para funcionamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Nela está determinada algumas condições necessárias em hospitais gerais para atendimento do público em sofrimento mental, como, por exemplo, questões de estrutura física tal qual espaços em áreas livres para realização de atividades de lazer e socioterápicas, e espaço para atendimentos grupais, não esquecendo da

estruturação da equipe de profissionais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas e etc.

A criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais não é recente, porém em sua forma atual ela se dá pela construção da rede substitutiva das políticas em saúde mental, fugindo do modelo clássico de internamento e asilamento dos usuários. Esses leitos funcionam conjuntamente com abordagens conhecidas como atendimentos extra-hospitalares da rede substitutiva, contando também com os serviços do CAPS, SRT, PVC, grupos sociais comunitários, entre outros. O intuito desta forma de atendimento é não atuar apenas no momento de crise internando o usuário, mas construir uma rede de serviço que prestará atendimentos preventivos no dia a dia destes fazendo com que as internações não se tornem a primeira e/ou única opção de atendimento, sendo uma opção apenas quando as outras já tiverem sido esgotadas. Importante salientar que os leitos psiquiátricos não são encontrados apenas nos Hospitais Gerais, mas também no CAPS III que fornecem atendimento 24h (MONTEIRO, 2009; DIAS et al, 2010).

Os serviços extra-hospitalares, do mesmo modo, podem possibilitar uma redução no período de internação dos usuários, sendo que em hospitais psiquiátricos esse tempo pode ser de, em média, 30 dias enquanto nos hospitais gerais o internamento comum médio é de 7 dias (MONTEIRO, 2009). Este tipo de atendimento possibilita um distanciamento das internações contínuas. A frequência dessas internações pode levar à um isolamento entre usuário-comunidade, proporcionando um agravamento da exclusão, já em prática pelo preconceito e estigmatização da população à loucura, e agravo do próprio transtorno. Nas execuções dos serviços de saúde e saúde mental também se faz importante a construção de forma coletiva desses espaços da rede substitutiva ocorrendo a realização do serviço de referência e contrarreferência.

Como conhecimento básico do projeto ético-político e do viés teórico da formação profissional, se deve ter em mente que o enfrentamento aos preconceitos institucionais podem estar presente no dia a dia do Assistente Social, e isso não é diferente quando trata-se das políticas e serviços de saúde mental. Dias et al (2010) situam que quando leitos psiquiátricos são organizados de forma isolada dentro das instituições, podem ocorrer algumas experiências que remetem a semelhanças aos hospitais psiquiátricos, bem como algumas práticas. Como parte do projeto ético-político, o profissional do Serviço Social deve garantir a efetivação das intenções

contidas no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira garantindo um serviço adequado às necessidades do usuário, evitando ações que remetam às violências resultantes das políticas de Saúde Mental do passado, mas mais uma vez se faz importante destacar que a realidade dos espaços institucionais e das políticas não facilitam a atuação.

Os dados levantados pelos estudos e entrevistas de Monteiro (2009) apresentam questões importantes sobre o serviço hospitalar na qual há a possibilidade de observar como pode se dar as intervenções do Assistente Social. A maioria das equipes de trabalhadores da saúde de hospitais gerais geralmente não estão preparados para a realização de atendimentos à pacientes em sofrimento mental, e como vimos anteriormente na subseção 3.3. Faz parte das atribuições do Assistente Social na saúde a promoção, junto às equipes de educação permanente dos hospitais, de capacitações sobre o tema com a intenção de desestigmatizar a condição do usuário, rompendo com a lógica de atuação manicomial que diminua o indivíduo às patologias que se tem, reforçando que todos os usuários são parte da população que tem direito livre ao acesso integral à saúde como for necessário à sua necessidade, incluindo a autonomia de seus corpos em relação aos tratamentos prescritos e oportunizar a reabilitação psicossocial. Importante também sempre valorizar a presença e participação de familiares às internações e tratamentos quando possíveis com uma comunicação acessível para ciência do tratamento realizado, porém lembrando que muitas vezes há a possibilidade encontrar usuários com vínculos familiares fragilizados ou totalmente rompidos, o que pode demandar de outras formas de abordagens.

