



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

BRUNNA MIRANDA GOMES

**A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UMA
ABORDAGEM REFLEXIVA E ANALÍTICA.**

Brasília - DF

2022

BRUNNA MIRANDA GOMES

**A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UMA
ABORDAGEM REFLEXIVA E ANALÍTICA.**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado à Universidade de Brasília,
como parte das exigências para a
obtenção do título de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Dra. Marlene de Jesus Silva
Santos

Brasília - DF

2022

BRUNNA MIRANDA GOMES

**A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UMA
ABORDAGEM REFLEXIVA E ANALÍTICA.**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Dra. Marlene de Jesus Silva Santos.

Brunna Miranda Gomes

Aprovado em Brasília-DF: ___/___/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Marlene de Jesus Silva Santos. Orientadora.

Prof. Dra. Izis Moraes Lopes. Examinador interno.

Jackeline Soares Lima. Examinadora externa.

AGRADECIMENTOS

No período anterior ao ingresso na UnB, minha vida foi marcada por muitas cobranças, expectativas e pressão no ambiente familiar para ser aprovada. Toda essa pressão familiar e também da sociedade em geral me confundiu mais sobre estar fazendo algo que realmente queria ou, o esperado e, presumo que assim seja para uma grande maioria. Apesar de reconhecer que não foi de forma adequada, percebo que me foi benéfico o ingresso no curso de serviço social pois, através dele tive o privilégio e a oportunidade da transformação e desenvolvimento através do conhecimento

Foi um longo processo de possibilidades, descobertas, adaptações e, também de desafios, dúvidas e conflitos que, finalmente, está a se tornar um ciclo temporariamente encerrado, devido aos meus esforços e aos de minha orientadora.

Agradeço imensamente à minha orientadora por todo o período de orientação, sem o seu constante auxílio e suporte, o processo de desenvolvimento do TCC seria apenas um ciclo de dúvidas, conflitos e inseguranças.

Agradeço também a solicitude, auxílio e participação das componentes da banca no processo de finalização deste trabalho de conclusão de curso.

Resumo

Este trabalho de conclusão de curso possui como objetivo analisar a inserção, importância, desafios e possibilidades da prática profissional dos assistentes sociais na saúde mental, utilizando como referência a produção escrita de assistentes sociais e estagiários. Constatou-se que embora morosamente e em pouca quantidade, essa produção do Serviço Social brasileiro tem fornecido subsídios para acúmulo teórico, reflexivo e prático da profissão nessa área.

Por intermédio de três capítulos, este trabalho discorre e perpassa por um resgate histórico mais geral da história da loucura; por mudanças articuladas por movimentos e reformas no Brasil responsáveis por construir uma nova perspectiva para o sistema de saúde e saúde mental; pelo processo de implementação e organização das novas formas de tratamento e atendimento; por marcos históricos pertinentes no processo de inserção do serviço social, da discussão da importância e de como se dá sua atuação profissional no campo da saúde mental; e pela análise dos relatos e percepções dos assistentes sociais e estagiários referentes à prática profissional, desafios e limitações.

Palavras chave: Saúde mental e Serviço Social, Serviço Social e Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização dos componentes da RAPS.....	31
Quadro 2 - Relação de Bibliografias Analisadas produzidas por assistentes sociais...48	
Quadro 3 - Relação de Bibliografias Analisadas produzidas por estagiários.....	50
Quadro 4 - Relação de Temas citados por assistentes sociais em seus textos.....	52
Quadro 5 - Relação de Temas citados por estagiários em seus textos.....	60

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1 - BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE SAÚDE MENTAL, MUDANÇAS E MOVIMENTOS NA ÁREA DE SAÚDE NO BRASIL.....	11
1. A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	11
1.2. SAÚDE MENTAL.....	13
1.3. A HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL.....	14
1.4. A SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	17
1.5. O PROCESSO DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	19
1.6. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
1.7. O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	24
1.8. A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	26
1.9. NOVAS FORMAS DE TRATAMENTO.....	29
1.9.1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	29
1.9.2. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	30
CAPÍTULO 2 - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	37
CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM REFLEXIVA E ANALÍTICA DA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	47
3. RELATOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS.....	52
3.2. RELATOS DOS ESTAGIÁRIOS.....	60
3.3. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	70

INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste numa revisão bibliográfica e documental com abordagem reflexiva e analítica referente à discussão da prática profissional do serviço social na saúde mental. Discutindo brevemente os marcos históricos mais importantes do processo de inserção do serviço social, a importância e o fazer profissional do assistente social.

Devido ao interesse prévio na área de saúde e saúde mental, tinha-se uma expectativa de que essas fossem áreas também priorizadas no decorrer do período de graduação, porém, não foram suficientemente abordadas na grade curricular. Além do interesse prévio, tal situação me impulsionou a desenvolver um trabalho, pois, julgo que é de suma importância analisar e debater a história da inserção do assistente social e da importância da sua prática profissional na saúde mental.

A fundamentação teórica do presente trabalho foi realizada através de revisão bibliográfica e documental nas seguintes base de dados e/ou sites: base de dados de dissertações e teses (IBICT), biblioteca virtual em saúde(BVS), coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), Google, Scielo, Serviço Social e Saúde, Serviço Social e Sociedade e Temporalis. Inicialmente, a pesquisa foi realizada pelo *google* para obter-se uma visão mais geral sobre as produções referentes à serviço social e saúde mental. Posteriormente, fez-se a delimitação referente à prática profissional do assistente social no campo da saúde mental e foram selecionadas mais plataformas com o intuito de encontrar mais dados sobre a prática profissional do assistente social. Assim, a pesquisa perpassa artigos acadêmicos, monografias, revistas, periódicos, documentos, legislações e pesquisas na internet organizados em três capítulos.

O capítulo 1, consiste em um breve resgate histórico mais geral, perpassando pela história da loucura, mudanças articuladas por movimentos e reformas no Brasil responsáveis por construir uma nova perspectiva para o sistema de saúde e saúde mental e pelo processo de implementação e organização das novas formas de tratamento e atendimento.

O capítulo 2, remonta marcos históricos pertinentes no processo de inserção do serviço social, concomitantemente com a discussão da importância e de como se dá sua atuação profissional no campo da saúde mental.

O capítulo 3, trata-se da pesquisa e análise referente à forma com que os assistentes sociais e estagiários têm definido o trabalho do assistente social no campo da saúde mental através de seus relatos de experiência. Com o intuito de analisar e comparar as percepções referentes à prática profissional, desafios e limitações presentes em diferentes instituições no período entre 2009-2019, foram selecionados nove relatos de experiência de assistentes sociais e nove de estagiários de serviço social na área da saúde mental.

Nota-se que a produção teórica de Serviço Social e Saúde Mental no âmbito geral é significativa, porém a de relatos de experiência ainda é escassa, portanto, ambas podem e devem ser expandidas, tendo em vista acrescentar e auxiliar no desenvolvimento acadêmico e/ou profissional dos graduandos e profissionais que não tenham proximidade ou conhecimento do assunto porque embora morosamente e em pouca quantidade, essa produção do Serviço Social brasileiro tem contribuído, no acúmulo teórico, reflexivo e prático da profissão nessa área.

Dessa forma, a motivação principal para o presente trabalho é contribuir para o acúmulo de produção acadêmica na tentativa de manter a discussão sobre serviço social e saúde mental atual e sempre em pauta. Por fim, faz-se saber que este trabalho não possui a pretensão de apresentar todos os fatos sobre a política de saúde brasileira, o campo da saúde mental e a prática profissional do assistente social e sim como uma forma de contribuição acerca da temática.

CAPÍTULO 1 - BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE SAÚDE MENTAL, MUDANÇAS E MOVIMENTOS NA ÁREA DE SAÚDE NO BRASIL

1. A HISTÓRIA DA LOUCURA

Em “História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault, remonta como a temática da loucura era majoritariamente tratada como um erro e de forma excludente em determinados períodos. Durante a Idade Média, o maior enfoque da exclusão seria dado sobre o leproso pois, eles eram considerados um erro e desvio do visto como indigno pela sociedade, juntamente com os pobres e os ditos insanos. Com o advento da Idade Moderna, essa visão muda um pouco e observa-se o surgimento de um ideal novo para a loucura, a exaltação da razão. Ou seja, a loucura passou a ser encarada como o oposto da razão. A partir desse ideal de racionalidade, o louco torna-se um sinal de contradição, não sendo mais tratado apenas como um erro e/ou um desvio do considerado normal e digno, mas, também, como uma ameaça à razão.

