

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

Georgia Santos da Costa Ferreira

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO  
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL**

Florianópolis  
2022

Georgia Santos da Costa Ferreira

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO  
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em  
Serviço Social do Departamento de Serviço Social da  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).  
Orientadora: Profa. Dra. Marisa Camargo.

Florianópolis  
2022

Georgia Santos da Costa Ferreira

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL  
NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Assistente Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 29 de julho de 2022.

---

Profa. Dra. Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs  
Coordenadora do Curso de Graduação em Serviço  
Social

**Banca Examinadora**



Documento assinado digitalmente  
**Marisa Camargo**  
Data: 29/07/2022 18:21:41-0300  
CPF: 001.416.120-61  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

Profa. Dra. Marisa Camargo  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente  
**ELIETE CIBELE CIPRIANO VAZ**  
Data: 29/07/2022 21:00:54-0300  
CPF: 122.253.438-02  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

Profa. Dra. Eliete Cibele Cipriano  
Vaz 1ª Examinadora  
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente  
**Helder Boska de Moraes Sarmiento**  
Data: 29/07/2022 22:11:54-0300  
CPF: 697.046.789-91  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes  
Sarmiento 2º Examinador  
Universidade Federal de Santa Catarina

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

Ferreira, Georgia Santos da Costa  
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL : CONTRIBUIÇÕES  
DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO  
BRASIL /  
Georgia Santos da Costa Ferreira ; orientador, Marisa  
Camargo , 2022.  
62 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. Reforma Psiquiátrica. 5. Desinstitucionalização. I.  
Camargo  
, Marisa . II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Graduação em Serviço Social. III. Título.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus, que em todos os momentos renovou minhas forças, me amparando em meio aos choros e inseguranças. Ele esteve presente comigo todos os dias e me permitiu viver a experiência em estudar em uma universidade federal.

Ao meu pai e minha mãe, que em todo o momento me apoiaram, incentivaram e vibraram comigo em cada conquista. Eles me motivaram em todo tempo e ajudaram quando necessário. Eles são minha base, minha força, meus maiores exemplos!

Ao meu marido, que me incentivou e auxiliou em todo o momento. Que ficou noites acordado junto comigo e abriu mão de vários momentos porque eu precisava estudar. Ele ouviu minhas inseguranças, me acalmou no meio da ansiedade e me incentivou a não desistir com palavras, atitudes e amor.

Ao meu irmão, que foi o melhor presente que meus pais me deram. Por ele eu tento ser melhor todos os dias, ser exemplo em cada área da minha vida.

A minha família em geral que sempre me motivaram a não desistir.

Aos meus amigos/as que ouviram minhas dificuldades, medos e trouxeram momentos de alegrias durante esse processo.

Ao grupo de meninas, "Elas com Jesus", que oraram e intercederam pela minha vida para que Deus me concedesse energia e forças para não desistir.

A minha amiga Hellen, que sempre esteve presente, desde a época em que o medo era com o temido vestibular. Que me incentivou, ouviu e muitas vezes trouxe palavras de conforto.

A minha supervisora de campo Ingrid que é uma profissional excelente e me ensinou tanto durante o processo de estágio.

Aos professores do curso de Serviço Social que muito me ensinaram e contribuíram para minha formação acadêmica.

Obrigada a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que esse momento se tornasse real.

FERREIRA, Georgia Santos da Costa. **Serviço Social e saúde mental: contribuições do serviço social no processo de desinstitucionalização no Brasil.** 2022. 62 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

## **RESUMO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata-se de uma revisão bibliográfica que tem como problema de pesquisa: “quais as contribuições do Serviço Social no processo de desinstitucionalização no Brasil?” e como objetivo geral “explicitar as contribuições do Serviço Social no processo de desinstitucionalização no Brasil”. Como referência teórica foram utilizados materiais da Saúde Mental e do Serviço Social, destacando-se como principais autores (as): Bisneto (2007), Amarante (2016; 2015; 2014), Paes (2017), Robaina (2010) e Yasui (2010/2006). Para tanto, traz elementos históricos sobre a loucura e como ela era tratada, apontando elementos sobre as instituições psiquiátricas no Brasil e no mundo. Apresenta também pontos relevantes sobre a reforma psiquiátrica, os eventos que contribuíram para a mesma e seus avanços alcançados. E, por fim, aborda a inserção, a ação profissional e as contribuições do Serviço Social no processo de desinstitucionalização.

**Palavras-chaves:** Serviço Social. Saúde Mental. Reforma psiquiátrica. Desinstitucionalização.

FERREIRA, Georgia Santos da Costa. Social Work and mental health: contributions of social work in the process of deinstitutionalization in Brazil. 2022. 62 sheets. Completion of course work (Social Service). Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

### **SUMMARY**

This Course Conclusion Paper (TCC) is a bibliographic review whose research problem is: “what are the contributions of Social Work in the process of deinstitutionalization in Brazil?” and as a general objective “to explain the contributions of Social Work in the process of deinstitutionalization in Brazil”. As a theoretical reference, materials from Mental Health and Social Work were used, highlighting as main authors: Bisneto (2007), Amarante (2016; 2015; 2014), Paes (2017), Robaina (2010) and Yasui (2010/2006). In order to do so, it brings historical elements about madness and how it was treated, pointing out elements about psychiatric institutions in Brazil and in the world. It also presents relevant points about psychiatric reform, the events that contributed to it and its advances. And, finally, it addresses the insertion, professional action and contributions of Social Work in the deinstitutionalization process.

**Keywords:** Social Work. Mental health. Psychiatric Reform. Deinstitutionalization.

## LISTA DE SIGLAS

- ABP** - Associação Brasileira de Psiquiatria
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CNSM** - Conferência Nacional de Saúde Mental
- COI** - Centro de Orientação Infantil
- COJ** - Centros de orientação Juvenil
- CPPII** - Centro Psiquiátrico Pedro II
- CSM** - Centro de Saúde Mental
- DINSAM** - Divisão Nacional de Saúde Mental
- EC** - Emenda Constitucional
- EUA** - Estados Unidos da América
- HCTP** - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- IAP** - Institutos de Aposentadoria e Pensões
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- IRS** - Instituto Raul Soares
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NASF** - Núcleos de Apoio à Saúde Mental
- NAPS** - Núcleo de Atenção Psicossocial
- PTS** - Projeto Terapêutico Singular
- RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial
- SC** - Santa Catarina
- SRT** - Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCC** - Trabalho de Conclusão de Curso
- UBS** - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>11</b>
2.1 AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS.....	11
<b>3 PARTICULARIDADES DO PROCESSO HISTÓRICO DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRO.....</b>	<b>22</b>
3.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	22
3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	28
3.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	37
<b>4 O SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>44</b>
4.1 INSERÇÃO E AÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	44
4.2 CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>

## INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) aborda o tema saúde mental e Serviço Social. A partir da vivência no estágio curricular obrigatório no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) surgiu o interesse na temática e despertou o desejo em aprofundar os conhecimentos na saúde mental, em específico sobre o processo de desinstitucionalização. Durante o período de estágio foi perceptível o trabalho da equipe, em específico do Serviço Social, em prol da desinstitucionalização, seja em trabalho interno como grupos, atendimentos e outros ou na articulação com a rede. A atuação dos profissionais é voltada para a autonomia do usuário, para que ele seja capaz de se reconhecer como sujeito de direitos, como pessoa que pode desenvolver qualquer atividade que desejar.

Debater sobre a saúde mental se faz cada vez mais necessário, visto que o número de pessoas com transtornos mentais está cada vez mais alto. Segundo pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) atualmente 20% da população sofre com transtorno mental e os níveis de sintomas psiquiátricos como ansiedade e depressão estão em patamares elevados.

Os profissionais que atuam na saúde mental também estão adoecendo, a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, precárias condições de trabalho e até mesmo a dor e sofrimento do sujeito influenciam para o adoecimento dos profissionais, que no contexto de pandemia se sentem mais vulneráveis (ESPERIDIÃO; SAIDEL; RODRIGUES, 2020).

Portanto, é perceptível a importância em discutir a temática, tanto para romper com estigmas em relação à "loucura" quanto para maior compreensão sobre a saúde mental. Por isso a proposição do presente tema, Serviço Social e saúde mental.

O trabalho aborda pontos sobre a "loucura" e o surgimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil e em outros países. Apresenta elementos referentes ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, implementação dos serviços substitutivos e contribuições para que o sujeito com transtorno mental seja reconhecido como sujeito de direito. Além de abordar pontos sobre a inserção, a ação profissional e as contribuições do Serviço Social para a desinstitucionalização.

Desse modo, realizou-se uma revisão bibliográfica tendo como problema de pesquisa: “quais as contribuições do Serviço Social no processo de desinstitucionalização no Brasil?” e como objetivo geral “explicitar as contribuições do Serviço Social no processo de desinstitucionalização no Brasil”.

Como referência teórica foram utilizados materiais da Saúde Mental e do Serviço Social, destacando-se como principais autores (as): Bisneto (2007), Amarante (2016; 2015; 2014), Paes (2017), Robaina (2010) e Yasui (2010/2006).

O trabalho está estruturado em quatro sessões. A primeira sessão trata-se da presente introdução. A segunda seção aborda o processo histórico da saúde mental com foco nas instituições psiquiátricas. A terceira seção apresenta as particularidades do processo histórico de saúde mental brasileiro pontuando elementos sobre a história da “loucura”, a reforma psiquiátrica brasileira e a rede de atenção psicossocial. A quarta e última seção expõe sobre o Serviço Social no processo de desinstitucionalização, inserção e ação profissional do Serviço Social na saúde mental e as contribuições do Serviço Social no processo de desinstitucionalização. Por fim, apresentam-se as considerações finais.

## 2 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Nesta sessão é contextualizado o surgimento das instituições psiquiátricas, como os hospitais psiquiátricos e os manicômios. Além disso, é descrito conceitos sobre a “loucura” e “alienação”, trazendo pontos que demonstram como a pessoa com transtorno mental era vista como perigosa e improdutivo. É também apresentado experiências de reforma psiquiátrica em alguns países.

### 2.1 AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

O surgimento dos hospitais acontece na Idade Média como uma instituição de caridade e não médica. Seu propósito era oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos “pobres”, “miseráveis”, “mendigos”, “desabrigados” e “doentes”. Essas instituições religiosas foram denominadas como hospitais visto que a palavra “hospital” em latim significava hospedagem, hospitalidade (AMARANTE, 2015).

Nesse período os termos “loucura” e “loucos” tinham diversos significados “de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade” (AMARANTE, 2015, p. 23).

Em 1656 surge o primeiro Hospital Geral, criado pelo Rei da França, que se coloca como um novo modelo de hospital, não mais somente filantrópico mas que tem a função de ordem social e política mais explícita. Com a criação do Hospital Geral a internação passou a ser decidida por autoridades reais e judiciárias. O diretor do Hospital Geral usufruía de poder absoluto não apenas sobre os sujeitos que estavam internados, mas também sobre toda a população, sondando possíveis novos(a) internos(a). Sendo assim, o hospital inicia seu processo de mudança (AMARANTE, 2015).

Foucault referiu-se ao Hospital Geral como “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”, aproveitando inclusive uma expressão utilizada na época que destacava o fato de a instituição exercer a prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação de significativos segmentos sociais (AMARANTE, 2015, p. 23).

Nesse processo de mudança dos hospitais muitos médicos se inseriram nesse contexto com o propósito de “humanizá-los e adequá-los ao novo espírito

moderno, principalmente após a Revolução Francesa, e acabaram por transformá-los em instituições médicas” (AMARANTE, 2015, p. 24).

Sendo assim o médico passou a ser o personagem fundamental do hospital. O médico Philippe Pinel, em 1793, começou a dirigir o Hospital Geral de Bicêtre. “Pinel ficou conhecido como o fundador da psiquiatria, mas, de acordo com Paul Bercherie (1989), foi também um dos responsáveis pela clínica médica moderna” (AMARANTE, 2015, p.28).