Como anteriormente visto, a atuação conjunta aos outros serviços da rede de saúde mental é essencial para um atendimento integral ao usuário. Se o mesmo estiver sendo acompanhado pelas equipes do CAPS, das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou até das Esquipes de Saúde da Família (ESF) poderá ser um facilitador no atendimento no hospital, incluindo a realização de atividades que auxiliem no tratamento. Entretanto a pesquisa da autora aqui apresentada foi realizada em um Hospital Geral referenciado no atendimento à saúde mental no estado do Rio Grande do Sul, oferecendo um atendimento adequado e de qualidade à esse público. Fica evidente a dicotomia entre a realidade apresentada por ela e a realidade de outros espaços hospitalares quando diz que:

Ao invés de fazer do hospital um lugar de intervenções o grupo de profissionais propôs-se a fazer do hospital um lugar de interlocução com os demais serviços que compõem a rede, mas principalmente com a cidade como lugar primeiro que desse à “loucura” um outro lugar de percepção e de atendimento, que não a clausura. (Destaque original da autora) (MONTEIRO, 2009, p. 62).

Sendo essa intenção de intervenção pouco discutida, vista e aprendida por grande parte dos trabalhadores da saúde.

5. CONCLUSÃO

Após o desenvolvimento deste estudo, é evidente perceber as transformações históricas relacionadas ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Os entendimentos por castigo dos deuses e afins, ficaram no passado, entretanto ainda é observado algumas formas de tratamentos de lógica curativa com a utilização da lógica da medicalização radical destes indivíduos, assim como as internações compulsórias e irrestritas. Sendo que tais intervenções ainda seguem um modelo manicomial ao qual o enfrentamento é necessário.

O movimento antimanicomial incitou os profissionais da área da saúde mental e simpatizantes do tema a entenderem que pessoas com transtornos mentais, sendo leve, moderado ou grave, são seres sociais, com relações sociais, que como qualquer outra pessoa, tem seus direitos e deveres dentro de uma comunidade e que devem ser protegidos.

A forma com que o mundo lidou com este tema, não diferente no Brasil, faz parte de nossa história enquanto sociedade. Os relatos apresentados pela jornalista Daniela Arbex podem ser utilizados como um meio de leitura facilitada para que o que foi vivido não caia no esquecimento. Estudar nosso passado nos possibilita de não cometer os mesmo erros. A Reforma Psiquiátrica realizada no país teve seu papel na proteção dos direitos dessa população, assim com o surgimento da RAPS que os integra na convivência comunitária e oferta um sistema de seguridade social adequado com suas necessidades. Entretanto na dura realidade observa-se o oposto.

Os primeiros movimentos da luta antimanicomial surgiram em meados da década de 1970, se passaram quase 50 anos desde então e seguimos enfrentando um sistema que remete à intervenções no modelo manicomial. Por um lado, temos a política relacionada à área integrando o tema de álcool e outras drogas às questões de saúde pública e saúde mental e a ampliação dos serviços substitutivos, mas do outro lado é visto o aumento nos investimentos de comunidades terapêuticas com cunho religioso e a NT nº 11/2019 que incentiva as internações à longo prazo, inclusive compulsórias, o uso de eletroconvulsoterapia e o apoio aos hospitais psiquiátricos, o que vai contra os princípios estabelecidos pela lei nº 10.216/2001.

Ao Serviço Social cabe somar na luta pela proteção dos direitos dessa população, inclusive pela proteção da integralidade dos usuários desse serviço, assim como em qualquer outro. Enquanto ainda estudantes na graduação de Serviço Social, a lacuna sobre o tema é inquestionável. O objeto de intervenção nesse espaço pode ser de difícil percepção para alguns colegas, correndo o risco de esbarrar em atuações que remetam o passado profissional, como um auxiliar da equipe médica, ou realizar intervenções de cunho psicologizante. A oferta da disciplina de Serviço Social e Saúde Mental como optativa e, portanto, não ofertada todo semestre e/ou em ambos os períodos da graduação é um fator que dificulta o acesso ao estudo do tema, tal qual outras disciplinas optativas que trabalham outras políticas setoriais.