Durante e após o século XVIII, nota-se que esse fenômeno de exclusão se torna muito mais evidente com as internações em hospícios com fins terapêuticos e penitenciários, tal período é descrito como “a grande internação”. Essa ideia da loucura como uma ameaça se intensifica mais ainda com os internamentos pois, a maior preocupação não era a perturbação da mente do considerado louco, mas sim, com a perturbação que este poderia causar com o seu modo de agir, ou seja, o medo de uma desordem social. Posteriormente, no século XIX(1800-1900), a psiquiatria assume uma centralidade na questão da loucura e, com as promessas de cura, justifica as formas de asilamento em nome da segurança pessoal e de suas famílias, como submissão a um regime médico e construção de novos hábitos considerados intelectuais e morais.

Durante os séculos XV a XIX, percebe-se esse padrão no discurso sobre a loucura com as formas de poder, isolamento e punição, onde tanto o saber médico, quanto a internação psiquiátrica, foram instrumentos de poderes institucionais responsáveis por estabelecer essa relação entre a racionalidade e a loucura, da ameaça de uma doença à sociedade, a qual precisava de uma cura, independente dos métodos. Na lógica de “instituições totais”¹, as quais são definidas como um local para moradia e trabalho,

¹Terminologia contida no 1º artigo "As características das instituições totais", da obra “Manicômios, Prisões e Conventos” de Goffman (2001).

onde um grupo de indivíduos são controlados, separados e isolados da sociedade. Esse isolamento é simbolizado por: distanciamento do mundo externo, desinformação com respeito à sua situação e tratamento; proibições à saída no espaço físico, com portas fechadas, paredes altas, entre outros fatores. Esse controle e isolamento do indivíduo representa o caráter total de uma instituição.

O aspecto central dessas instituições é o fato de que todos os aspectos da vida e atividades são realizados no mesmo local, sob vigilância dos funcionários e em grupos, por meio de um sistema de regras determinadas pela instituição. A ideologia delas era impor um modelo de tratamento em reclusão pois consideravam que esses indivíduos eram incapazes e despreparados para viver em sociedade, ou seja, o intuito não era o real bem-estar do paciente. Além da situação paciente-instituição, outro aspecto importante citado é a relação funcionário-instituição, pois, eles precisavam impor obediência e controle ao paciente e garantir que os objetivos da instituição estavam sendo realizados ao mesmo tempo em que deviam manter a aparência de que os padrões humanitários eram seguidos.

Como exposto por Goffman (2001), essas características podem ser percebidas em hospitais psiquiátricos pois, o internado passa por um processo de transformações no âmbito pessoal e no seu papel social, o que o faz perder sua identidade, autonomia e liberdade de ação. Apesar desse foco no hospital psiquiátrico, são citadas outras instituições com esse caráter total como: prisões, conventos, internatos escolares, entre outros.

Influenciada por essa história, a história da psiquiatria no Brasil demonstra que desde o período colonial, buscou-se afastar o considerado louco do convívio social com o intuito de manutenção da ordem. Os que pertenciam às famílias ricas eram presos em suas casas e aos pobres se encontravam em situação de rua ou abrigados nos porões das Santas Casas de Misericórdia². No decorrer da história, percebe-se que pouca importância foi dada à questão da condição do “louco” pois, o foco era manter uma ordem social, a higiene, os conceitos morais, médicos, religiosos, etc, de acordo com os padrões sociais da época (GUIMARÃES, 2010). Entretanto, saúde e saúde mental têm conceitos complexos e historicamente influenciados por contextos sócio-políticos,

² Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>

econômicos e culturais, portanto, no decorrer do tempo, a visão e o tratamento referente à saúde continuou a sofrer mudanças.

1.2. SAÚDE MENTAL

Desde a Constituição da Organização Mundial de Saúde(OMS) em 1946, a saúde passou a ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, tanto do conceito de saúde, quanto de saúde mental. De acordo com a OMS, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. Com base nesse conceito, a saúde mental não se enquadra apenas na ausência de doenças mentais, mas no fato do indivíduo estar em posse de sua sanidade mental e de conseguir viver sem que isso lhe cause algum tipo de sofrimento. O conceito de “saúde mental” é amplo e abarca além da ausência de uma perturbação mental pois envolve determinantes e/ou condicionantes biológicos, psicológicos e sociais como, a condição de emprego, nível de educação, situação socioeconômica, ambiente familiar, cultura, discriminação, preconceitos, etc, os quais podem influenciar diretamente na permanência ou na ausência de saúde mental. Por isso, é de suma importância o reconhecimento e a consideração da relação desses determinantes e condicionantes com a saúde mental pois, eles possibilitam a criação de políticas de saúde, de estratégias de promoção e prevenção da saúde, tratamentos e atendimentos que condizem mais adequadamente com a situação de saúde específica de cada indivíduo.

Tal conceito foi inovador ao expandir a noção do conceito de saúde incluindo aspectos físicos, mentais e sociais. Entretanto, recebeu críticas e novas proposições ao longo de sua existência devido a dificuldade e/ou impossibilidade da concretização de sua definição de um completo bem-estar, pois, cada país tem sua realidade e particularidades no cenário político, econômico e cultural (GAINO et al, 2018). No caso do Brasil:

Seguindo propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro, o conceito de saúde foi formalmente revisitado e influenciado por experiências internacionais envolvendo políticas de saúde, como discutido principalmente na 8a. Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Naquela ocasião foi sugerido que a saúde incluísse fatores como dieta, educação, trabalho, situação de moradia, renda e acesso a serviços de saúde(1,8). Como

resultado, o conceito brasileiro de saúde começou a ser entendido de forma mais complexa, considerando os princípios de universalidade, integralidade e equidade no cuidado à saúde. (GAINO et al., 2018, p.110)

1.3. A HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL

Do século XVI ao início do século XIX, a loucura no Brasil esteve presente no convívio social de forma silenciosa, sendo o seu portador encarcerado nas prisões públicas da época, eventualmente e temporariamente. Não há relatos sobre os doentes mentais, seus costumes e formas de vida social até o século XIX devido à mudança da família real portuguesa para o Brasil (MARIANO; MILANO, 2017). Com sua chegada, a loucura ganhou espaço entre os problemas públicos brasileiros. Assim, a partir do início do século XIX, a loucura passou a ser reconhecida como perturbação da ordem, paz social e um obstáculo ao crescimento econômico. Dessa forma, engendrou-se circunstâncias similares ao que Foucault descreveu como o período de “a grande internação” a partir dos séculos XVII e XVIII. Além disso, em associação com o governo, a loucura também passou a ser vinculada com um discurso religioso que progressivamente, retirou-a do contexto social, isolando-a nos hospitais das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas, com o objetivo de recolher e isolar os loucos e sanear as cidades, como já era de costume na Europa (VECHI, 2004).

No cenário brasileiro, a discussão da loucura esteve fortemente vinculada às Santas Casas de Misericórdia³. O vocábulo “misericórdia” tem sua origem no latim e significa “doar seu coração a outrem” (“misere” e “cordis”). Em sentido mais amplo quer dizer “doar a quem necessita”. Nesse sentido, com inspiração católica e o propósito de prover apoio espiritual e físico, as Santas Casas tinham o objetivo de atender este princípio, recebendo os mais necessitados, incluindo os considerados loucos, enfermos, idosos, entre outros. Na maioria dos países, elas anteciparam às atividades estatais de assistência social e à saúde. Especificamente, no Brasil, essas instituições apresentaram duas fases: de natureza caritativa em meados do século XVIII até 1837 e, de natureza filantrópica no período de 1838 a 1940. (CMB, 2016). Nesse período, a entrada no hospício era justificada pela perturbação à moral, aos bons costumes e à ordem. Nessas

³ A primeira Santa Casa do mundo foi criada em 15 de agosto de 1498, em Lisboa, pela rainha Leonor de Lencastre, esposa de Dom João II, originando a "Confraria de Nossa Senhora de Misericórdia", em um período da história lembrado por tragédias, guerras e pelas grandes navegações. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>

instituições, a loucura era objeto de suporte espiritual e de correção moral, entretanto, o que prevalecia eram os maus tratos, a repressão física e a falta de condições de higiene (VECHI, 2004).