Pinel definiu o princípio de isolamento para os “alienados” e introduziu o primeiro modelo terapêutico nesta área através do “tratamento moral”. Amarante (2015) ressalta que “o princípio do “isolamento do mundo exterior”, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea” (AMARANTE, 2015, p.29). Este isolamento do mundo exterior para Pinel era a institucionalização/hospitalização integral dos “alienados”. Já o “tratamento moral”, segundo Amarante (2015, p.32) “consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade”.

Amarante (2015, p.30) afirma que a “alienação mental” tinha como conceito o “distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade”. Ele relata que no sentido mais comum “alienado” significa “estar fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos” (AMARANTE, 2015, p.30).

O conceito de “alienado” caracteriza que uma pessoa poderia representar perigo para a sociedade, sendo assim o conceito de “alienação mental” passa a ser associado à ideia de “periculosidade” (AMARANTE, 2015). Ideia essa que até os dias atuais não foi totalmente superada.

Robaina (2010) menciona que com a Revolução Francesa em vigor, a nova ordem social tornava-se centrada no homem, guiada pelos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Porém o conceito de liberdade está relacionado ao homem racional, aquele que é livre para fazer suas escolhas, livre para vender sua força de trabalho. O “alienado”, considerado desprovido da razão, passa a ser excluído do próprio estatuto de cidadão, visto que, como menciona Paes (2017), a “loucura” é associada à improdutividade.

Robaina (2010) também cita que para o “louco” não se aplica o princípio de igualdade, visto que, “não se ajustando ao modo de produção, não pode ser tido

como modelo de homem”. Sendo assim, resta apenas o princípio de fraternidade, que é traduzido por cuidado na ótica da tutela.

É nesse caldo de cultura que se institui o hospital psiquiátrico. Numa só cajadada, a sociedade se “livra” da convivência com os loucos e reafirma os preceitos da revolução, necessários à sustentação da sociedade capitalista. O isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura (ROBAINA, 2010, p. 341).

De acordo com Amarante (2015; 2016) os hospitais deixaram de ser filantrópicos com caráter de assistência social e se tornaram “instituições de tratamento médico de “alienados”, “dessacorrentados”. Porém, esses sujeitos permaneceram em condição de isolamento, “não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico” (AMARANTE, 2015, p. 35).

Sendo assim, o hospital passou a ser o laboratório para conhecimento do “alienismo”, conseqüentemente os “alienados/loucos” se tornaram objetos de estudos, de saberes sobre a doença mental. Seus comportamentos seriam observados, analisados, comparados, classificados e descritos (AMARANTE, 2015).

Pinel sofreu muitas críticas, positivas e negativas, em relação a construção de um espaço específico para o estudo da loucura. As críticas principais giravam em torno do “caráter fechado e autoritário da instituição” (AMARANTE, 2016, p.27).

Bisneto (2007) menciona que as instituições não são apenas instrumentos organizacionais e operacionais da sociedade. Para ele as instituições “são também aparelhos econômicos, políticos ou ideológicos, que podem conduzir à exploração, à dominação e à mistificação” (BISNETO, 2007, p.65).

Posto isto, se estabeleceu as colônias de alienados, que segundo Amarante (2016) foi o primeiro modelo de reforma à tradição pineliana.

Tal modelo tem por objetivo reformular o caráter fechado do asilo pineliano, ao trabalhar em regime de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (AMARANTE, 2016, p.27).

As colônias de alienados, segundo Amarante (2015, p.39), “foram construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico”. No entanto, não demorou muito para que se percebesse que as

colônias eram semelhantes aos asilos tradicionais. “De uma aldeia de pessoas livres com sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho” (AMARANTE, 2015, p.40).

Amarante (2016, p.27) menciona que no período pós-guerra o projeto de reforma psiquiátrica entra em cena, “atualizando críticas e reformas da instituição asilar”. O autor ainda ressalta que Pinel já havia destacado que existia contradições entre a prática psiquiátrica e o projeto terapêutico-assistencial.

As reformas posteriores à reforma de Pinel procuravam questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial (AMARANTE, 2016, p.27).

A sociedade após a Segunda Guerra começou a observar os hospícios e percebeu a “absoluta ausência de dignidade humana” (AMARANTE, 2015, p.40), que as condições em que viviam os pacientes psiquiátricos eram semelhantes aos campos de concentração. Sendo assim, surgiram as primeiras experiências de “reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 2015).

Surgiram várias experiências de reforma psiquiátrica em diversos países, algumas delas influenciam até hoje. Elas estão divididas em grupos, no primeiro temos Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, no segundo Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva e no terceiro grupo Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 2015).

O primeiro grupo de experiência acontece logo no período pós-guerra. Nesse período os homens jovens precisavam com urgência de reabilitação devido aos “danos psicológicos, sociais e físicos sofridos” (AMARANTE, 2015, p.41). Esses jovens deveriam passar de soldados a trabalhadores. “Ao mesmo tempo, frente ao projeto de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam-se imprescindível a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra” (AMARANTE, 2016, p.28).

A referência essencial para o surgimento das Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional francesa aconteceu na década de 20 com Hermann Simon. Ele observou efeitos positivos aos pacientes, que antes eram considerados crônicos, quando utilizou a mão de obra dos mesmos para a construção de um hospital (AMARANTE, 2016).

Ainda atualmente é possível observar que várias comunidades terapêuticas possuem a prática de utilizar a mão de obra dos internos para manutenção da mesma. Os sujeitos internados realizam diversas tarefas do local, como limpeza e alimentação. As comunidades terapêuticas utilizam de tratamento que se distancia de qualquer lógica ressocializadora e de tratamento compartilhado. Vale ressaltar que atualmente o governo federal destinou 89 milhões de reais de recurso público para as comunidades terapêuticas, sem nenhuma licitação, gerando um desmonte na oferta de cuidado aos sujeitos com transtornos mentais (ABRASCO, 2021).

Em 1959, a experiência ficou mais conhecida com Maxweel Jones. Ele se tornou o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica. Seu objetivo era envolver os internos em seu próprio tratamento, sendo assim organizou “grupos de discussão” e “grupos operativos” (AMARANTE, 2015; AMARANTE, 2016).

Para Jones, a “função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes” (AMARANTE, 2007, p.42). Assim organizou reuniões e assembleias diárias para debater pontos referentes à instituição, com a principal finalidade de “evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência” (AMARANTE, 2015, p.43).

Por Comunidade Terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e “democratização” das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica (AMARANTE, 2015, p.43).

Amarante (2016) ressalta que a cultura terapêutica destaca a reabilitação ativa, sendo contra a “custódia” e a “segregação”. Mas infelizmente, a loucura ainda era caracterizada como “ausência de obra”, que apenas nas “práticas do bem dizer e do bem fazer” que os “loucos” eram considerados como sujeitos da razão e verdade (AMARANTE, 2016).

No mesmo período pós-guerra com François Tosquelles no Hospital Saint-Alban, localizado no sul da França, surge a experiência que ficou conhecida como Psicoterapia Institucional, embora François preferisse a denominação Coletivo Terapêutico (AMARANTE, 2015).

Tosquelles entendia que os hospitais estavam profundamente danificados devido à situação social e econômica vivida pela França, que o caráter terapêutico da instituição psiquiátrica havia se perdido (AMARANTE, 2015). Porém ele acreditava “que com um hospital reformado, eficiente, dedicado à terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada e o doente devolvido à sociedade” (AMARANTE, 2016, p.32).

Assim, se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, tal não deve ser outra a sua destinação. Entende-se desta forma que em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão (AMARANTE, 2016, p.32).

Uma das propostas significativas de Tosquelles foi a escuta polifônica, que significa uma “ampliação dos referenciais teóricos”, e a outra referente ao entendimento do acolhimento “ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital” (AMARANTE, 2015, p.44).

Uma das principais inovações do Hospital Saint-Alban foi o clube terapêutico, “uma organização autônoma gerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos dos internos etc.” (AMARANTE, 2015, p.44).

Da mesma forma que na Comunidade Terapêutica, esta experiência de coletivo terapêutico tinha como princípio a premissa de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade e, enfim, deveriam questionar e lutar contra a violência institucional e a verticalidade na relações intrainstitucionais (AMARANTE, 2015, p. 44).

O segundo grupo de experiências é composto pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva. Segundo Amarante (2016) a Psiquiatria de Setor surge como resposta às experiências anteriores, devido às limitações delas se torna necessário um trabalho externo ao manicômio. As ideias para esse movimento surgem através de Lucien Bonnafé.

Para evitar a reinternação e internações novas se percebeu a necessidade de “medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar” (AMARANTE, 2015, p.45). Sendo assim foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM), “foram

estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões” (AMARANTE, 2015, p.45).

Podemos dizer que a ideia dos CSM é semelhante com o que atualmente chamamos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), eles são separados em regiões para atendimento de usuários com equipe multiprofissional para que não haja a necessidade de internação.

Além dos CSM, Bonnafé tem a ideia de “subdividir o espaço interno do hospital destinado para cada setor uma enfermaria correspondente”, sendo assim “todos os pacientes provenientes de uma determinada região, isto é, de um determinado setor, seriam internados em uma mesma enfermaria do hospital” (AMARANTE, 2015, p.46).

Desta forma, dividido em setor, o atendimento aos internos melhoraria. Como cita Amarante (2015) eles teriam mais contato uns com os outros, podendo assim partilhar informações sobre lugares, eventos e outros.

Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital (AMARANTE, 2016, p. 35).

Com essa divisão por regiões o tratamento passa a não ser exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (AMARANTE, 2015). Mas essa experiência não alcança os resultados esperados. De acordo com Amarante (2016) surgem algumas resistências, uma delas é pelo setor de conservadores que apontam que assim pode acontecer uma invasão dos “loucos” nas ruas. Novamente voltamos ao conceito de que a pessoa com transtorno mental é vista como perigosa.

A Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária, foi criada nos Estados Unidos, fundada nas bases teóricas de Gerald Coplan. Segundo Amarante (2016, p.36) ela surge com a proposta de ser a terceira revolução psiquiátrica “pelo fato de ter “descoberto” a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não apenas a prevenção delas [...], mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental”.

Em 1955 é realizado nos Estados Unidos (EUA) um censo “que pesquisou as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país”, os resultados

mostraram “às precárias condições de assistência, à violência e aos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes” (AMARANTE, 2015, p.47). Em vista disto, o presidente Kennedy realizou um discurso e assinou um decreto em 1963 em prol às mudanças na área da saúde mental.

“O decreto redirecionou a política de assistência psiquiátrica dos EUA que passou a ter como objetivo reduzir as doenças mentais nas comunidades e, bem mais que isso, promover o estado de saúde mental das mesmas” (AMARANTE, 2015, p.48). Os EUA enfrentavam demandas sociais relacionadas a Guerra do Vietnã, o aumento do uso de drogas por jovens, o movimento *beatnik* e outros. A Psiquiatria Preventiva surge como uma ação milagrosa para resolver estes problemas sociais e políticos (AMARANTE, 2015).

Para Coplan, como menciona Amarante (2015, p.48), quando detectadas precocemente todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas. Sendo assim, a estratégia utilizada foi a “busca de suspeito”, que tinha a intenção de “detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental”.

[...] é preciso sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos, para conhecer os hábitos, identificar os vícios, e mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por suas ancestralidades, por suas constitucionalidades, venham a ser “suspeitos”, conforme expressão utilizada pelo próprio Caplan (AMARANTE, 2016, p.37).

Posto isto, surgiu o conceito de “crise” para a intervenção preventiva, assim “as equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais” (AMARANTE, 2015, p.50).

A intenção era reduzir o ingresso ou a permanência em hospitais psiquiátricos através das ações preventivas, assim o número de doenças mentais iria diminuir e os serviços extra-hospitalares adquiriram maior competência e efetividade (AMARANTE, 2015).

Foi ainda no âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de “desinstitucionalização”, que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos EUA. Por desinstitucionalização, entendia-se um conjunto de medidas de “desospitalização”, isto é, de redução do ingresso de paciente em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de alta hospitalares (AMARANTE, 2015, p.50).