Assim surge um questionamento de como haverá possibilidade de intervenção efetiva na área visando a proteção dos poucos direitos à esse público se pouco conhecemos da história de luta, das inúmeras violações de direitos que existiram e ainda insistem em submergir com o auxílio de representantes políticos armados com seu conservadorismo?

Inserida no espaço de estágio obrigatório onde houve contato com demandas da população em sofrimento mental, causados ou não por álcool e outras drogas, há a possibilidade de relatar que a realidade está destoante com o que as políticas determinam. A estrutura institucional é precária até nas necessidades básicas. A implementação da EC nº 95/2016 prejudicou significativamente os investimentos na área da saúde, situação agravada pela atual pandemia do vírus SARS-CoV-2 que exigiu das instituições de saúde que direcionassem seus investimentos, equipes e materiais nos atendimentos aos contaminados e na contenção deste vírus. Logo, como exigir que uma instituição se adeque ao que a portaria nº 224/1992, por exemplo, se mal há condições de manter uma estrutura mínima para o público em geral? Dito isto, fica evidente que o problema não é apenas institucional, porém estrutural de um sistema governamental neoliberal que visa a precarização dos serviços públicos, incentivando indiretamente serviços privados.

Seguindo a experiência no estágio obrigatório, também foi observado o despreparo da equipe multiprofissional de atender estas demandas. Entre inúmeras violências verbais e institucionais, em um atendimento psicossocial foi presenciado o despreparo de profissionais da psiquiatria em relação à orientação para os familiares ao usufruto dos serviços prestados pelo CAPS. Nesse momento em específico, a supervisora de estágio estava presente e pudemos intervir adequadamente neste

atendimento citando a existência da rede substitutiva. Reitero aqui, se a Assistente Social que acompanhava o atendimento não fosse uma profissional qualificada, com a clareza sobre seu objeto de intervenção, como ficaria essa família sem os conhecimentos em relação os serviços que estão dispostos à eles? Dessa forma, sem uma devida qualificação, corre-se o risco de infringir os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, sendo neste caso o nº V.

Sobre as equipes de saúde, de modo geral, acredita-se não estarem preparados para esses tipos de demandas. Foi observado a falta de preparo de enfermeiros/as, médicos/as, técnicos de enfermagem, residentes e técnicos em geral que atuam na urgência e emergência do hospital, realizando um atendimento estigmatizante com sinais de preconceito à situação dos usuários. Infelizmente a problemática também se estende aos profissionais da área da Psi, como psiquiatras e alguns psicólogos.

Se faz necessário sinalizar que o próprio hospital poderia alterar esta realidade ofertando, junto à equipe de educação permanente, aulas, palestras ou serviços de capacitação profissional que trabalhem o tema com o intuito de incentivar uma atuação menos restrita e de melhor qualidade. Porém, há uma característica neste hospital que dificulta a qualificação desses profissionais. Por ser um hospital que tem como grande parte de sua equipe estagiários e residentes, a rotatividade de profissionais é alta, dificultando na permanência de profissionais que realizariam a capacitação e a aplicariam na realidade da instituição.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a precarização do trabalho desses profissionais ocasionando uma exaustão, impedindo-os de realizar atendimentos mais humanizados e atividades de educação continuada, não interferindo apenas nos atendimentos à usuários em sofrimento mental, como nos atendimentos em geral, esbarrando inclusive na falta de realização de notificações compulsórias¹¹, sendo essa atividade algo obrigatório ao primeiro profissional à atender a demanda na qual seja necessário a notificação.