No final do século XIX, após a proclamação da república, em 1889, a loucura foi retirada do discurso religioso e desvinculada das Santas Casas e passou a ser subordinada do discurso científico associado ao Estado por meio de serviços médicos especializados (MARIANO; MILANO, 2017). Assim:

Dessa forma, do século XVI ao início do século XIX, de acordo com Figueiredo (1996), se “alguma política recaiu sobre o doente mental (...) esta foi a do controle social” (p. 169). Foi nesse período de nossa história que se iniciou a exclusão social da loucura, isto é, o processo, por intermédio do qual a loucura foi progressivamente desabitando o contexto social para ser confinada a lugares específicos (Machado, Loureiro, Luz, & Muricy, 1978). (VECHI, 2004, p. 490).

Com o intuito de fazer um resgate histórico do século XX, de 1935 até o ano de início do século XXI, 2001, Guimarães (2010), elenca alguns acontecimentos e legislações brasileiras que exemplificam as mudanças em relação à saúde mental no decorrer do tempo. O autor dividiu o resgate histórico em dois períodos: 1935-1990 e 1991-2001. No período de 1930-1960, elenca que após a promulgação da Constituição Federal de 1934, o cenário político, econômico e social do país passou por crises sucessivas devido ao pós-Primeira Guerra e crise de 1929. Nesse período, a doença mental era vista no âmbito da ordem pública e da polícia, com uma atuação repressiva da psiquiatria e sem garantia do direito de cidadania; a legislação de 1935 a 1940 destinou-se às questões administrativas relativas à criação e organização da assistência em serviços de saúde específicos; a partir de 1960, teve-se uma ênfase no discurso legal sobre o tratamento hospitalar das pessoas com transtornos mentais, a legislação da década de 1960 reverberou avanços nas formas de tratamento com a criação da Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço Nacional de Doenças Mentais, que objetivava a reabilitação de pacientes em todos os hospitais psiquiátricos do país e a qualificação da formação de profissionais da área; em 1967, foi instituída a Campanha Nacional de Saúde Mental com o intuito de reduzir a incidência de transtornos mentais no país, no qual as ações deveriam acontecer em outros serviços e em contraposição ao modelo hospitalocêntrico⁴ que lidava com o fenômeno do transtorno mental e do

⁴ Termo utilizado para caracterizar o modelo focado no atendimento hospitalar, na medicalização, no saber do médico, na doença e não no usuário. No caso da saúde mental, os hospitais psiquiátricos. (BREDOW; DRAVANZ, 2010). No modelo hospitalocêntrico, o assistente social tende a assumir funções

sofrimento psíquico com a centralidade na medicina, no biológico, na internação e no atendimento hospitalar. Entretanto, no período da ditadura militar, encontraram no louco uma fonte de lucro (GUIMARÃES, 2010).

De meados do século XX ao final da década de 1980, o discurso da saúde mental, organizado pela Psiquiatria e por outras disciplinas, representou uma nova tentativa de tratar a loucura através da perspectiva psicossocial, incluindo questões de cidadania e inclusão social. Já a partir do final da década de 80 até a atualidade, foi introduzido o discurso da desinstitucionalização que propõe a necessidade de sua desconstrução e modificação das concepções e tratamentos relacionados à loucura e saúde mental. Assim,

(...) o Brasil encontrava-se com uma nova tendência discursiva: o discurso da desinstitucionalização, instituído, sobretudo, a partir do discurso médico italiano da Psiquiatria Democrática. Nessa época, Foucault, Basaglia, entre outros, foram reinseridos no discurso a respeito da assistência à saúde mental. Esse procedimento substituiu o discurso relacionado à tendência sanitarista do movimento de reforma anterior. Os hospitais-dia começaram a ser utilizados na assistência pública à saúde mental no Brasil, e os serviços de tipo internação integral reformulados (Amarante, 1998b). (VECHI, 2004, p. 493).

Posteriormente, essa ideologia e reformulação corroborou na criação de um movimento que influenciou o conceito de saúde mental no Brasil e resultou na Reforma Psiquiátrica Brasileira. No período anterior ao Movimento de Reforma Sanitária e ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, os atendimentos e tratamentos direcionados à indivíduos com doenças mentais era pautado por um viés higienista⁵, o qual buscava solucionar os problemas sociais da época como, doenças e comportamentos considerados inadequados pela sociedade através da higienização física e mental da população e das intervenções em diversos âmbitos, inclusive na saúde, com a tendência de associar certos problemas psiquiátricos e as diferenças sociais como resultado da natureza humana e não pela construção das relações sociais (FRAZZATO; BELTRAME, 2016).

mais tradicionais e subordinadas em apoio ao fazer da categoria médica. Contribuindo, principalmente, na rotatividade dos leitos. (ROSA; LUSTOSA, 2015).

⁵ A partir da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) fundada em 1923, o higienismo na busca da hegemonia de uma coletividade sadia e moral nos preceitos da época, tinha princípios racistas, xenofóbicos, ditatoriais e fundamentados no biologicismo para higienizar a população fisicamente e mentalmente. Por exemplo, chegando a proibir o casamento entre os doentes mentais, descendentes de origem africana ou oriental e usuários de álcool e outras drogas (MARIANO; MILANO, 2017).

Ao analisar a história da discussão dos conceitos de saúde e saúde mental apreende-se que há dois paradigmas principais: o paradigma biomédico e o psicossocial. O biomédico, tem um foco na doença, no modelo hospitalocêntrico e na loucura sendo objeto de estudo da psiquiatria. No psicossocial, a saúde é tida como mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais (GAINO et al., 2018).

1.4. A SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

De acordo com a cronologia apresentada por Bravo (2006), no século 18, a assistência médica era filantrópica e focada em políticas sociais usadas como estratégia de legitimação da ordem burguesa e de acumulação do capital. No século 19, decorrente das transformações econômicas e políticas, começaram a surgir no campo da saúde algumas iniciativas para o monitoramento do exercício profissional devido às reivindicações do movimento operário. O progresso na conquista de alguns direitos das classes trabalhadoras foi mediado pela interferência estatal, exercendo o seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. Entretanto, apenas no século 20, esta interferência foi aprofundada através de iniciativas concretas de organização no setor de saúde e na elaboração de políticas, onde a assistência à saúde da população passa a ser considerada uma questão política governamental: “[...] a saúde emerge como ‘questão social’ no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (BRAVO, 2006, p. 1). Concomitantemente neste século:

A partir do ano de 1920, o Estado começa a se preocupar com o sistema de saúde brasileiro, e é através da Lei Elói Chaves, em 1923, que ocorre a criação do sistema de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas ferroviárias. Neste período, a principal mudança para a saúde mental foi a visão da importância do saber médico e não apenas intervenções de Campanhas Sanitárias (AMARANTE, 2015). (MARIANO; MILANI, 2017, p. 3)

No Brasil, a interferência estatal na saúde começou mais efetivamente na década de 30, por consequência das características econômicas - industrialização - e, políticas como, a redefinição do papel do Estado que possibilitou o desenvolvimento de políticas sociais que respondessem às questões sociais e às reivindicações dos trabalhadores.

Todavia, essas questões sociais deviam apresentar uma dualidade, ou seja, também deveriam assumir o papel de preservar e priorizar os sujeitos sociais considerados importantes, os assalariados urbanos, o que conseqüentemente ocasionava a precarização da higiene, saúde e habitação de outros sujeitos. Portanto, a política de saúde desse período é dividida em saúde pública e médica previdenciária.