Para que ocorresse a “desospitalização” era necessário ampliar os serviços extra-hospitalares, com centros de saúde mental, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, hospital dia/noite, lares abrigados, oficinas protegidas e outros (AMARANTE, 2016). Mas, esse movimento gerou um aumento na demanda psiquiátrica dos EUA, não somente para os serviços extra-hospitalares como para os hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2015).

Contudo, Amarante (2015, p.51) menciona que para alguns autores “a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”. Para outros foi uma revolução psiquiátrica.

No terceiro grupo temos a Antipsiquiatria, que surgiu na Inglaterra no final dos anos 1950, com maior repercussão nos anos 1960, com um grupo de psiquiatras que entre eles destacam-se Ronald Laing e David Cooper (AMARANTE, 2015). Logo ambos notaram que as experiências de Comunidades Terapêuticas, e outras, continuavam oprimindo e violentando os “loucos”, não somente nas instituições, mas eles continuavam sendo oprimidos em todos os meios em que conviviam (AMARANTE, 2015).

A antipsiquiatria vem para se opor à teoria psiquiátrica, propondo que a loucura não estava dentro das pessoas e sim no meio em que a mesma está inserida, “a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo na condição de corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade” (AMARANTE, 2015, p.52).

A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a representação da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (AMARANTE, 2016, p.44).

Para Cooper, segundo Amarante (2015), a loucura não é natural, ela surge devido ao ambiente social, devido às experiências de vida. Sendo assim, não era possível um “tratamento da “doença mental”, no sentido clássico que damos à ideia de terapêutica”. Cooper ainda afirma que a procura voluntária das pessoas “loucas”

por tratamento psiquiátrico era algo imposto pela sociedade, já que o sujeito se sentia isolado (AMARANTE, 2016, p.44).

Bisneto (2007) menciona que a sociedade capitalista cria ideologias para justificar seus interesses econômicos e que as elites tendem a ignorar a complexidade da sociedade. Desta forma, a loucura demonstra as contradições “dos valores sociais vigentes”, por isso é preciso neutralizá-la. “Aquilo que é divergente precisa ser considerado pelos interesses instituídos como desvio doentio e anti-social, irracional, algo a ser curado ou então excluído” (BISNETO, 2007, p.176).

De acordo com Amarante (2016, p.44), Laing e Cooper afirmavam que “o método terapêutico da Antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do 'discurso' através da 'metanóia', da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada”. Já o “terapeuta” apenas iria “auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria” (AMARANTE, 2015, p.54).

A última experiência é a Psiquiatria Democrática, seu início foi no manicômio de Gorizia, localizado na Itália, nos anos 1960 com o psiquiatra Franco Basaglia. Basaglia ao entrar em Gorizia pela primeira vez teve a impressão de estar em uma prisão, em um campo de concentração (AMARANTE, 2015).

Basaglia, conforme menciona Amarante (2015, p.55) queria fazer de Gorizia “um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos”, mas com o tempo percebeu que não era possível transformar o hospital apenas com “medidas administrativas ou de humanização”, era necessário ser de outra forma, então iniciou o “período de negação da psiquiatria enquanto ideologia”.

Robaina (2010, p. 343) menciona que essa experiência oferece de inovador “uma ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico, questionando as bases científicas, culturais e políticas que o alicerçam”.

Amarante (2015, p.46) ressalta que ao buscar formas de tratar a loucura a medicina a coloca ao mesmo tempo como visível e invisível, “o louco torna-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes”.

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso (AMARANTE, 2015, p.46).

Nos anos 1970 Basaglia iniciou um “processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental” (AMARANTE, 2016, p.49). Esse movimento de desmontagem, de desinstitucionalização começa a se diferenciar do movimento de desospitalização dos EUA que tinha por interesse a extinção dos hospitais/manicômios. Neste caso, o processo de Basaglia, tem o objetivo de entender a doença, para que não haja possibilidade de retorno aos hospitais além de, como mencionado anteriormente, criar “novos espaços e formas de lidar com a loucura e doença mental” (AMARANTE, 2016, p.49).

Sendo assim, segundo Amarante (2015), foram criados outros serviços e dispositivos para substituir o modelo manicomial. O primeiro serviço substitutivo foi o Centro de Saúde Mental (CSM), um pouco diferente daquele da saúde mental comunitária americana. O CSM passava “a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da Saúde Mental de cada território” (AMARANTE, 2015, p.57).

A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas (AMARANTE, 2015, p.56).

Conseqüentemente surgiram outras estratégias/serviços para tratamento da loucura, que antes eram vistas como erro, como perigosas. Assim iniciou a “criação de cooperativas de trabalho” e a “construção de residências para que os ex-internos do hospital passassem a habitar a própria cidade” (AMARANTE, 2015, p.58). Após a morte de Basaglia em 1980, Franco Rotelli o substituiu e apresenta uma outra ideia que “compreende que a transformação deva transcender a simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais” (AMARANTE, 2015, p.59).

Portanto, as experiências de reforma psiquiátrica foram reduzidas a apenas “propostas de reformulação de serviços” (AMARANTE, 2015), para se ter uma verdadeira mudança é necessário que esse não seja o objetivo em si. No entanto, as críticas ao modelo manicomial “serviram de estímulo para o início da Reforma Psiquiátrica brasileira” (CARDOSO, 2017, p.20).

### **3 PARTICULARIDADES DO PROCESSO HISTÓRICO DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRO**

Nesta sessão é abordado, em âmbito nacional, as transformações em relação a como a pessoa com transtorno mental é tratada, passando de perigosa, “louca” para ser compreendida como sujeito de direitos. Além de trazer elementos referente à saúde mental, ao Movimento de Reforma Psiquiátrica e as contribuições para implementação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, apresentando alguns dos serviços substitutivos, leis e portarias que regem a saúde mental brasileira.

#### **3.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA**

No Brasil, durante o período colonial, a “loucura” não era considerada uma doença, conseqüentemente não havia assistência psiquiátrica. Por ser um período de colonização foram enviados ao país os “pobres”, os “loucos”, os “desagregados” dentre outros “marginalizados” da Europa. Por não haver assistência médica os “loucos” vagavam pelas vilas, para eles existia apenas três alternativas: eram colocados em prisões, já que estavam perturbando a ordem pública; ou assistidos em casa por seus familiares; ou então quando a família possuía uma situação financeira eminente, eram enviados para Europa para tratamento (GONÇALVES, 1983 apud GOMES, 2009).

Aos “loucos pobres”, se fossem “mansos” e “passivos”, era permitido andar pelas ruas das vilas, aldeias e campos, sobrevivendo da caridade alheia. No entanto, se apresentassem algum comportamento agressivo, eram recolhidos nas prisões e, conseqüentemente, sofreriam maus tratos (CARDOSO, 2017, p.15)

Os “loucos” eram todos aqueles que de alguma forma representavam perigo para a ordem pública, eram encontrados preferencialmente entre os miseráveis, os marginais, os pobres e excluídos, desempregados, negros, índios e outros (AMARANTE, 2014). É visível que aquilo que corresponde a algo diferente que não condiz com a “normalidade” que foi estabelecida era associado a “loucura”, a algo perigoso.

Com a chegada da Família Real a “loucura” passa a ser objeto de intervenção por parte do Estado.

As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira (AMARANTE, 2014, p. 84).

Posto isto, em 1830, os “loucos” passam a ser considerados doentes mentais após uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizar um diagnóstico sobre a situação deles na cidade. Portanto, os sujeitos com transtornos mentais passam a ser merecedores de tratamento e reclusão, em um espaço próprio (AMARANTE, 2014).

Diante disso, em 1852 criou-se o primeiro hospício do Brasil, denominado Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, com o propósito de abrigar aqueles que ameaçavam a ordem pública. Como menciona Bisneto (2007, p.176) “aquilo que é divergente precisa ser considerado pelos interesses instituídos como desvio doentio e anti-social, irracional, algo a ser curado ou então excluído”.

Muitos médicos criticaram o hospício desde sua criação até a Proclamação da República, devido a ausência de um projeto assistencial científico. Além disso:

Reivindicavam o poder institucional que se encontra nas mãos da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da Igreja, com a ativa participação da Irmandade de São Vicente, pertencentes aos setores mais conservadores do clero (AMARANTE, 2014, p.85).

Por não se fundamentar nos princípios da alienação mental e com a chegada dos republicanos, o Hospício foi desvinculado da Santa Casa em 1890 e “passou a ser gerenciado pelos psiquiatras sob a égide dos pressupostos alienistas” (SAMPAIO; JUNIOR, 2021, p.6). O Hospício Pedro II passa a “denominar-se Hospício Nacional de Alienados, ficando subordinado à administração pública” (GOMES, 2009, p.17).

Logo em seguida é criada a Assistência Médico-legal aos Alienados. No campo da assistência são criadas duas colônias de “alienados”, denominadas de Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, as primeiras da América latina,

ambas destinadas a homens “indigentes”. Logo após, foram criadas as Colônias de Juqueri em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio de Janeiro (AMARANTE, 2014).

Este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação de modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. [...] A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar (AMARANTE, 2014, p.86).

Em 1903, Juliano Moreira é intitulado a dirigir a Assistência Médico-Legal aos alienados, que antes era comandado por João Carlos Teixeira Brandão. Com Moreira no comando permanece a criação de novos asilos, a reorganização dos já existentes e a busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional (AMARANTE, 2014).

No mesmo ano, em 22 de dezembro, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência ao Alienado, sob o nº 1132, que como menciona Cardoso (2017) tinha por objetivo fiscalizar as instituições psiquiátricas no Brasil e garantir aos “alienados” assistência e proteção.

Nesse contexto havia nos grandes centros um processo de higienização, em virtude da situação insalubre das cidades, que estavam sendo aterrorizadas pela febre amarela e outras doenças (CARDOSO, 2017).

Em 1911 no Rio de Janeiro é criada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, para mulheres “indigentes”; em 1919 é criado o Curso de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de medicina de São Paulo, e em 1920 são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e as obras do Manicômio Judiciário (GOMES, 2009).

Gustavo Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923, assim aperfeiçoando o movimento de higiene mental. A intervenção da Liga é pautada com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas. Amarante (2014) menciona que com isso a psiquiatria demonstra estar em defesa do Estado em prol do controle social. Além disso, Torre e Amarante (2011) citam que:

O Poder Psiquiátrico, por sua vez, funcionou como controle dos comportamentos da sociedade fixando uma norma de comportamento “normal” e a noção de anormalidade para enquadrar os desviantes do modelo e adequá-los ao padrão ou excluí-los nas instituições de controle e correção (TORRE; AMARANTE, 2011, p.46).

Entre as décadas de 1920 e 1930 a psiquiatria social brasileira considerava a internação a solução para todos os males. Nesse contexto surgiu o Instituto Raul Soares (IRS) em 1922 na cidade de Belo Horizonte. Em 1927, o IRS estava sob a direção de Alexandre C. Drummond e tornou-se um “depósito de feras enjauladas” (PIRES, 1959, p. 39 apud DURÃES; GOULART, 2010, p.114).

Diante disso, o então Governador Antônio Carlos Ribeiro de Andrade, chamou o psiquiatra Lopes Rodrigues para assumir a instituição e em 1929 Lopes assume o IRS. Suas intenções foram a primeira tentativa de humanização do hospital e ficaram conhecidas na época como “o ato de loucura de Lopes Rodrigues” (DURÃES; GOULART, 2010, p.114).

Para esse fim foi necessário que Lopes enfrentasse a cultura e os métodos violentos utilizados na instituição, desse modo ele aboliu o “tratamento fechado”, as grades e o “instrumental mecânico de repressão”. Planejou seu modelo assistencial pautado na laborterapia, porém a reforma durou apenas um ano. Com a eclosão da Revolução de 30 Lopes deixa o cargo de diretor. O IRS ficou conhecido, no fim dos anos 70, como exemplo de degradação humana (DURÃES; GOULART, 2010).

Nos anos 1930, Juliano Moreira é afastado da direção de Assistência Médico-Legal aos Alienados pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas, após 27 anos na direção. A psiquiatria parecia ter encontrado a cura para as doenças mentais. Dentre as descobertas estavam o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias. O asilamento/internação se tornam mais frequentes (AMARANTE, 2014).