A realidade institucional dos espaços hospitalares públicos não facilita a implementação das determinações da Reforma Psiquiátrica dificultando o atendimento desse público. Dito isso, se faz relevante a presença dos Assistentes Sociais nestes espaços e com conhecimento adequado do seu objeto de intervenção

¹¹ Lista Nacional de Notificação Compulsória - Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014.

para que usuários com transtornos mentais tenham acesso aos serviços, sendo em hospitais gerais ou serviços substitutivos, posicionando-se contra qualquer violação de direito destes e reconhecendo atuações estigmatizantes e de cunho manicomial de outros profissionais. Entretanto não pode ser esquecido que para além destes enfrentamentos, os profissionais do Serviço Social devem estar comprometidos com a luta pelo serviço público de qualidade e contra os ataques privatistas ocasionados pelos sequentes governos neoliberais em gestão. Por fim, isso só será possível através da realização de estudos teóricos-metodológicos básicos do Serviço Social, mas também da área de saúde mental.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, Paulo. (org.). **Loucos Pela Vida - A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. Acesso em: 03 out. 2021.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. Ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>; Acesso em: 11 mar. 2022.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>; Acesso em: 11 mar. 2022.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de julho de 1990**. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>; Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>; Acesso em: 15 fev. 2022.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>; Acesso em: 11 mar. 2022.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>; Acesso em: 09 dez. 2021.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Brasília, DF. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>; Acesso em: 03 dez. 2021.

_____. **Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008.** Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11754.html>; Acesso em: 03 dez. 2021.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Brasília, DF. Disponível em: <[planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>; Acesso em: 15 fev. 2022.

_____. Ministério da saúde (MS). **Nota Técnica 11/2019.** Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>; Acesso em: 04 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de janeiro de 1992.** Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria224.pdf>>; Acesso em: 04 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de fevereiro de 2000.** Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>>; Acesso em: 11 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 336, de fevereiro de 2002.** Brasília, DF, 2002. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>;

Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.028 de julho de 2005**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>;

Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**.

Brasília, Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

>; Acesso em: 26 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>;

Acesso em: 10 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>;

Acesso em: 02 fev. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. 3º ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (org.). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (org.) **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

DIAS, Marcelo Kimati; et al. **Leitos de Atenção Integral à Saúde Mental: Configuração Atual e Novos Desafios na Política de Saúde Mental**. In: Vasconcelos, Eduardo Mourão (org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ESCOREL, Sara; et al. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T. et. al. (orgs). *Saúde e democracia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (coord). **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed.. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1993.

FOUCAULT, Micheal. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2004.

JUNIOR, Osvaldo Gradella. **Hospital Psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão**. *Revista Psicologia & Sociedade*, p. 87-102, 2002.

LOPES, Raquel. Folha de S. Paulo. **Ministério da Saúde nomeia novo coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**. 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/02/defensor-do-eletrochoque-e-nomeado-para-area-da-saude-mental-do-ministerio-da-saude.shtml>>; Acesso em: 10 dez. 2021.

MARX, Karl. **O Capital** - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MONTEIRO, Jaqueline da Rosa. **Loucura é a Falta de Cuidado!** O Hospital Geral Como um Lugar Possível na Rede de Saúde Mental. 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

_____, Edineia Figueira dos Anjos. **A Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira**. Revista SER Social. Brasília, v. 23, n. 49, p. 473-495. 2021.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serviço Social & Sociedade [online]. 2010, n. 102, pp. 339-351. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200008>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SCHUTEL, Tamara Arias. **Serviço Social e saúde mental**: análise de artigos apresentados nos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social. 2012. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SOUZA, Édina Évelym Casali Meireles de. **A prática do Serviço Social nas instituições psiquiátricas de Juiz de Fora/MG**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1986.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____, Eduardo Mourão. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura**: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: Vasconcelos,

Eduardo Mourão (org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, crise e resistência em tempos sombrios**: diálogos com o marxismo e o serviço social brasileiro. São Paulo: Papel Social, 2016.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. **Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault**. Revista Aula. V. 3, p. 1-21, 2007.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, p. 143-164. 2009.