O modelo previdenciário surgiu na década de 30 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais tinham a intenção de adiantar as demandas dos trabalhadores para evitar uma cobertura mais ampla. Como citado por Oliveira e Teixeira (1986, p. 61-65) apud Bravo (2006, p.5), o modelo de saúde dos anos 30 a 45 no Brasil foi de orientação contencionista em relação às despesas do setor, sendo efetivamente consolidado no período de 1945-1950. A situação da saúde da população entre 45-64 não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e as elevadas taxas de mortalidade e a partir dos anos 50, a estrutura de atendimento hospitalar, com fins lucrativos, já estava ligada aos interesses capitalistas e à defesa da privatização.

Esse setor se fortaleceu e prevaleceu a partir da década de 60, com a ditadura militar. Após o golpe militar de 1964, as reformas governamentais impulsionaram um sistema de saúde predominantemente privado, principalmente nas cidades. Concomitantemente, ocorreu a unificação dos IAPs por intermédio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pois, a saúde pública e a prestação de serviços não eram prioridades e sim, a acumulação de reservas financeiras (BRAVO, 2006).

No período de 64-74, o golpe militar de 64 instaurou a ditadura do grande capital e da saúde, como modelo focado no privilégio do produtor privado. Durante esse período, especificamente:

Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. A maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados (fee for service) geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma. (PAIM; TRAVASSOS, et al., 2011, p. 17)

Nesse período, a política assistencial era burocratizada e tinha a finalidade de aumentar o poder regulatório do Estado para com a sociedade, legitimar o regime e

servir de ferramenta para acumulação de capital, o que gerou crises e declínios da saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária, a qual sustentava um modelo baseado em ações individuais médico-hospitalares. Tal situação, posteriormente, impulsionou o questionamento da saúde como fonte de lucro para o capital e articulação do Movimento da Reforma Sanitária em torno da defesa da saúde pública e contra a sua privatização. Assim:

A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país,³⁹ reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. (PAIM; TRAVASSOS, et al., 2011, p. 18)

Especificamente na década de 1980, articularam-se mudanças significativas de inclusão social, cidadania, ética e na legislação, vinculadas aos princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira que são responsáveis por construir e efetivar mudanças respectivamente no âmbito da saúde e da saúde mental.

1.5. O PROCESSO DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira surgiu no início da década de 1970, com o intuito de transformar o sistema e/ou setor de saúde em busca da melhoria das condições de vida da população com expansão de direitos, gratuidade, universalidade e qualidade no acesso à saúde. A construção do projeto da Reforma Sanitária adveio da luta pela democratização da saúde articulada por profissionais da saúde, intelectuais, movimentos sociais e estudantes, os quais elaboraram crítica ao modelo e conceito de saúde em vigor, o qual era restrito ao âmbito curativo, biológico e individual, sem considerar o aspecto preventivo e os determinantes sociais do processo saúde-doença (ROSA; LUSTOSA, 2015). Esse processo envolveu obstáculos econômicos, políticos e ideológicos, porém:

Retrospectivamente, pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam

a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendraram a idéia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva. (PAIM, 2009, p. 29)

Concomitante à Ditadura Militar, os profissionais da saúde e outros atores sociais desenvolveram e contribuíram com as discussões políticas sobre a saúde pública:

Entre esses diversos atores do movimento sanitário, destacam-se ainda os médicos residentes, que na época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva; as primeiras greves realizadas depois de 1968; e os sindicatos médicos, que também estavam em fase de transformação. Esse movimento entra também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – as entidades médicas começam a ser renovadas. (BVS, c1995)

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária, pois ele tem o propósito de lutar pela democracia e de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário. Outro destaque é o movimento estudantil que teve um papel fundamental na propagação das ideias da reforma entre a comunidade estudantil através das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, especialmente, os realizados entre 1976 e 1978, entre outros, por representarem espaços praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões.

O Movimento de Reforma Sanitária organizava e buscava articular um conjunto de princípios e proposições vinculados à uma prática teórica e à uma prática política. Nesse sentido, a criação do CEBES, em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 e a proposição de criação do SUS, também em 1979, foram respostas sociais, políticas e ideológicas que buscavam articular as práticas políticas e teóricas (PAIM, 2009).

Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986:

A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária. (BVS, c1995)

A partir dessa conferência, a Reforma Sanitária configura-se como um projeto de conjunto de políticas articuladas (PAIM, 2009). As propostas da Reforma Sanitária

resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde de 1990 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo o reconhecimento da saúde como um direito e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais, ações e serviços com acesso universal e igualitário que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde (ROSA; LUSTOSA, 2015). Apesar dos avanços, a correlação de forças, questões de financiamento, organização e gestão, reduziram o seu viés reformista ou revolucionário o que conseqüentemente, influencia e afeta as relações entre saúde e determinantes sociais (PAIM, 2009).

Concomitantemente, na década de 1970, no bojo do Movimento da Reforma Sanitária estabeleceu-se outro movimento de suma importância para a saúde, especificamente para a saúde mental, o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

1.6. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No período entre 1974 a 1979, o foco era em uma maior efetividade no enfrentamento da questão social para, assim, canalizar as reivindicações e pressões populares. Nesse período, a Política Nacional de Saúde enfrentava problemas com a ampliação, recursos financeiros, interesses do setor estatal e empresarial médico e a emergência do Movimento Sanitário. As tentativas de reformas não conseguiam reverter a ênfase que a política de saúde tinha anteriormente quando comandada pelo setor privado, porém, o Ministério da Saúde retomou as medidas de saúde pública para tentar mudar esse quadro. Nessa perspectiva, a saúde na década de 1980 deixou de ser interesse apenas dos técnicos, para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2006). Nesta conjuntura, os profissionais de saúde, o Movimento Sanitário e os partidos políticos de oposição atuavam nos congressos a favor da universalização do acesso à saúde como direito social e dever do Estado.

O fato considerado mais marcante para a questão da saúde no Brasil ocorreu em março de 1986, em Brasília, na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reunindo gestores, profissionais e usuários, a fim de reestruturar o sistema de saúde vigente, essa conferência trouxe como pautas a saúde como direito, a Reforma Sanitária, o financiamento setorial, a inserção da sociedade na discussão sobre saúde, entre outros,

integrando e influenciando processos posteriores. Dois anos depois, esse processo também culminou na escrita e construção do capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 a qual instaura um sistema de proteção social baseado na concepção de seguridade social que universaliza os direitos sociais concebendo a saúde, assistência social e previdência como questão pública de responsabilidade do Estado, além de trazer a saúde como um direito universal, a proposta de criação do um Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros. A Constituição de 1988 incorpora avanços legalmente para os direitos sociais no Brasil e culmina com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e posteriormente, em 1988, do SUS com a Lei 8.080/1990 (HEIDRICH; DUARTE; ROSA, 2015).

A base legislativa do SUS é constituída por três documentos que expressam os elementos básicos e fundamentais que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro: A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988); A Lei nº 8.080 de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, a qual dispõe sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em âmbito nacional (BRASIL, 1990a); e a Lei nº 8.142 de 1990, que estabelece o modelo da participação popular no SUS e das transferências de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Segundo a Constituição de 88, o SUS é organizado em 3 diretrizes: descentralização; atendimento integral, dando prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. A descentralização trata-se da possibilidade de cada Estado, município e o DF decidir questões referentes ao SUS para haver adequação regional para os problemas de saúde de acordo com o local e sua realidade e para não ocorrer uma centralização em Brasília. O atendimento integral são ações preventivas, curativas, individuais e coletivas que envolvem a promoção, proteção e a recuperação da saúde. E a participação da comunidade é para integrar a população no debate e na discussão das políticas, serviços e ações.