Em 1934 é publicada o decreto nº 24.559 de 3 de junho, que visava “garantir a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos “psicopatas” e a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (CARDOSO, 2017, p.18).

Na década de 1940, o Hospício Nacional de Alienados é transferido para o Engenho de Dentro, que passa a ter novas instalações, ampliação de vagas e modernos centros cirúrgicos para as lobotomias (AMARANTE, 2014).

Em 1944 a assistência psiquiátrica é federalizada de acordo com o decreto nº 7.005 de 18 de novembro, e em 1953 é agregada ao recém-criado Ministério da Saúde (CARDOSO, 2017).

Na década de 1950 o processo de psiquiatrização é fortalecido com o aparecimento dos primeiros neurolépticos (medicamento utilizado para tratamento de psicoses e estados de agitação). Amarante (2014) ainda menciona:

Embora tenham sua importante parcela de contribuição, cumpre lembrar que as mais importantes inovações no campo das reformas psiquiátricas, a exemplo das comunidades terapêuticas [...] foram realizadas antes mesmo do advento dos psicotrópicos. Por outro lado, cumpre observar que o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismos de repressão e violência, ou, ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis” (AMARANTE, 2014, p. 89).

O autor segue falando que nos anos seguintes a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, quase que unicamente por estruturas manicomiais. Ainda aponta que as novas técnicas da época não contribuem em nada para a desinstitucionalização (AMARANTE, 2014).

Na década de 1960 é publicado o decreto nº 49.974 de 21 de janeiro de 1961, que regulamenta as normas gerais em defesa e proteção da saúde. O decreto citado propôs que as internações ocorram após elucidação diagnóstica de doença mental, além de que o cuidado pudesse ser realizado em instituições extra-hospitalares e comunitárias. Infelizmente a normativa não refletiu mudanças nas políticas de saúde mental (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Art. 77. Somente poderá ser efetivada a internação em estabelecimento nosocomial destinado ao tratamento de doenças mentais, e como tal registrado, o doente que após a indispensável observação e elucidação do diagnóstico, for reconhecido como doente mental.

§ 1º. Para atender ao objetivo deste artigo, o Ministério da Saúde estimulará a criação de "centros de elucidação de diagnóstico" como organizações para-hospitalares, de "hospitais de dia", e de serviços de "assistência aberta", públicos ou privados, aos quais poderá dar cooperação técnica e material (BRASIL, 1961).

Em 1964 iniciou-se a ditadura militar no Brasil (1964-1985) e com isso um aumento nos números de instituições credenciadas para internação dos “doentes

mentais”. Com o autoritarismo e repressão por conta do período, a população não possuía participação para demonstrar interesse em diminuir ou acabar com as internações psiquiátricas (CARDOSO, 2017).

Nesse período as pessoas que eram enviadas aos hospitais psiquiátricos não eram apenas os “loucos”, mas também opositores políticos, pessoas em situação de rua, prostitutas, homossexuais e outros grupos marginalizados da sociedade (BARBOSA, 2020).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) são unificados, deste modo criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em vista disso, ocorre que o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, conciliando no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. Psiquiatras e o Estado perceberam que os “doentes mentais” eram fonte de lucro, sendo assim a doença mental transforma-se em mercadoria (AMARANTE, 2014).

Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar (AMARANTE, 2014, p.90).

Quase o total dos recursos financeiros da psiquiatria era destinada às internações em clínicas privadas, além do alto índice de internações desnecessárias (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Destaque-se que a transformação da saúde em produto de consumo, em mercadoria, não foi exclusividade da psiquiatria, mas parte de um projeto mais amplo de implantação de um modelo médico-previdenciário, que, por um lado, estendeu a assistência médica a amplos setores da classe trabalhadora, em substituição às caixas de aposentadoria e à assistência médica dos sindicatos, extintas pelo governo militar. Por outro, incentivou a prática privada na saúde financiada pelo erário (YASUI, 2010, p.33).

Os hospitais públicos, por volta de 1970, encontravam-se em situação de abandono, superlotação e serviço de má qualidade. Contudo também registrou-se a adoção de noções provenientes da saúde pública e a introdução de outras áreas do conhecimento, como psicologia, serviço social, sociologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, artes, entre outras (CARDOSO, 2017).

### 3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Nos anos 1970, como mencionado anteriormente, Franco Basaglia inicia na Itália o processo de desmontagem da ideia sobre a loucura, buscando entender o sujeito “louco” além da doença, além das “definições de síndromes”. Para Basaglia esse sujeito foi arrancado da sua realidade, do seu contexto social e é “etiquetado” a adquirir uma doença (BASAGLIA, 2005, p. 35 apud YASUI, 2010, p.107).

Sendo assim o foco não é mais a doença, que contava como figura principal o médico, mas é uma busca para entender o sujeito em sua totalidade, defendendo e lutando por seus direitos. Em função disso surge o termo desinstitucionalização, com o objetivo “de desconstruir a ideia de tratar o louco com o isolamento, e de devolver-lhe o direito ao convívio social e a possibilidade de desenvolver suas subjetividades e cidadania” (MELO, 2012, p.84).

Nesse período o Brasil estava passando pelo processo de redemocratização. Após anos de repressão militar, houve um aumento da insatisfação popular em relação à falta de liberdade, com isso ocorreu um “afrouxamento” da censura e assim revelou-se diversas insatisfações da população e aumentou a participação política dos cidadãos (AMARANTE, 2016).

As denúncias sobre a violência nas instituições psiquiátricas eram diversas, cometidas contra trabalhadores, presos políticos e, portanto, contra todos os cidadãos (GONÇALVES, 2018). Com isso são visíveis os avanços dos movimentos sociais de oposição ao regime.

Portanto, diante dessa crise do modelo assistencial, e em prol da superação da violência asilar, “somando os esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos que o processo da Reforma Psiquiátrica iniciou” (GOMES, 2009, p.21). O autor Yasui (2010) menciona que:

[...] a Reforma Psiquiátrica foi sendo construída por estes atores que vivenciavam o cotidiano de violência das instituições, sentiam a angústia das contradições que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político-cultural, apostavam e acreditavam na possibilidade de transformação (YASUI, 2010, p.38).

Amarante (2016) define reforma psiquiátrica como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento

e elaboração de propostas e transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 2016, p.87).

Em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) por trabalhadores que enfrentam más condições de trabalho. O MTSM está diretamente articulado com o movimento sanitário no Brasil, além desse movimento surgem “associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (GOMES, 2009, p.21) que juntos formam os primeiros avanços da reforma psiquiátrica.

É principalmente a partir dessas organizações que são sistematizadas as primeiras denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. É neste momento, efetivamente, que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas (AMARANTE, 2016, p.90).

O estopim do MTSM ficou conhecido como “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental) – órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental –, essa crise surge a partir da denúncia de três médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) que registram no livro de ocorrências as irregularidades da instituição, levando a público a grave situação do hospital. Desse modo, os profissionais das quatro instituições da Dinsam decretam greve ocasionando a demissão de estagiários e profissionais (AMARANTE, 2016). Conforme Amarante (2016), o MTSM tem como objetivo:

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2016, p.52).

O MTSM foi o primeiro movimento em saúde com participação da população, não era identificado como movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental (AMARANTE, 2016).

Entre os anos 1978 e 1987 diversos eventos foram realizados com intuito de fortalecimento do MTSM e também da luta pela transformação do sistema de saúde (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012).

Em 1978, na cidade de Camboriú (SC), é realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que ficou conhecido como “Congresso da Abertura”, isto pois foi a primeira vez que os movimentos em saúde mental participaram de um congresso considerado um encontro de setores conservadores. Neste contexto surge a oportunidade de organizar os movimentos nacionalmente (AMARANTE, 2016).

O MTSM ganhou visibilidade nesse evento, ele buscava a humanização da assistência à saúde. Com a visão de mudar o contexto de atendimento em saúde mental e ter um olhar para o sujeito como um todo, pensando em seu bem-estar, o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha corpo (SANTOS; SILVA; PEREIRA; BRITO, 2018).

No ano seguinte, em janeiro, ocorre o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, que coloca em foco uma nova identidade profissional que começa a se organizar fora do Estado, como menciona Cardoso (2017, p.22) isto é, “discussões vinculadas aos demais setores sociais, tendo como consequência, reflexões baseadas nas questões da prática enquanto trabalhadores da área de saúde mental”. Além disso, há uma busca pela democracia plena e uma organização justa da sociedade. O Congresso ainda realiza uma crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais (AMARANTE, 2016).

No segundo semestre de 1979 é realizado o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte. Em primeiro momento é discutido a realidade assistencial e os planos de reformulação propostos pelo governo. Além disso, é proposto a realização de trabalhos “alternativos” na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2016). Durante este congresso o hospital de Barbacena recebeu a visita de Franco Basaglia, que estava presente no evento, após ver a situação e descaso da instituição com as pessoas internadas efetuou denúncias sobre o cuidado em saúde mental, que gerou repercussão e visibilidade sobre o tema (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Em 1980, ocorreu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Houve durante o evento o afastamento do MTSM e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que no congresso de abertura tinham se aproximado. Isso devido a “decorrente da postura considerada politizada, radical e crítica que o MTSM vinha assumindo em sua trajetória” (AMARANTE, 2016, p.56). Os debates dos eventos marcaram o crescente caráter político e social da trajetória do MTSM.

Em Brasília no ano de 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde, a primeira com caráter de consulta e com ampla participação da população e representantes de vários setores da comunidade. A partir dessa conferência surge uma nova visão sobre a saúde, sendo ela de direito do cidadão e dever do Estado, permitiu ainda a “definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização” (AMARANTE, 2016, p.79). Além de levantar novos pontos importantes para o que chamamos atualmente de Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano seguinte, em 1987, no Rio de Janeiro, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), considerada um marco para a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil e apresentou caráter participativo. Durante o evento algumas recomendações foram sugeridas, como para que os trabalhadores em saúde mental realizassem seu trabalho em conjunto com a sociedade civil, com o intuito de não só “redirecionar sua prática institucional, para buscar a democratização desses espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular” (MELO, 2012, p.86).

Além disso, surgiu a proposta de transformação em relação ao modelo hospitalocêntrico para um modelo extra-hospitalar com o propósito de diminuir leitos psiquiátricos e assim substituí-los por leitos em hospitais gerais públicos. É nesse processo que se inicia a trajetória da desinstitucionalização (CARDOSO, 2017). Após o I CNSM o debate sobre saúde mental começou a atingir espaços sociais, acadêmicos e políticos.

No mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru, com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”. O congresso contou com a participação de usuários, familiares, membros da sociedade e cerca de 350 profissionais de saúde mental. Foi um momento de renovação teórica e política, buscava-se entender a necessidade e singularidade do sujeito, para desenvolver novas tecnologias de cuidado e sua ampliação (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021).

O Manifesto de Bauru é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, buscando a articulação nacional e pautando-se, enquanto movimento social e sindical, na defesa de uma reforma sanitária

democrática e popular (GRADELHA JUNIOR, 2012 apud BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012, p. 47).

Amarante (2016) menciona que o MTSM percebeu que apenas a transformação institucional não seria suficiente para a mudança do tratamento à loucura, mas que era uma questão que deveria ser levada à sociedade. Sendo assim a função dos técnicos também seria redefinida e redimensionada. Amarante (2016) ainda ressalta que “o movimento saía do campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo assistencial, ultrapassando-o estratégica e conceitualmente” (AMARANTE, 2016, p.81).

Com a incorporação de novos atores não trabalhadores da saúde mental o MTSM começa a perder sua marca.

Com o processo de reforma psiquiátrica saindo do âmbito exclusivo dos técnicos e das técnicas, e chegando até a sociedade civil, surgiram novas estratégias de ação cultural, com a organização de festas e eventos sociais e políticos nas comunidades, na construção de possibilidades até então impossíveis (AMARANTE, 2016, p.82).

Sendo assim, ainda em 1987, é formado o Movimento da Luta Antimanicomial, com objetivo de romper com modelo assistencial vigente e encontrar novas possibilidades para tratamento. E o reconhecimento do sujeito para além da doença mental, como cidadão que possui desejos e vontades.

É nesse contexto que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) – criado em 1982 denominado CAPs Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo – começa a influenciar na criação e transformação de muitos serviços no Brasil. Para Amarante (1995) os objetivos dos CAPs eram:

Criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; [...] se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário (AMARANTE, 2016, p.82).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, sendo assim estabelecido o tripé da Seguridade Social – saúde, previdência social e assistência

social. A Constituição de 1988 fortalece o que foi definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em relação a criação do SUS, colocando-a como direito de todos e dever do Estado.

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

No ano seguinte a Secretaria Municipal de Saúde de Santos realizou intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta. No local ocorriam diversas violações dos direitos humanos. Além da intervenção a Prefeitura decretou seu fechamento.

Com isso ocorreu a possibilidade de um sistema psiquiátrico substitutivo ao modelo manicomial, “composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho, lazer, cultura, etc.” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

Além disso foram criados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, foram abertas também residências para egressos do hospital, cooperativa, associações dentre outros.

Nesse contexto de eficácia da rede substitutiva, em 1989, é apresentado pelo Deputado Paulo Delgado de Minas Gerais o Projeto de Lei 3.657 que propunha a extinção dos hospitais psiquiátricos e manicômios e a substituição por novos serviços psiquiátricos como: Hospital-dia, Centros de Núcleos de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas e regulamentação à internação compulsória (FERREIRA; ARAÚJO, 2015). Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos surgiram diversos debates sobre a conduta ética diante do sofrimento mental e em relação ao lugar destinado a essa condição na sociedade (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Muitos setores conservadores se colocaram contra essa decisão, ameaçando as pessoas com a informação de que os “loucos” iriam ficar abandonados nas ruas, com isso a segurança estaria ameaçada. Amarante (1995) destaca que desinstitucionalização não é apenas um processo de desospitalização mas sim de desconstrução.

Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrada no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades (AMARANTE, 1995, p. 493-494).

No ano seguinte, 1990, é realizada a Conferência Regional para Reestauração da Assistência Psiquiátrica na América Latina em Caracas. Nesse evento foi promulgado o documento final denominado “Declaração de Caracas”, onde os países da América Latina se comprometeram em promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, proteger os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários, além de possibilitar a sua permanência em meio comunitário (HIRDES, 2009, p.298).

No mesmo ano, por meio da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado (CARDOSO, 2017), assim a área da saúde mental é regulamentada e a doença mental deixa de ser apenas uma questão privada (FERREIRA; ARAÚJO, 2015). Nos anos 1991 e 1992 com a publicação das portarias nº 189/91 e nº224/92 os NAPSs e os CAPSs foram estabelecidos nacionalmente e tiveram seu funcionamento regulamentado.

Ainda em 1992 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”, o evento contou com importante participação de usuários e familiares. A principal exigência do evento era o direito à cidadania e que a lei fosse cumprida (GOMES, 2009).

Em 1993 ocorreu em Salvador o primeiro evento que marcou o fortalecimento da luta antimanicomial. As discussões incluíram o reconhecimento dos direitos dos sujeitos com transtorno mental, mudanças nos conceitos existentes na sociedade em relação à doença mental e o foco maior foi em relação a extinção dos manicômios (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012).

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

Com base no projeto de Lei nº 3657/1989 do deputado Paulo Delgado e nas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental são aprovadas leis, decretos e portarias visando melhorias no tratamento das pessoas com transtornos mentais. Isto porque houve grande mobilização de movimentos sociais que aspiravam a substituição dos leitos psiquiátricos, aumento de serviços substitutivos e ações de cuidado com base na universalidade e acessibilidade. Sendo assim inicia-se o processo de redefinição das políticas em saúde mental (CARDOSO 2017).

No dia 06 de abril de 2001 acontece um marco para a saúde mental brasileira, após 12 anos de luta é promulgada a Lei 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

A lei demonstra as conquistas dos direitos da pessoa com transtorno mental, que há muito estavam esquecidos e violados. Além disso, auxilia para a desconstrução da ideia de tratamento através do isolamento, devolvendo o direito ao convívio social e priorizando o sujeito em sua totalidade. Assim como contribui “para abertura de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas (RS), os Centros de Convivência, constituindo, então, a Rede de Atenção Psicossocial” (SANTOS; SILVA; PEREIRA; BRITO, 2017, p.6).

No mesmo ano ocorreu em Brasília a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou de forma efetiva com a participação de usuários e familiares na construção e discussão das políticas de saúde mental. Nesta conferência surgem novos desafios para a Reforma Psiquiátrica, como: acessibilidade, garantindo acesso dos sujeitos com transtornos mentais a todos os serviços de saúde do SUS; reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental, na perspectiva de produção de qualidade de vida; política de recursos humanos; direitos e cidadania, formulação de políticas que ressaltam a autonomia e incentivam a cidadania plena (LUZIO; YASUI, 2010).

Após a promulgação da Lei 10.216 surgiram novos progressos no campo legal e ampliação dos serviços extra-hospitalares. Dentre eles surgiram diferentes modalidades de CAPS, criou-se o programa “De volta para casa”, os núcleos de apoio à saúde da família (NASFs) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ocorreu a expansão dos serviços substitutivos e das ações de cultura e ocupação dos espaços públicos, além de expressiva redução de leitos psiquiátricos. Assim

cada vez mais eram reivindicadas a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Porém em 2016 encerra-se esse avanço e se inicia o processo de desmonte e retrocesso em relação ao cuidado das pessoas com transtornos mentais. Houve diversas modificações na política de saúde mental e na política de drogas que vão na contramão aos ideais defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso porque o Brasil passa por um quadro de crise econômica, política e moral no país (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff em 2016 houve a ocupação de grupos conservadores no governo federal, sendo assim gerou disposições institucionais que aprovaram a redução de direitos constitucionais. Dentre elas está a emenda constitucional (EC) n. 95/2016 que é a de maior impacto, pois determinou limite de teto de gastos das despesas primárias no período de até 20 anos. Isto gerou diversas perdas financeiras para o SUS limitando também o desenvolvimento das políticas sociais (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Entram em vigor em 2017 a resolução n.32/2017 e a portaria n.3588/2017 que promovem mudanças na política de saúde mental. Essas medidas vão contra os princípios organizativos da RAPS, ocasionando retrocessos nos avanços já alcançados pela reforma psiquiátrica brasileira, gerando também o enfraquecimento do fechamento dos hospitais psiquiátricos (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

O Ministério da Saúde lançou em 2019 a nota técnica n.11, que felizmente após muitas críticas sociais foi retirada. Os autores Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) mencionam que a nota veio a se chamar “Nova Política de Saúde Mental”, que entre 2016 a 2019 foram editados cerca de quinze documentos normativos, portarias, resoluções, decretos e editais. Nessa nota havia a possibilidade de financiar e comprar aparelhos de eletroconvulsoterapia para uso no SUS, estabelecendo a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Essa nota e as demais portarias, emendas e outros vão contra os princípios da lei 10.216/2006, configurando um retrocesso na política de saúde mental e um desmonte das conquistas da reforma psiquiátrica.

### 3.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A saúde mental passou por um grande período de negligência no Brasil, os “tratamentos” e a atenção à saúde mental foram violentos, desumanos e excludentes. Além de diversos preconceitos em relação ao sujeito com transtorno mental. A Reforma Psiquiátrica surge para propor um novo modelo de atendimento, buscando compreender o sujeito como cidadão autônomo, que deve ser respeitado e tratado em meio à sociedade. Assim as estratégias de cuidado procuram preservar a integridade física e psíquica do sujeito (SANTOS; SILVA; PEREIRA; BRITO, 2017).

Antes de ocorrer o retrocesso, a partir de 2016, em relação ao cuidado das pessoas com transtornos mentais, o Brasil viveu um período lúcido mas ininterrupto de avanços. Dentre eles a promulgação da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a “assistência em saúde mental, com serviços articulados no território, trazendo novas possibilidades extras-muros para o sujeito acometido por transtorno mental” (BARBOSA, 2020, p.10).

Da mesma forma, tem como objetivo reconhecer esse sujeito como pessoa de direito, respeitando sua singularidade e individualidade. A garantia de seus direitos precisam ser assegurados sem qualquer discriminação

Art. 1ª Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Além disso, garante que o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais sejam de responsabilidade do Estado, com devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001).

O sujeito com transtorno mental necessita de políticas públicas que fomentem o seu desenvolvimento enquanto ser social. O atendimento ao mesmo precisa ser de acordo com as suas necessidades específicas, considerando sua individualidade e compreendendo seu contexto social. “Assim, esse cuidado deve ser pautado pelo processo de humanização das relações com o usuário, a família e a comunidade,

visando a garantia de direitos e qualidade na oferta dos serviços” (SANTOS; SILVA; PEREIRA; BRITO, 2017, p. 10).

Contudo é necessário pensar que mesmo com diversos avanços muitos sujeitos ainda encontravam-se em situação de internação de longa permanência sem contato familiar. Sendo assim, antes mesmo da promulgação da Lei 10.216, ocorreu a publicação da Portaria nº 106 em fevereiro de 2000. O Ministério da Saúde considerando a necessidade da humanização no atendimento, visando à reintegração social do usuário, com o objetivo de reduzir as internações em hospitais psiquiátricos e a necessidade de implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, decidiu criar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2000).

Parágrafo único - Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2000).

Em janeiro de 2002, segundo determinações da Lei 10.216, é aprovada a Portaria nº 251 que estabelece normas e diretrizes para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS. Os hospitais passam a ter a função de acolher os indivíduos que requerem internação, sendo indicado (como mencionado no art. 4º) quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Ainda em 2002 é publicada em fevereiro a Portaria nº 336, que amplia e reestrutura o atendimento psicossocial com diferentes modalidades de CAPS, que ficam definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: CAPS I, CAPS II e CAPS III (BRASIL, 2002).

Os CAPS, como menciona Ferreira e Araújo (2015), servem como mecanismo para a não internação em hospitais psiquiátricos e não como um serviço complementar. Os autores ressaltam que

Os CAPS têm como função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em Hospitais Psiquiátricos, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, regular a entrada na rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (FERREIRA; ARAÚJO, 2015, p. 17).

Além disso, Silva e Rosa (2014) apontam que o acolhimento nos CAPS é destinado às “pessoas com transtornos mentais severos e persistentes de forma a inseri-las na vida comunitária e familiar, buscando, assim, a sua autonomia” (SILVA; ROSA, 2014, p. 254).

Amarante (2015) menciona a importância de serviços de atenção psicossocial para acolhimento, principalmente dos sujeitos em crise, para que os mesmos sejam ouvidos e possam expressar seus medos, dificuldades e expectativas.

Da mesma forma, os CAPS possibilitam aos sujeitos uma reorganização da vida, com atendimento terapêutico e sem a necessidade de isolamento. Faleiros (2018) ressalta que a particularidade de ter sofrimento psíquico não é fator para eliminar a condição de cidadão do sujeito, sequer as trocas sociais e a inserção social do mesmo.

Além disso, os CAPS vêm substituindo o modelo asilar, hospitalocêntrico e manicomial que dispunha de características opressivas, excludentes e repreensivas. E vem construindo um serviço baseado nos princípios do SUS, como cita Santos, Silva, Pereira e Brito (2017):

[...] um sistema de assistência utilizando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade, acrescido da proposta de desinstitucionalização, cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura (SANTOS; SILVA; PEREIRA; BRITO, 2017, p. 4).

Mesmo com diferentes modalidades de CAPS os três cumprem a mesma função no atendimento ao público como citado na Portaria nº 366:

Art. 1, § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante (BRASIL, 2002).

Porém funcionam de acordo com a lógica do território estabelecido pela portaria conforme o quadro 1.

**Quadro 1 - CAPS segundo a lógica do território**

CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funcionamento no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;
CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funcionamento de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local. Funcionamento de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.
CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. Funcionamento de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

Fonte: Brasil (2011).