A Constituição estabelece os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS, a Lei nº 8.080

que detalha a competência e atribuições da direção do SUS no âmbito nacional, estadual e municipal:

Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população. (BRASIL, 1990a)

Além de dispor sobre a competência, atribuições e o conjunto de ações e serviços prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, a Lei 8.080 também define as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, incluindo o SUS. Segundo ela:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; (...)
(BRASIL, 1990a)

Essa lei nasce nesse processo de construção da ideia de saúde como direito reafirmando elementos centrais da constituição, de que a responsabilidade pela saúde da população é estatal, porém com a valorização do papel do indivíduo, da comunidade e trazendo a ideia do conceito ampliado de saúde como um bem estar físico, mental e psicossocial almejando um sistema que valoriza o não adoecimento da população, com medidas de prevenção e promoção que acentuam a importância de assegurar ambientes,

idades, moradias e trabalhos que sejam adequados à promoção da saúde (MATTA, 2007).

Além dessas determinações, a organização do sistema também deve ser guiada pela determinação dos perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, os quais devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região. Contudo, a consolidação do SUS ocorreu num contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, com a introdução de mecanismos da economia de mercado, como a competição na organização dos serviços sociais e na redução do papel de provedor do Estado, bem como com a transferência dessa competência a organizações civis lucrativas ou não (FLEURY; LOBATO, 2009 apud BRAVO, 2006).

1.7. O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O início do processo do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil manifesta-se no bojo do Movimento Sanitário, nos anos 70, em concordância com a mudança dos modelos de atenção e de gestão na saúde, com a defesa da saúde coletiva, com a busca por equidade no acesso aos serviços e pelo protagonismo dos trabalhadores e usuários na construção e discussão do sistema de saúde. Concomitantemente, esse movimento também é influenciado pelo contexto internacional de mudanças em relação à violência nas instituições (BRASIL, 2005). A experiência italiana influenciou e mostrou a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas através da articulação para a criação de um novo modelo de atenção e de serviços substitutivos à saúde mental e pela defesa da desinstitucionalização em psiquiatria juntamente com sua crítica ao modelo psiquiátrico manicomial e hospitalocêntrico (HEIDRICH; DUARTE; ROSA, 2015).

Apesar desse vínculo com a Reforma Sanitária e com a influência da experiência italiana, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira também tem sua própria história e especificidades no cenário nacional. O agravamento da questão social resultante da ofensiva capitalista; a redução estatal na manutenção, implementação e execução das políticas públicas; o tratamento psiquiátrico nos moldes do modelo manicomial⁶ com

⁶De meados do século XIX a meados do século XX, o discurso e modelo manicomial propôs substituir o gerenciamento religioso da loucura por um gerenciamento instituído pelo discurso científico e/ou médico,

violência, segregação, enclausuramento e isolamento social dos pacientes em ambientes insalubres, entre outros, foram determinantes para o questionamento inadequado e precário do modelo psiquiátrico e manicomial brasileiro desde a década de 1970 (MOURA; FARIAS; SILVA, 2015).

Tenório(2002), situa o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira a partir da segunda metade da década de 1970, no contexto do processo de redemocratização, da ineficiência e do caráter privatista da política de saúde do governo, das denúncias de abandono e de violência contra os pacientes internados nos hospícios. Diante dessa realidade, o movimento assume como principal característica o reclame da cidadania e dos direitos do doente mental, trazendo um questionamento crítico ao modelo clássico da psiquiatria, exigências políticas, propostas de técnicas, teorias novas, etc. Entre 1960 e 1970, a experiência das comunidades terapêuticas e sua posição contrária às estruturas tradicionais do asilamento psiquiátrico, juntamente com o movimento da psiquiatria comunitária e sua intenção preventivista de promoção da saúde mental, influenciaram e constituíram parte importante do processo teórico e prático da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do Movimento Sanitário, profissionais da saúde, usuários com longo histórico de internações psiquiátricas, familiares e sindicalistas. Reivindicando direitos trabalhistas, um discurso humanitário, mudanças nas políticas de assistência psiquiátrica, humanização dos hospitais psiquiátricos, melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde mental e a criação de serviços de caráter ambulatorial para o atendimento das pessoas com transtorno mental (BEDIM, 2019).

Diante desta conjuntura, desde a década de 70, mais especificamente em 1978, inicia-se mais efetivamente o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, com a participação efetiva do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e, dos órgãos governamentais, como o Ministério de Saúde e o da Previdência Social. Destaca-se o apoio do MTSM, com um posicionamento contrário ao hospitalocentrismo, ou seja, na atuação e tratamento centrado no hospital, nas especialidades médicas, na doença e na cura; às más condições

representado principalmente pela Psiquiatria, que se pretendia biológica. A partir dele, a doença mental e a loucura passou a ser definida como patologia, tanto de ordem somática como moral (VECHI, 2004).

de trabalho e de tratamento, e à privatização da assistência psiquiátrica (TENÓRIO, 2002). Dessa forma:

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, p. 7, 2005)

De acordo com Ferreira e Araújo(2015), esse movimento propôs a crítica e a substituição do modelo manicomial e hospitalocêntrico por um modelo de comunidade terapêutica, depois ambulatorial e, atualmente em um modelo comunitário, focando no rompimento com a lógica asilar, na prática de reintegração social e na diversificação das formas de tratamento. Trata-se de um movimento compreendido como um processo de transformações legislativas, assistenciais, dos saberes, práticas, estereótipos, valores sociais e culturais especialmente na criação de políticas públicas para assistência e cuidado em saúde mental. Dessa forma:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

No decorrer dos anos, eles causaram grandes repercussões e lideraram acontecimentos que avançaram a luta até seu caráter antimanicomial e a reformulação do sistema nacional de saúde, juntamente com o Movimento Sanitário, principalmente, a partir da década de 1980.

1.8. A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ainda na década de 1980, o Movimento Sanitário assumiu a gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas de saúde com foco na racionalização, na humanização do asilo e na criação de ambulatórios como alternativa à internação. No entanto, elas não tiveram um impacto tão significativo na qualidade do atendimento e na mudança da hegemonia asilar, pois, a discussão sobre os direitos dos pacientes permaneceu limitada

ao aperfeiçoamento e universalização dos dispositivos tradicionais. Entretanto, nota-se nesse período um amadurecimento da crítica ao modelo privatista e asilar em conjunto com contribuições que consolidaram as características do Movimento da Reforma Psiquiátrica como: a ampliação dos atores sociais, iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de novas experiências institucionais nos cuidados em saúde mental e propostas e ações para a reorientação da assistência.

Neste período, também se acentua a importância do II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”; a I Conferência Nacional de Saúde Mental (RJ, 1987); o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes dos pacientes. Com repercussão nacional, os debates e as intervenções guiadas por eles, demonstraram e fortaleceram a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico e da Reforma Psiquiátrica em si, estabelecendo um novo horizonte de ação envolvendo não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano e as mentalidades dos pacientes (BRASIL, 2005).

Outro acontecimento importante na década de 80 que marca e impulsiona as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, é a entrada do projeto de lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG) no Congresso Nacional, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção nacional e progressiva dos manicômios. Posteriormente, veio a ser conhecida como a Lei nº 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Esse projeto previa o impedimento da construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento e das internações compulsórias à autoridade judiciária sem parecer sobre a legalidade da internação. Esse período e a intensificação do debate e da iniciativa de revisão legislativa impulsionaram os avanços que a luta alcançou ao longo dos anos seguintes (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1990, os avanços também foram expressos através da Portaria 189 (1991) do Ministério da Saúde que instituiu no Plano Nacional de Atenção em Saúde Mental custeados por verba pública, os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial.

Ambos são definidos como unidades de saúde regionais que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Outra conquista da época foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, a qual intensificou a participação social e estabeleceu a atenção integral e a cidadania. Posteriormente, o avanço consistente da reforma psiquiátrica na década de 1990 prosseguiu nos primeiros anos da década 2000, inclusive com a aprovação da Lei de Saúde Mental (Lei 10.216), em 6 de abril de 2001, decorridos 12 anos da apresentação, pelo deputado Paulo Delgado, do projeto de lei original. Essa lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com os pacientes internados por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária, arbitrária ou desnecessária. Nesse período, embora tenha permanecido com um teor de uma lei progressista ela sofreu inúmeras mudanças que refletem as contradições dos avanços na Saúde Mental e das concessões feitas a vista do capitalismo.