Dentro desse processo de desinstitucionalização através de serviços substitutivos tem-se sujeitos que estavam enclausurados em instituições como os manicômios e que perderam seus vínculos familiares. Consequentemente, em alguns casos, não desejavam sair mais daquele espaço.

É importante ressaltar que a família, no contexto dos CAPS é vista como parceira, mas ela também possui dificuldades e demandas em relação ao cuidado. A atenção aos familiares na área da saúde mental sempre foi uma preocupação quando se pensa em estratégias e ações. Como mencionado pelas autoras Silva e Rosa (2014) a família é considerada um sujeito cuidador, mas também precisa de

cuidados e atenção, principalmente porque em muitos casos apenas um cuidador que se sobrecarrega. Melo (2012) ressalta que:

No núcleo familiar o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico, em crise ou não, se constitui uma tarefa dispendiosa para todos os membros da família, onde em sua maioria esses cuidados são colocados sob a obrigação das mulheres que acabam por assumir, sozinhas, o cuidado integral do mesmo (MELO, 2012, p. 91).

Sendo assim, em 2003, seguindo determinação da Lei 10.216, é criado o programa “De Volta para casa”, através da Lei nº 10.708, com o objetivo de ressocialização de sujeitos vítimas de internação de longa permanência e auxiliando no processo de desinstitucionalização. A lei institui o auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$240,00 reais mensais durante um ano, “podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente” (BRASIL, 2003).

Visando cada vez mais a desinstitucionalização, a redução progressiva de leitos psiquiátricos e de modo a garantir a assistência extra-hospitalar é publicada em 2004 na Portaria nº 52. A mesma institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (BRASIL, 2004).

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

Em 2005 é publicada a Portaria nº 396 que aprova as diretrizes para o Programa de Centros de Convivência e Cultura. Como definido por lei, “os Centros

de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade” (BRASIL, 2005). Além de facilitar a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais.

Outras conquistas e portarias foram alcançadas no decorrer do tempo, isto por determinação da lei 10.216. Em 2011, através da Portaria nº 3.088, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com novas possibilidades de serviços substitutivos.

Como parte de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental surge, em 2011, por meio da Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), “cuja finalidade é 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 (SUS)” (BRASIL, 2011).

Como superação do modelo hospitalocêntrico e de encontro com discussões da reforma psiquiátrica a RAPS foi pensada e estruturada a partir da lógica de desinstitucionalização. (TRAJANO; BERNARDES; ZURNA, 2017, p.23).

Os serviços que passam a compor a RAPS estão descritos no artigo 5:

- I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas; c) Centros de Convivência;
- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial.

Yasui (2006) menciona que ao construir novos serviços substitutivos as instituições não são mais destinadas a produção de procedimentos médicos ou psicológicos “mas locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social” (YASUI, 2006, p. 139).

O objetivo da RAPS é ampliar e garantir o acesso em relação ao cuidado em saúde mental, garantir o cuidado integral descentralizando e direcionando para o território (SAMPAIO; JUNIOR, 2021). Deste modo, com o cuidado sendo ampliado para o território em que o sujeito com transtorno mental vive e circula, a própria comunidade inicia um movimento de cuidado, indo além da equipe de saúde. Assim, “o cuidado torna-se possível no território como substituição dos hospitais psiquiátricos” (TRAJANO; BERNARDES; ZURNA, 2017, p.29).

O campo da saúde mental requer uma oferta e articulação com diferenças políticas públicas, deste modo as ações excedem questões somente de saúde sendo necessário ações intersetoriais e de rede (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016, p. 85).

De modo a romper com o histórico de exclusão e isolamento do usuário com transtorno mental, é importante que o cuidado seja realizado no território, utilizando os diferentes recursos existentes e articulando intervenções com as diferentes políticas que compõem a rede intersetorial (Assistência Social, Educação, Habitação, Cultura e Lazer entre outras) (MORAES, 2018, p. 6).

Além disso é necessário a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que “pressupõe a participação coletiva, isto é, o envolvimento de usuário, família e profissional de saúde no processo de construção de estratégias de cuidado” (MORAES, 2018, p. 5).

Contudo dois pontos importantes para o processo de desinstitucionalização dos sujeitos com transtornos mentais são as estratégias de emancipação e residência. Melo (2012) menciona que para isso é necessário oferecer condições concretas, que a constituição de equipes multiprofissionais deve ser o primeiro passo, mas também pode ser um desafio. O objetivo dessas equipes é de “acompanhar esse processo de saída do manicômio e de construção de uma nova rotina de vida, uma nova existência de vida concreta para além dos muros do hospício” (MELO, 2012, p. 92).

## **4 O SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Nesta sessão é discutido a respeito da história do Serviço Social na saúde mental no Brasil e sua ação profissional na mesma. Além de expor as contribuições da profissão em prol da garantia de direitos do sujeito com transtorno mental, tratamento humanizado e a desinstitucionalização do usuário.

### **4.1 INSERÇÃO E AÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

O Serviço Social atua na saúde desde o início da profissão, mas foi na década de 1940 que com a conjuntura da época, houve um aprofundamento dos assistentes sociais nos hospitais. Bravo e Matos (2006) mencionam que em 1948 é elaborado o “novo” conceito de saúde, com foco nos aspectos biopsicossociais, sendo assim é determinado “a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 2). As primeiras instituições de saúde mental que o/a assistente social é inserido são os Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ).

Mas, é a partir da década de 1960 que se tem um aumento significativo de assistentes sociais na área da saúde mental, antes não havia muitos profissionais formados para atuação. Vale ressaltar que as práticas iniciais do Serviço Social eram muito distantes do serviço social atual (BISNETO, 2007). A atuação do Serviço Social não era em favor do sujeito, e suas necessidades, não buscava compreender a sua realidade, mas “viabilizar” o sistema manicomial em prol do modo de produção capitalista.

O governo no fim dos anos 1960 não sabia lidar com as expressões da questão social, como a pobreza, por isso o Serviço Social atuava como “executor terminal de políticas sociais na área da saúde mental” (BISNETO, 2007, p. 25). Bisneto (2007) cita que muitos autores da psiquiatria mencionam que o serviço social tinha como função preservar, manter e adestrar a força de trabalho.

Nos anos 1970 ocorre um aumento expressivo de assistentes sociais inseridos em hospitais psiquiátricos, mas infelizmente sua atuação não era efetiva. Os hospitais dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) foram anexados à

rede do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), contudo ainda atendiam os trabalhadores e seus dependentes. Diversas clínicas psiquiátricas privadas foram criadas com o convênio do Estado, com o mesmo propósito, de atender trabalhadores e seus dependentes. Os hospitais privados para cumprir a regulamentação do INPS contratavam os/as assistentes sociais, porém o pagamento de salários era baixo e não designava nenhuma função definida para os mesmos (BISNETO, 2007).

Assim, a entrada de Assistentes Sociais em instituições psiquiátricas tinha como finalidades a intervenção nas mazelas constitutivas da sociedade capitalista. O desenvolvimento de políticas sociais na área da saúde mental também teve como objetivo a intervenção nas questões que envolviam os trabalhadores, que estavam desenvolvendo cada vez mais sérios riscos à saúde mental, devido às péssimas condições e grandes jornadas de trabalho (PAES, 2017, p. 4).

Durante esse período, o Brasil vivia sob o regime da ditadura militar, o trabalho do/a assistente social era pautado nos interesses do capital, mas dentro desse contexto iniciou o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, porém na temática de saúde mental não ocorreu aprofundamento nos estudos (BISNETO, 2007).

No mesmo período, se inicia no campo da saúde mental insatisfação de alguns profissionais em relação a como o sujeito com transtorno mental era tratado. A insatisfação não era apenas na saúde mental, a população em geral não aguentava mais viver com as repressões e sem liberdade. Com isso surgem diversos movimentos sociais em oposição ao regime militar, surge também em 1978 o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o que mais tarde é denominado de Movimento de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2016).

Paes (2017) menciona que o movimento de Reforma Psiquiátrica possui muita importância para o Serviço Social, uma vez que o mesmo busca a garantia de direitos dos sujeitos com transtornos mentais, isto através da “substituição de antigos modelos manicomiais por instituições inovadoras que possibilitem um atendimento humanizado e esteja voltado para a efetivação de direitos das pessoas com transtornos mentais” (PAES, 2017, p. 5).

Garantir os direitos dos sujeitos é compreender o mesmo como indivíduo com desejos e necessidades. É desmistificar que o sujeito com transtorno mental é perigoso e por isso precisa ser isolado, retirado do convívio social. O foco não é

mais o modelo manicomial, mas a sua substituição por serviços psicossociais abertos e compreendendo a subjetividade do sujeito

A partir do conceito ampliado de saúde através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a mesma passa a ser relacionada aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Sendo assim o social integra a atuação de diversas profissões, exigindo do Serviço Social uma modificação em relação ao seu lugar em saúde mental, como mencionam Rosa e Lustosa (2012):

O social, então, compõe o cenário de atuação de todas as profissões, não apenas do Serviço Social, exigindo do assistente social melhor explicitação da forma de conceber o social, bem como redesenhar seu lugar na saúde mental, no contexto do cuidado comunitário (ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 33).

Com a saúde mental relacionada à dimensão socioeconômica, política e cultural o atendimento ao usuário alcança uma intervenção para além do profissional de saúde, deixando de ser centrada na enfermidade. Para que isso ocorresse foi necessário um trabalho em conjunto, um trabalho multiprofissional.

Em favor de romper com o modelo manicomial e em prol da desinstitucionalização, em 1989 é apresentado pelo deputado Paulo Delgado o Projeto de Lei de 1989, que é um marco na luta antimanicomial. O Projeto dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (BISNETO, 2007). Dentre os serviços substitutivos pode-se destacar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Esses serviços substitutivos surgem também como possibilidade de aproximação com a sociedade e institui o cuidado comunitário. Buscando romper com o modelo manicomial/hospitalocêntrico, que visava excluir o sujeito, impossibilitando-o de qualquer garantia de direito.

Porém, os anos 1990, são marcados pela implantação do neoliberalismo, sendo assim ocorre o enfraquecimento do Estado. Os gastos destinados às políticas públicas sociais são reduzidos ou repassados para o setor privado, ocorre retirada de direitos, a área da saúde também sofre contenção de gastos, além de atendimentos mínimos para as pessoas em vulnerabilidade. Com isso o Movimento de Reforma Psiquiátrica enfrenta diversos obstáculos para a continuidade de suas

propostas, visto que o mesmo tinha como foco um olhar à pessoa com transtorno mental.

[...] com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não-democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental (BISNETO, 2007, p. 42).

Dentro dessa conjuntura, Bisneto (2007), ainda ressalta que a intenção do governo na área da saúde mental era o tratamento através de medicamentos, como saída para o atendimento em massa, além do retorno da caridade na assistência social. Para enfrentar essa questão diversos documentos indicam o fazer profissional do/a Assistente Social nesse momento da Reforma Psiquiátrica, destacando o Código de Ética Profissional de 1993 e a Lei nº 8.662 de Regulamentação da profissão (PAES, 2017).

Porém o/a Assistente Social não possuía uma formação acadêmica capacitada para interlocução crítica no campo da saúde mental. Bisneto (2007) destaca que as principais dificuldades metodológicas para o Serviço Social na saúde mental na história do Brasil e no contexto do Movimento de Reforma Psiquiátrica são: entrada tardia de um número maior de profissionais nesse campo de atuação; inadequação teóricas (paradigmáticas); dificuldades em ensino, pesquisa e publicação; atuação em equipes multiprofissionais; psicologização das relações sociais e ambiente “grupalizante” (BISNETO, 2007, p. 60).

Para o autor o/a assistente social não deve apenas se abastecer de técnicas para atuação no campo da saúde mental, mas de “desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico” (BISNETO, 2007, p. 61).

Além disso, o/a assistente social, deve através do seu conhecimento metodológico criar mecanismos necessários para que o usuário reconheça e adquira consciência do seu direito à saúde como dever do Estado (FERREIRA; ARAÚJO, 2015).