O grande capital se posicionou fortemente contra o que estava previsto no texto constitucional, o governo intencionava desmontar a proposta da seguridade social da Constituição de 1988 e introduzir uma contrarreforma. Essa contrarreforma almejava redução de custos, maior produtividade e a modificação do papel do Estado para que fosse apenas promotor e regulador do desenvolvimento econômico e social assim, transferindo suas atividades para o setor privado, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. Portanto, embora o processo constituinte e a promulgação da constituição federal de 1988 represente a extensão dos direitos sociais frente à crise e as desigualdades históricas, a constituição do SUS não representou a melhoria na saúde pois, sua operacionalização não ocorreu já que o acesso às políticas sociais também é determinado pela legislação vigente. Essa não operacionalização desencadeou a reorganização dos setores contrários à Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, a insatisfação e distanciamento da população e a consequente despolitização do processo.

Apesar disso:

A Lei 10.216/01, que traz novas roupagens para a Política de Saúde Mental, foi elaborada objetivando a consolidação de novas propostas, onde prevê alterações, tais como: a redução progressiva dos leitos psiquiátricos; a qualificação e fortalecimento do cuidado em saúde

mental na rede extra-hospitalar; a implantação do Programa de Volta para Casa; a inclusão de ações relativas à saúde mental no sistema de atenção básica; a promoção da formação permanente de recursos humanos para reforma psiquiátrica; a promoção dos direitos dos usuários e familiares, com incentivo à participação nas ações de cuidado; a inserção de medidas para garantir tratamento digno e de qualidade no âmbito judiciário; e a avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria). (TORRES; DE OLIVEIRA, 2019, p.3)

1.9. NOVAS FORMAS DE TRATAMENTO

A Lei 10.216/01 estabeleceu novas diretrizes para a área de saúde mental do país, com foco na humanização do tratamento e na formação de uma rede, onde o foco deixou de ser o hospital e passou a ser focado em um modelo de atenção à saúde mental que visa garantir a construção de projetos de inserção social, respeitando os princípios e direitos de cidadania que minimizem o estigma e promovam melhor qualidade de vida, de inclusão e reinserção social. A substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico possibilitou a criação e/ou construção de outros dispositivos ou serviços para cuidado em saúde mental, principalmente, a partir da Lei nº 10.216, em 2001.

No decorrer da última década, a Política de Saúde Mental passou por um processo de importantes transformações em busca da expansão e consolidação de um modelo de rede de atenção em saúde e saúde mental mais diversificado e humanitário.

Com esse cenário, deu-se início a novas formas de atendimento e tratamento às pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico, incluindo novos serviços e espaços de trabalho na rede de saúde mental, que absorveram o trabalho dos assistentes sociais. Veremos a seguir as características desta rede de atendimento.

1.9.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo proporcionar aos cidadãos uma rede de serviços de saúde integral por meio do acesso qualificado e da atenção de qualidade com a organização de serviços que estejam de acordo com a demanda e a situação de saúde do usuário. Essa rede é composta por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde:

No que se refere a população, esta é colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, e deve ser organizada sob forma de gerenciamento, com ênfase à gestão da oferta da atenção à saúde. A estrutura operacional é constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Entende-se por nós, o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Por fim, tem-se os modelos de atenção à saúde como terceiro elemento componente das RAS. Podem ser conceituados como os sistemas lógicos que organizam seu funcionamento, articulando de forma singular as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos a partir da análise situacional de saúde. (DAMACENO et al., 2020, p. 7)

No SUS, existem dois marcos legais para as RAS, a Portaria nº 4.279(30/12/2010), a qual estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto nº 7.508(28/06/2011), que as define como uma forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

1.9.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Uma das partes integrantes dessa rede de atenção é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088 de 23/12/2011, a qual busca consolidar um modelo de atenção aberta e de base comunitária, com a proposta de garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais. A Rede é composta por serviços como: os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais).

De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidados na Lei nº 10.216 (06/04/2001), a atenção a pessoas com transtornos mentais e com problemas advindos do uso e/ou dependência alcoólica e de outras drogas deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental constituídos por equipe multiprofissional, através de um modelo de atenção aberto que garanta a livre circulação pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Segundo a Portaria nº 3.088, a RAPS é responsável pela atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS), pela ampliação da concepção de cuidado e expansão das ofertas de atenção em serviços distribuídos na: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Entre esses serviços destacam-se os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Quadro 1. Organização dos componentes da RAPS.

Atenção Básica:	Atenção Psicossocial Especializada:	Atenção de Urgência e Emergência:
a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência;	a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;	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;
Atenção Residencial de Caráter Transitório:	Atenção Hospitalar:	Estratégias de Desinstitucionalização:
a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;	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;	a) Serviços Residenciais Terapêuticos e; reabilitação psicossocial.

Fonte: (BRASIL, 2011, artº 5)

COMPONENTES DA RAPS:

A Rede é composta por serviços como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais).

Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987. Os CAPS são pontos de atenção estratégicos da RAPS e substitutivos ao modelo asilar que realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, visando à promoção da vida comunitária, a reinserção social e a autonomia dos usuários, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. Eles foram instituídos juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), através da Portaria/SAS nº 224 em 29 de janeiro de 1992 e, atualizados pela Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002. Segundo ela, eles são constituídos nas seguintes modalidades:

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2002)

Residência terapêutica

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), também conhecidos como Residências Terapêuticas, são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde instituídas pela Portaria/GM n.º 106/2000 são casas e/ou locais de moradia, destinadas à pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, com foco principal para as que permaneceram em longas internações psiquiátricas e com impossibilidade de retornar às suas famílias. Durante muitos anos, a psiquiatria voltada para o padrão hospitalocêntrico produziu infinitas sequelas nas vidas de milhares de pessoas, pois, após um longo período de institucionalização, muitos sujeitos não têm vínculo com suas famílias ou seus familiares não os desejam mais em casa. Assim:

A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade é uma tarefa a que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2004, p. 5)

Elas são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos:

Art. 2º-B - Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo I desta Portaria.

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores. (BRASIL, 2000)

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.

Consultório de Rua

A Portaria nº122 (2011b) define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua que, posteriormente, são vinculados pela Portaria da RAPS. Eles visam ampliar e facilitar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, a qual se encontra em situação de vulnerabilidade e com os vínculos familiares inexistentes ou fragilizados.

As equipes multiprofissionais dos consultórios são organizadas em três modalidades: I - equipe formada minimamente por quatro profissionais, entre os quais dois obrigatoriamente deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional (A), e os demais agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação (B); II – equipe formada minimamente por seis profissionais, entre os quais três obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B; III – mesmas condições equipe da Modalidade II com o acréscimo de um médico (BRASIL, 2011b).

Centros de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura foram definidos pela Portaria nº 396/2005 como dispositivos integrantes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, com espaços de socialização e construção de lazer, cultura, saúde, entretenimento e inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Posteriormente, foram vinculados às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, pela Portaria nº 3.088 de 2011.

Unidade de Acolhimento (UA)

As UAs, instituídas pela Portaria MS/GM nº 121/2012, oferece cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial com o objetivo de oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e/ou outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O período de permanência é de até seis meses, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular definido pelo CAPS de referência e nas seguintes modalidades: adulto ou infantojuvenil (entre 10 e 18 anos incompletos), ambas com funcionamento vinte e quatro horas por dia e nos sete dias da semana. Elas funcionam de forma articulada com a atenção básica, que oferta o cuidado clínico geral, e com os CAPS que são responsáveis pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento, pelo planejamento da saída, pelo seguimento do cuidado e promoção da reinserção social do usuário na comunidade (BRASIL, 2012a).

Leitos de atenção integral

A Portaria nº 148/2012 define as normas de funcionamento e habilitação da Atenção e do Serviço Hospitalar de Referência para atenção dos indivíduos em sofrimento e/ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso e abuso de crack, álcool e outras drogas. Com o intuito de seguir os princípios do SUS, os leitos de atenção integral buscam assegurar a integralidade do cuidado e o direito do tratamento que vise o respeito pelo paciente no seu contexto histórico e social. Portanto, ao ter a necessidade de internação, os leitos prestam atendimento de urgências e emergências, prezando pela estabilização da crise através de uma internação reduzida e pela articulação com a rede de saúde mental para a continuidade do atendimento integral e de integração com equipe qualificada e diversificada (BRASIL, 2012b).

Impacto das novas formas de tratamento

A partir dos anos 90⁷ com grande impulso em 2002, o processo desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação e de redução de leitos em hospitais psiquiátricos passa a tornar-se política pública no Brasil com

⁷A Conferência de Caracas, realizada em 1990, também é um dos fatos importantes que criou um consenso entre os governantes latino-americanos em torno de um modelo psiquiátrico que deveria visar à atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva (MARIANO; MILANO, 2017).

normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos e novas formas de tratamento para a redução de leitos psiquiátricos. Assim:

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos. (BRASIL, 2005, p.13)

Embora seja um grande avanço, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos em cada região brasileira e as mudanças no decorrer dos anos, pois, o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações políticas, culturais e subjetivas na sociedade em âmbito federal, estadual e municipal. No decorrer dos anos, ocorreram várias transformações no âmbito da saúde e da saúde mental, incluindo também a descentralização da psicologização da saúde e reconhecimento da necessidade e importância da interdisciplinaridade e da inserção de profissionais de outras áreas, incluindo o serviço social.

CAPÍTULO 2 - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A literatura registra a inserção do profissional de Serviço Social na Saúde Mental no Brasil em meados da década de 1940, mais especificamente em 1946, nos centros de orientação infantil (COI) e centros de orientação juvenil (COJ), no âmbito dos chamados serviços sociais psiquiátricos, incluindo hospitais psiquiátricos, clínicas e manicômios. Entretanto, apesar da literatura registrar o início como sendo em 1946:

(...) nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera "privatização" dos serviços públicos de saúde). (BISNETO, 2016, p. 21)

Apenas no período da ditadura militar, mais especificamente nos anos 70, que se iniciou uma inserção e atuação mais efetiva do assistente social na saúde mental por demanda do Estado, que ao enxergar a loucura como uma fonte lucrativa ampliou o setor privado por meio dos manicômios, clínicas e hospitais psiquiátricos. A partir dessa ampliação, surgiu a necessidade de contratação de profissionais do Serviço Social, assim:

Com o planejamento centralizado da saúde pelo Estado foi possível se estabelecer normas (e haver a fiscalização de cumprimento da norma), como a de que todo estabelecimento psiquiátrico que cobrasse do INPS tivesse que ter assistentes sociais. Portanto, só nos anos 1970 se iniciou uma atuação quantitativamente expressiva em termos de número de assistentes sociais na área psiquiátrica. (...) Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. (BISNETO, 2016, p.24)

Esse cenário possibilitou a inserção concreta na área de saúde mental, porém no contexto de um sistema de saúde focado na mercantilização e privatização do cuidado, de forma precária, com baixa remuneração, e sem atuação específica definida por e para os assistentes sociais:

Nas primeiras práticas do Serviço Social na Saúde Mental destacam-se profissionais trabalhando nas alas de assistência de hospitais psiquiátricos, hierarquicamente subordinados aos médicos, atuando na obtenção de dados sociais dos pacientes e familiares, no contato aos familiares em caso de alta dos pacientes, entre outros. Caracterizando um trabalho assistencialista, sem criticidade e burocrático. (MAGALHÃES, 2018, p. 8)

Nesse período, a atuação tanto em instituições privadas quanto públicas seguia o modelo psiquiátrico manicomial, hospitalocêntrico, a lógica caritativa e filantrópica

ligadas à religião e o higienismo. O assistente social deveria atuar como um executor de políticas sociais, de acordo com as demandas do Estado assim, “os assistentes sociais eram situados como a “porta de entrada e saída” dos hospitais, e ocupava um lugar de subalternidade em relação aos médicos e a direção da instituição.” (MOURA, FARIAS; SILVA, 2015). Portanto:

Fazendo uma analogia, é possível analisar que o governo da ditadura militar tentou repetir a história, usando o serviço social em Saúde Mental nos anos 1970, tal qual Estado, o empresariado e a igreja, que, aliados, nas décadas de 1930 e 1940, implantaram o serviço social no Brasil visando, aspectos econômicos, políticos e ideológicos, ou seja, facilitar a acumulação capitalista, controlar os trabalhadores e legitimar o modelo social. (BISNETO, 2016, p. 27)

Esta inserção subordinada estava inclusive em sintonia com o histórico de atuação de formação do serviço social. Em sua origem, a profissão esteve fortemente vinculada à igreja com ações de caridade, filantropia e higienismo, assim, conseqüentemente, o conservadorismo dentro da profissão sempre foi muito forte.

A partir da década de 40, o assistente social passou a compor a equipe de profissionais na área da saúde mental, na década de 50 a atuação foi inserida em hospital psiquiátrico, porém em uma condição de inferioridade em relação à medicina, assim atuação limitava-se aos serviços rotineiros e burocráticos. Na década de 70, começaram a surgir intervenções que propuseram avanços na área da saúde mental, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, buscando atender o indivíduo em suas necessidades e no serviço social, a busca pela construção de um projeto profissional pautado na teoria social (GOMES; CARIAGA SILVA, 2017). Contudo, a partir dos anos 80 com o processo de redemocratização dois movimentos influenciam não só uma mudança na forma como se organiza a saúde mental no Brasil, mas também na forma como o serviço social se insere nisso.

Como já visto mesmo diante do contexto repressivo e violento da ditadura militar, a partir dos embates políticos, manifestações e articulações os movimentos sociais como, o da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, se articulavam em busca de uma reforma do sistema de saúde democrática, universal e como direito, tanto na elaboração das políticas quanto na atuação profissional e também na incorporação e surgimento de novos espaços ocupacionais, formas de atuação e competências profissionais.

Estes são movimentos que como já demonstrado serão fundamentais à nova lógica de saúde universal no Brasil e conseqüentemente a revisão dos parâmetros para tratamento de saúde mental.

Concomitantemente, nesse período, articulou-se também neste período o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, o qual também integra e influencia a discussão do assistente social na saúde mental.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina articula-se no final dos anos 1960 e no início dos anos 1970 a partir da recusa e da crítica ao conservadorismo profissional no contexto de crise econômica e intensa efervescência política no continente latino-americano, intensificação das lutas sociais e na correlação de forças entre a classe burguesa e classe operária (NUNES, 2017).

Esse processo de construção, de renovação e atuação profissional do Serviço Social brasileiro não ocorreu de forma contínua, homogênea e linear, tendo divergências dentro da própria categoria com diferentes vertentes do movimento, entretanto, as três vertentes teórico-metodológicas centrais foram: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

A modernizadora tinha o viés positivista com cunho de modernização conservadora e tecnocrática na produção do conhecimento e na intervenção profissional; a reatualização do conservadorismo seguia a fenomenologia, ou seja, olhando os sujeitos em suas vivências singulares, assim os fenômenos seriam estudados e/ou explicados em si sem levar em conta a totalidade da sociedade como um todo; e a intenção de ruptura que seguiu o viés marxista remetendo à consciência de classe, transformação social e a importância de um posicionamento político-ideológico. Apesar dele apresentar-se de forma heterogênea, o agravamento da questão social e reivindicação da classe operária de inserção no cenário político-social influenciou a vertente com viés marxista que intentou a ruptura com o Serviço Social tradicional e conservador, por meio da crítica à prática profissional; do reconhecimento dos assistentes sociais quanto à sua identificação político-ideológica; com a negação da neutralidade profissional, a qual orientava a profissão posteriormente; e pela emergência da classe operária no cenário político-social, exigindo o seu reconhecimento como classe social. Considera-se que esse processo de renovação crítica da profissão permitiu

a construção de um Projeto Ético-Político e societário numa perspectiva crítico-dialética (YAZBEK, 2009).

Assim, devido à influência do Movimento de Reconceituação e do processo de redemocratização da sociedade brasileira e apesar da repressão da ditadura militar, desde o final da década de 70, o Serviço Social brasileiro busca articular um projeto profissional comprometido com os interesses das classes trabalhadoras.