A intervenção do Serviço Social na área da saúde mental é de grande relevância institucional, pois mediante o assistente social que se (re)conhece a história de vida de cada usuário, por meio de instrumental

específico da categoria, que viabiliza todo o seu traçado histórico, ou seja, procura-se resgatar a sua história bem como seus projetos e intervenções. Após essa tentativa, busca-se intervir na rede social do usuário como forma de reinseri-lo em seu contexto sócio familiar, por meio da desmistificação da doença no meio social. O assistente social é também norteado pelas legislações existentes em saúde mental que regem o atendimento, tratamento e acompanhamento ao usuário de saúde mental (FERREIRA; ARAÚJO, 2015, p. 22).

Sendo assim, o usuário ao compreender seus direitos começa a desenvolver sua autonomia, se reconhece como sujeito de direitos que deve ser respeitado em todas as suas particularidades, deve ser ouvido e não lançado a instituições com o intuito de ser esquecido e excluído.

Apesar de durante esse período surgirem instituições denominadas “renovadoras”, ainda existiam instituições no modelo manicomial/asilar. Nas instituições “renovadoras” é possível uma maior intervenção do/a Assistente Social em relação às questões do usuário “colaborando com a restauração da saúde mental” do mesmo (BISNETO, 2007, p. 133). Sendo assim, há uma busca para melhorar a condição de vida do usuário, para que não leve uma vida prejudicada por seus transtornos, em todos os ângulos, seja no social, biológico ou psicológico.

Nessa perspectiva é necessário um trabalho multiprofissional, para romper com a centralidade na figura do médico e viabilizar um tratamento humanizado para os sujeitos com transtornos mentais. Posto isso, em 2001 é regulamentada a Lei nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001) e em 2002 é promulgada a Portaria nº 336 que regulamenta os CAPS, assim há maior participação e ampliação do Serviço Social nos serviços substitutivos a favor da desinstitucionalização. Em 2011, também em favor da desinstitucionalização, surge através da Portaria nº 3088 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Com a regulamentação da Lei nº 10.216 há redução nos leitos em hospitais psiquiátricos. Com os CAPS o atendimento ao usuário é realizado com equipe multiprofissional, assim o usuário com transtorno mental pode ser ouvido, pode se expressar e ser reconhecido como sujeito de direito.

Ferreira e Araujo (2015) ressaltam que o/a Assistente Social na equipe interdisciplinar contribui para o olhar “circular” e na intervenção compreensiva, acessível e resolutiva junto ao usuário. É necessário também incentivar os mesmos

a reivindicar melhores condições de tratamento. Além de o/a Assistente Social incentivar o usuário o mesmo deve articular-se aos movimentos de luta antimanicomial, com os conselhos e conferências da área de saúde e buscar real efetivação do SUS.

Valente (2022) destaca que o/a Assistente Social possui papel importante e essencial. Uma vez que sua atuação é inserida em diversas partes do cuidado ao sujeito, é no planejamento e execução das ações de promoção e prevenção de situações de risco, no acolhimento, na reabilitação e tratamento terapêutico. Sua atuação não deve ser apenas norteada pelo referencial teórico e bibliográfico, mas também pelas legislações existentes em saúde mental.

No entanto, vale lembrar que cabe também ao Serviço Social garantir que o usuário consiga apresentar suas necessidades e contribuir para o planejamento do seu próprio tratamento.

O Serviço Social deve visar o reconhecimento do cidadão enquanto sujeito de direitos, suspendendo essa conotação de subalternidade, concebendo o usuário do Serviço Social, na saúde mental, como ser pensante, que tem uma versão sobre sua condição na sociedade e tem como meta de vida garantir a sua sobrevivência, buscando melhorias para o futuro, podendo avaliar a sua situação e do serviço a que necessita (YASBEK,1993, apud SCHINEMANN, 2017, p.6).

É necessário ouvir o usuário, para que ele proponha estratégias em relação ao seu tratamento e visando melhorias na instituição. Para que isso ocorra é indispensável que as informações sejam repassadas para o mesmo, o/a Assistente Social necessita apresentar essas informações como cumprimento da Lei 10.216 que estabelece que o sujeito receba “o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”, além disso é também previsto no Código de Ética da profissão.

Das Relações com os/as Usuários/as.

Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:

- a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;
- b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código [...] (BRASIL, 1993).

Ouvir o usuário contribui para a compreensão da realidade do mesmo, assim auxilia na atuação do/a Assistente Social em relação a quais os serviços possíveis de serem acessados. Além disso, também oferece entendimento sobre as relações familiares do usuário, com o propósito de fortalecer os vínculos.

A família é considerada como parte integrante do cuidado ao sujeito com transtorno mental, exercendo importante papel no processo de tratamento do usuário, auxiliando e apoiando o mesmo no convívio com a comunidade. Além disso contribuem no processo de busca dos direitos, benefícios, autonomia e independência do mesmo, mediando a interlocução do sujeito com os serviços de saúde e profissionais que prestam atendimento (SILVA; ROSA, 2014).

[...] família é reconhecida em sua complexidade, sendo protagonista e principal parceira dos serviços no provimento do cuidado à pessoa com transtorno mental, visto, desse modo, com relevância. Ela é também requisitada no modelo comunitário e construtor de cidadania da PCTM como principal elo de reconstrução de estímulos sociais e permanência nos espaços públicos das diferentes políticas públicas. Desse modo, considera-se importante a nova visão dos familiares no cuidado comunitário da pessoa com transtorno mental colocada pela Reforma Psiquiátrica, visto que o contexto atual busca a permanência, reconstrução do elo sócio-familiar, desde que seja possível. Ressalta-se que o cuidado proposto é comunitário e não familiar, exigindo a proteção social do Estado e da sociedade em geral (SILVA; ROSA, 2014, p. 257).

Importante ressaltar que a família é uma parceira dos serviços, que a sobrecarga do cuidado não deve ser jogada apenas para a mesma, o Estado também possui responsabilidade em relação ao cuidado do sujeito com transtorno mental (SILVA; ROSA, 2014).

O/a Assistente Social intervém nessa relação entre usuário e família. Contribui para o fortalecimento dos vínculos, para que assim o usuário receba o apoio e auxílio que necessita para seu tratamento. Quando o mesmo se encontra em hospitais psiquiátricos, é a família que serve como ponte para o retorno do usuário ao convívio comunitário.

Um dos meios utilizados pelo Assistente Social para que ocorra esse fortalecimento de vínculos são as dinâmicas em grupo. O intuito é levantar debates sobre algum tema em que a maioria esteja vivenciando ou alguma situação parecida. Assim o/a Assistente Social “age como facilitador, um agente que provoca situações que levem à reflexão do grupo” (SOUSA, 2008, p. 127).

Além disso, em prol da desinstitucionalização é necessária articulação com a rede, seja com o CAPS, Unidade Básica de Saúde (UBS) ou outros, para que o usuário com transtorno mental seja capaz de dar continuidade em seu tratamento.

Entretanto é importante ressaltar que o/a Assistente Social necessita buscar cada vez mais meios de intervir no planejamento e coordenação de políticas sociais, serviços e nas instituições em prol do usuário, nesse caso o que possui transtorno mental, para que assim não fique apenas como executor. Para isso é indispensável que se tenha uma qualificação continuada. Sousa (2008) considera que o profissional precisa estar em constante estudo, pesquisando, debatendo temas e lendo e relendo textos e livros.

Se no cotidiano da prática profissional o Assistente Social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, estará certamente fadado ao fracasso e a uma reprodução mecânica de atividades, tornando-se um burocrata, e, sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado de trabalho (SOUSA, 2008, p. 122).

Desta forma compete ao profissional adquirir e articular as três dimensões de competências, a ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, para assim conseguir intervir de forma efetiva no atendimento e realidade do usuário.

Portanto, cabe ao Assistente Social mesmo com os limites de sua ação, “atuar em conformidade à cidadania do portador de transtorno mental, respeitando seu código de ética e o Projeto ético-político” (MAGALHÃES, 2018, p. 12). O projeto ético-político do Serviço Social é pautado na busca em prol da autonomia, emancipação e desenvolvimento do sujeito. Além de garantir ao sujeito seus direitos, excluindo qualquer forma de autoritarismo por parte dos profissionais e buscando melhorias no tratamento na saúde mental (VALENTE, 2022).

No entanto vale ressaltar que muito ainda deve ser feito e aprimorado para a garantia plena a cidadania dos sujeitos com transtorno mental, seja por parte do Estado ou dos profissionais que atuam na área. Todavia compete a cada profissional obter uma atuação crítica, ética e preservando sua autonomia para atuar frente às políticas sociais e serviços substitutivos de saúde mental.

## 4.2 CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Como mencionado anteriormente o Serviço Social surge para mediar conflitos entre trabalhadores e patrões. Na área da saúde mental a atuação do/a assistente social era voltada para “viabilizar” o sistema manicomial. Contudo, através de lutas, insatisfações de profissionais e da população e com o conceito ampliado de saúde firmado pela constituição federal de 1988, o cuidado com a saúde deixa de ser centrado na doença, possibilitando a intervenção do Serviço Social, onde o mesmo passou por uma reconceituação (BULLA, 2008).

Dentro da perspectiva de desinstitucionalização o Serviço Social contribuiu e continua contribuindo para que o sujeito com transtorno mental seja visto como sujeito de direitos, como alguém que precisa ser ouvido, capaz de expressar suas necessidades e desejos. Deixando de ser vinculado à imagem de perigoso, alguém que precisa ser isolado e esquecido. Tendo agora voz para expressar suas dificuldades, vontades e contribuindo para seu próprio tratamento.

A atuação e intervenção junto ao sujeito com transtorno mental é realizada através de equipe multiprofissional e interdisciplinar, possibilitando ver as diversas dimensões do usuário além da doença, o Serviço Social é uma das profissões inseridas nesta equipe (GIULIANI; FALER, 2016).

O Serviço Social deixou de ser um mero executor burocrático, para formular e implementar “propostas que contribuem com a cidadania, mantendo um olhar crítico sobre o usuário de saúde mental e seus familiares” (APPEL, 2017, p. 5). Da mesma forma, em prol da desinstitucionalização do usuário, o/a Assistente Social atua para que o mesmo tenha tratamento digno e garantia de seus direitos. O/a Assistente Social possui grande importância, pois é o único profissional que busca a defesa dos direitos do usuário, com tratamento humanizado e com garantia de igualdade (LIMA, 2021).

Além disso, como menciona Appel (2017), o/a Assistente Social contribui para a desinstitucionalização realizando articulação com a rede, conforme o território de cada usuário, assim identifica “os serviços institucionais e comunitários para o atendimento das demandas” (APPEL, 2017, p. 8). Para que desse modo o usuário dê continuidade ao seu tratamento.

Essa interlocução também ocorre entre setores, para obter maior compreensão do tratamento do usuário e então conseguir repassar para o mesmo o maior número de informações, seja referente ao seu tratamento, benefícios, desinternação, vínculo familiar e outros.

Dentro dos hospitais psiquiátricos o Serviço Social, em alguns momentos em conjunto com a psicologia, realiza grupos/rodas de conversa para debater assuntos como direitos sociais, redes socioassistenciais, políticas de saúde e outros temas. Gerando assim uma troca de experiência entre os usuários e um trabalho em favor da autonomia do mesmo e sua desinstitucionalização (TORRES; OLIVEIRA, 2019).

Bisneto (2007) destaca que a atuação do Serviço Social acontece em “diversos programas e projetos nas instituições psiquiátricas” (BISNETO, 2007, p. 125). O autor ainda menciona que a prática do/a Assistente Social tem se modificado devido às transformações que a assistência psiquiátrica vem passando.

Além de atuar na busca por mudanças nas relações de poder que ocorrem nas instituições, o Serviço Social, intervém na “construção de novas possibilidades de vida para o usuário; reestruturação de sua cidadania e identidade perdidas; busca da autonomia; desconstrução dos estigmas que envolvem a loucura” (SOARES, 2007, p. 122).

A busca pela autonomia do usuário se faz no dia-a-dia, às vezes em tarefas simples, como deixar que o usuário converse e questione com outros profissionais sobre seu tratamento, demonstrando seus desejos, necessidades e insatisfações.

Porém vale ressaltar que a atuação do Serviço Social em relação ao sofrimento mental “não se resume a restituir uma falta de cidadania ou a suprir direitos previdenciários: os problemas nessa área são muito mais complexos e paradoxais” (BISNETO, 2007, p. 195). O/a Assistente Social atua frente às expressões da questão social, sendo assim é necessário que o mesmo conheça e entenda a realidade social do sujeito antes da intervenção.

Appel (2017) ressalta que capacidade do/a Assistente Social de compreender a realidade do usuário e desenvolver estratégias visando a efetivação de seus direitos é um de seus maiores desafios. Porém, Sousa (2008) menciona que produzir esse conhecimento da realidade é também o principal instrumento do/a Assistente Social, visto que isso “permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional” (SOUSA, 2008, p. 122).

Contudo, o autor ainda afirma que intervir na realidade social do usuário não é tarefa fácil, o/a Assistente Social deve observar a totalidade para intervir.

“Todavia, o que se propõe hoje no âmbito do Serviço Social é justamente a produção de um conhecimento que rompa com a mera aparência e busque apreender o que está “por trás” dela, sua essência. Para isso, é fundamental que o profissional sempre mantenha uma postura crítica, questionadora, não se contentando com o que aparece a ele imediatamente. De posse desse conhecimento, o profissional pode planejar a sua ação com muito mais propriedade, visando à mudança dessa mesma realidade. Assim, no momento da execução da ação profissional, o Assistente Social constrói suas metodologias de ação, utilizando-se de instrumentos e técnicas de intervenção social (SOUSA, 2008, p. 123).

Conhecendo a realidade do usuário o/a Assistente Social é capaz de “intervir na sociedade por meio de planos, programas e projetos articulando a execução a fim de obter eficácia, eficiência e efetividade” (GIULIANI; FALER, 2016, p. 10). A intervenção é com o objetivo de melhorar as condições de vida do usuário, sendo assim, essa compreensão da realidade deve ser realizada em todos os serviços em que o Serviço Social está inserido, seja nos hospitais psiquiátricos ou nos serviços substitutivos.

Vale ressaltar que são vários os desafios que esse profissional encontra no seu dia-a-dia na execução de seu trabalho, portanto esses desafios exigem dos assistentes sociais qualificação para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social, para poder intervir e compreender as novas configurações destas expressões (GIULIANI; FALER, 2016, p. 15).

Ao atender as demandas da saúde mental os desafios são grandes, a falta de implementação dos serviços substitutivos dificultam a intervenção. Contudo é importante destacar que a presença dos/as assistentes sociais nos serviços de saúde mental consolidou-se e está se fortalecendo cada vez mais. Isso devido ao trabalho relevante que está sendo realizado nas condições sociais, “buscando a promoção e atenção à saúde com caráter preventivo e social atrelado à qualidade de vida sob um novo conceito de saúde” (GIULIANI; FALER, 2016, p. 15).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica e a lei 10.216 trouxeram importantes avanços em relação à saúde mental e o cuidado com o sujeito com transtorno mental. Vale ressaltar que diversos serviços foram criados para substituir os hospitais psiquiátricos, proporcionando aos usuários tratamento humanizado. Porém ainda é notável que os serviços substitutos não conseguem atender a demanda.

Um exemplo são os CAPS, que como menciona Robaina (2010) para ser universal é preciso que todos tenham acesso e os CAPS possuem um número reduzido e distribuição desigual nas regiões. Sendo assim alguns usuários para realizar tratamento possuem apenas atendimento com psicólogos/psiquiatras nas unidades básicas de saúde (UBS).

Entretanto ainda se faz necessário mudanças em relação à concepção de “loucura”, que não basta apenas abrir os serviços substitutivos, é fundamental que se entenda que o sujeito com transtorno mental também possui direitos, desejos e vontades. Ao contrário, ele precisa ser ouvido, acolhido e cuidado com equipe multiprofissional, família e Estado.

O/A Assistente Social vai além dos objetivos institucionais, como menciona Paes (2017) é um profissional que possui capacidade crítica e reflexiva da realidade, podendo analisar o contexto do usuário de forma a conhecer as relações do mesmo. Identifica e intervém nas situações com o objetivo de garantia e construção de direitos.

Importante ressaltar que o Serviço Social contribui muito para que o usuário tenha tratamento humanizado, com garantia de seus direitos. Atua na promoção da saúde e luta contra o modelo biomédico. Busca constantemente que o usuário tenha autonomia em relação ao seu tratamento. Esse trabalho é realizado com equipe multiprofissional, para atender todas as áreas do mesmo proporcionando um atendimento digno.

Infelizmente direitos já conquistados estão sendo desmontados. Há retorno da perspectiva de higienização, da segregação do usuário de drogas e das pessoas com transtorno mental. É necessário que os/as profissionais que atuam na área da saúde mental, principalmente o Serviço Social, se articulem com o movimento de luta antimanicomial para que não haja mais retrocessos, buscando a garantia e consolidação dos direitos e a desinstitucionalização dos usuários.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas - Pequena história da psiquiatria no Brasil. *In:* \_\_\_\_\_ (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 83 - 96.

\_\_\_\_\_. (Coord.) **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2º. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016.

\_\_\_\_\_. **Novos Sujeitos, Novos Direitos**: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>> Acesso em 15 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

\_\_\_\_\_; NUNES, Mônica O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23 (6), jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>> Acesso em: 20 jul. 2022.

APPEL, Nicolle M. **O Assistente Social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção**. VIII Internacional de Políticas Públicas. 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2022.

BARBOSA, Guilherme C.; COSTA, Tatiana G.; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan/jun. 2012.

BERNARDES, Julio. Prevalência de transtornos mentais é alta, mas não teve aumento importante na pandemia. **Jornal da USP**, São Paulo, 03 de maio. 2021. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/ciencias/prevalencia-de-transtornos-mentais-e-alta-mas-nao-teve-e-aumento-importante-na-pandemia/>> Acesso em: jul. 2022.

BISNETO, José A. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma Análise Institucional da Prática**. 3º. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS– 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <[https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_52.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_52.pdf)> Acesso em: 20 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília. 1992. Diário Oficial da União. Disponível em: <[https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_52.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_52.pdf)> Acesso em 10 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 20 jul. 2022

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002a**. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Brasília, 2002a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)> Acesso em: 20 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT. Brasília, 2000. Disponível em <<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>> Acesso em 20 jul. 2022.

BRASIL, 2021. **Nota de repúdio contra o repasse de verbas públicas às comunidades terapêuticas.** ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 13 de dez. 2021. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/12/NOTA-DE-REPUDIO-CONTRA-O-REPASSE-DE-VERBAS-PUBLICAS-AS-COMUNIDADES-TERAPEUTICAS.pdf>> Acesso em: jul. 2022.

BRAVO, Maria I. S. MATOS, Maurílio C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária:** elementos para o debate. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, São Paulo, 2006.

BULLA, Leonia C. O contexto histórico da implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 3-22, jan–jun, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/3935/3199>> Acesso em: 20 jun. 2022.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social.** Lei nº 8662/1993 de Regulamentação da Profissão. 10ª ed. Brasília, 2011. Disponível em: <[https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)> Acesso em 20 jun. 2022.

DESCHAMPS, Andréa L. P.; RODRIGUES, Jeferson. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 8, n. 17, p. 78-92, 2016.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; SAIDEL, Maria G. B.; RODRIGUES, Jeferson. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/Pb9ydVgY43nrP36qNW9wKGh/?lang=pt>> Acesso em: jul. 2022.

FALEIROS, Vicente P. **Política nacional de saúde mental e as práticas de desinstitucionalização dos centros de atenção psicossocial**. In. 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018, Vitória (ES, Brasil) Anais. Vitória, v. 16, n. 1, 2018, p. 1-16. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23289>> Acesso em: 16 de jun. 2022.

FERREIRA, Alexandre B.; ARAÚJO, Kesia M.S. A importância do serviço social na assistência à saúde mental. **Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade**, v. 6, n. 1, p. 11-27, jun. 2015.

GIULIANI, Ieda M.; FALER, Camilia S. **As contribuições da atuação do assistente social na saúde mental**. III Seminário Regional de Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família e I Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família: crise, conservadorismo e resistência. 2016. Disponível em: <<https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2016/assets/17.pdf>> Acesso em 20 jul. 2022.

GOMES, Sabrina. **Os desafios do serviço social no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

GONÇALVES, Grenia S. C. **Família e transtorno mental: dilemas no acompanhamento e no cuidado**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

GOULART, Maria. S. B.; DURÃES, Flávio. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100014>> Acesso em: 20 jul. 2022.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Revista Ciência e Saúde Coletiva: Para a Sociedade**, v. 14 (1), fev. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>> Acesso em: 20 jul. 2022.

LUZIO, Cristina A.; YASUI, Silvio. **Além das portarias**: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/abstract/?lang=pt>> Acesso em 20 de jul. 2022.

MAGALHÃES, Alexandra B. **Notas sobre a inserção do assistente social na política de saúde mental brasileira.** *In.* 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018, Vitória (ES, Brasil) Anais. Vitória, v. 16, n. 1, 2018, p. 1-15. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22198>> Acesso em: 16 de jun. 2022.

MELO, A. M. da C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692>> Acesso em: 20 jul. 2022.

MORAES, Daiane P. M. **Desafios da política de saúde mental em tempos de retrocessos: caminhos ou não para o fim do hospício?** *In.* 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018, Vitória (ES, Brasil) Anais. Vitória, v. 16, n. 1, 2018, p. 1-16. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22740>> Acesso em: 16 de jun. 2022.

PAES, Juliana S. **Serviço Social e Saúde Mental: desafios e possibilidades para o Assistente Social na política de Saúde Mental.** VIII Internacional de Políticas Públicas. 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudementaldesafiosepossibilidadesparaoassistentesocialnapoliticadesau.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2022.

ROBAINA, Conceição M.V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, Lucia C. S.; LUSTOSA, Amanda F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental? **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 1 (13), p. 27-50 jan./ jun. 2012. Disponível em <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023>> Acesso em 01 jun. 2022.

SAMPAIO, Mariá L.; JUNIOR, José P. B. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e**

**Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313/>> Acessado em: 20 jun. 2022.

SANTOS, Aline B.; SILVA, Grayceane G.; PEREIRA, Maria E. R.; BRITO, Roberta S. Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 01-19, 2018.

SCHINEMANN, Vanderléia. **A prática profissional do serviço social em saúde mental**. II Simpósio Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas. V. 1. Nov. 2017.

SILVA, Ellayne K. B.; ROSA, Lúcia C. S. Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011>> Acesso em: 20 jul. 2022.

SOUSA, Charles T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008. Disponível em: <<https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119/117>> Acesso em 20 jul. 2022.

TORRE, Eduardo H. G; AMARANTE, Paulo. **Michel Foucault e a “história da loucura”**: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2011.

TORRES, Alexsandra B.; OLIVEIRA, José V.G. **O papel do assistente social na saúde mental por meio de relato de experiências em um hospital psiquiátrico em Fortaleza-CE**. In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais . 2019, Brasília (DF, Brasil). Anais. Brasília, v. 16, n. 1, 2019, p.1-10. Disponível em: <<https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1060>> Acesso em 20 jul. 2022.

TRAJANO, Mariana P.; BERNARDES, Suela M.; ZURBA, Magda C. **O cuidado em saúde mental**: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 25, p.20-37, 2018.

VALENTE, Paulo. **O Serviço Social**: sua história e importância nos cuidados à saúde mental. Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas. Disponível em:

<<https://blog.cenatcursos.com.br/o-servico-social-sua-historia-e-importancia-nos-cuidados-a-saude-mental/>> Acesso em 20 jul. 2022.

YASUI, Silvio. **A reforma psiquiátrica e a transição paradigmática**. In: Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 75-112. Loucura & Civilização collection. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623-04.pdf>> Acesso em 20 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **Movimento social e política pública**. In: Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 25-73. Loucura & Civilização collection. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623-03.pdf>> Acesso em 20 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Tese (Doutor em Ciências na área da Saúde), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.