Politicamente, este processo teve seu marco no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 1979, na Cidade de São Paulo, onde os profissionais se mobilizaram para substituir a mesa de abertura composta por nomes oficiais da ditadura, por nomes do movimento dos trabalhadores. Este congresso ficou conhecido como o “Congresso da Virada”. Esse projeto avançou nos anos 1980 com o Código de Ética de 1986 e com a Constituição Federal de 1988, consolidou-se nos 1990 e atualmente, está em construção, fortemente tensionado pelo neoliberalismo e conservadorismo da sociedade que não corroboram com a universalização, garantia e permanência dos direitos. (TEIXEIRA; BRAZ, 2012).

Posteriormente, em 1993, é instituída a Lei nº 8.662 que regulamenta e dispõe o novo Código de Ética Profissional que permanece em vigência até os dias atuais e encontra-se em harmonia com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

No artigo 4º, ele define como competência do assistente social:

- I – elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais;
- II – elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos da área;
- III – encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população;
- V – orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais, no sentido de identificar recursos e fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI – planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- VII – planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VII – prestar assessoria e consultoria a órgão da administração pública direta e indireta;
- IX – prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada a políticas sociais;
- X – planejar, organizar e administrar em SS;
- XI – realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços (BRASIL, 1993)

A relevância de se ter um projeto e código de ética é que ambos indicam a direção que a categoria deve seguir, portanto, eles representam a imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos,

normas e práticas. A partir deles, explicita-se a importância de uma postura crítica, ética e autorreflexiva da prática profissional vinculada a processos históricos, políticos, culturais, sociais, institucionais e ideológicos. Concomitantemente, eles também representam as contradições dos princípios e valores da profissão com os interesses e determinações advindas do Estado e do capitalismo, assim, o projeto e o Serviço Social brasileiro como um todo está em contínuo processo de transformação. Portanto, foi e continua sendo de suma importância problematizar o lugar que a profissão tem assumido historicamente para construir e manter uma prática comprometida com os direitos de acordo com a CF de 1988, com o código de ética e com o projeto éticopolítico da profissão. Essa discussão apreende todos os campos de atuação, não somente o da saúde mental, porém eles são essenciais para o trabalho dos profissionais na saúde em todas as suas dimensões: no atendimento, no planejamento, na participação social e no resgate histórico da prática profissional.

Em resumo, a inserção e construção do Serviço Social na Saúde Mental envolve os efeitos de três movimentos sociais: Movimento da Reforma Sanitária; Movimento de Reconceituação do Serviço Social e Movimento de Reforma Psiquiátrica. O Movimento da Reforma Sanitária foi a base para reestruturar o sistema de saúde brasileiro como um todo, culminando no conceito de saúde universal e direitos de todos prevista na Constituição Federal e na Lei 8080. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social reestruturou e regulamentou a profissão rompendo o vínculo que a profissão tinha em sua origem e primeiros anos, com cunho caritativo, filantrópico, ligado à religião, etc, para assim assumir uma postura crítica, reflexiva e ética na atuação profissional com base na garantia de direitos. Postura que se adequa ao novo entendimento de saúde previsto na Constituição e na Lei 8080. Por fim, o Movimento de Reforma Psiquiátrica corroborou a mudança no sistema de saúde com foco na saúde mental e significou a criação de um espaço de construção de direitos e de visão do usuário como sujeito e fruto do seu meio social.

Esses três movimentos foram de suma importância para essa área pois, suas articulações, lutas e reivindicações corroboram na construção da legislação da CF de 88, do SUS, da Lei nº 10.216 e outras legislações relacionadas à saúde e saúde mental que mesmo não sendo totalmente consolidadas, contribuem na construção de um sistema de

saúde universal e integral trazendo uma nova perspectiva para o tratamento e atendimento em saúde mental.

Na década de 90, diante desse contexto e do processo de redemocratização do Brasil emerge o campo da atenção psicossocial. Em consonância com as diretrizes do SUS e da CF de 1988, o modelo psicossocial começa a mudar mais efetivamente a relação da atuação, da formação e das concepções relacionadas à saúde. Entre essas mudanças, o apontamento e reforço da existência e influência de diversos determinantes, além dos biológicos, no processo-doença representa um papel importante pois, esse reconhecimento corrobora em tirar o foco da psicologização na atuação na área da saúde mental o que conseqüentemente, faz com que outras áreas ganhem espaço, incluindo o Serviço Social.

Além do reconhecimento da necessidade de incorporação de outras áreas, a inserção e reconhecimento do assistente social também ocorre por ser considerado um profissional que possui uma formação generalista, desse modo sua atuação pode ser realizada nas mais diversas áreas do saber. Inclusive, a partir da literatura estudada, percebe-se uma sintonia entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e os fundamentos do Projeto Ético-Político e do Código de Ética do serviço social como:

1) a liberdade como valor basilar, inscrito na palavra de ordem do movimento da luta antimanicomial “a liberdade é terapêutica”, impondo o cuidado comunitário, em contraponto a modelos segregadores/excludentes que se calcaram na presunção da periculosidade e incapacidade para forjar uma modalidade de tratamento que desabilitou a pessoa com transtorno mental para o convívio social, gerando vários tipos de violação de direitos humanos e conseqüentemente uma dívida histórica do Estado para com esse segmento; 2) a defesa intransigente dos direitos humanos; 3) a luta pela eliminação de todas as formas de preconceito, na perspectiva de contribuir para a construção de outra relação entre a sociedade e o louco/loucura, mudando o imaginário social; e 4) empenho na garantia da qualidade dos serviços prestados, haja vista o crescente desinvestimento do Estado em gastos sociais e precarização das relações de trabalho. (ROSA; LUSTOSA, 2012)

Tal sintonia acompanhada das novas perspectivas da saúde nesse período marcaram a adequação e o fortalecimento do Serviço Social no âmbito da saúde enquanto categoria com a incorporação e ampliação de novos processos de trabalhos, de novas leis e com aparatos legais próprios nesses espaços de trabalho como, com a criação da Portaria/SAS nº 224 de 1992 que preconiza a inserção de assistentes sociais nas equipes de saúde mental em todas as esferas; a Lei nº 8662, de 1993 que regulamenta a profissão, e o Código de Ética de 1993, entre outras (MAGALHÃES, 2018). A Portaria/SAS nº 224/1992 regulamenta que:

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde) (...). No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local. (BRASIL, 1992, p. 2)

Outras grandes conquistas que ampliaram e consolidaram a prática profissional dos assistentes sociais na saúde se dão através da resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que reconhece o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior e da resolução nº 338/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela CF de 1988, na própria formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993 (MAGALHÃES, 2018). Tais legislações reconhecem a importância da inserção do assistente social na saúde mental pois ao revisarem o conceito de saúde reconhecem a sua importância profissional.

Para compreender a inserção e a importância do assistente social na saúde mental é necessário entender que a questão social na saúde mental é expressa, principalmente, a partir da exclusão do indivíduo com transtorno ou sofrimento mental dos meios de convívio social por serem tidos como perigosos e improdutivos, sem levar em conta determinantes além do biológico. Em vista disso, de 1990 em diante, o Serviço Social adota um posicionamento de maior comprometimento na área de saúde mental, buscando consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária e garantir os direitos conquistados na Constituinte. Inserido nesse contexto, cabe ao assistente social, tanto academicamente quanto na prática profissional, apropriar-se do seu potencial teórico-metodológico e crítico-reflexivo para identificar e analisar os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais para buscar efetivar a cidadania do usuário dos serviços de saúde mental, orientando-os sobre os direitos, estimulando-os a reivindicarem melhorias na qualidade dos serviços e buscando reduzir o isolamento e a exclusão dos portadores de transtorno mental.

Visando essa concretização do pleno bem-estar físico, mental e social do paciente e/ou usuário é imprescindível a construção, articulação e promoção das redes atenção integral à saúde mental por meio da interdisciplinaridade e equipe multiprofissional, pois, essa relação de cooperação coletiva possibilita uma democracia de opiniões entre áreas diferentes (APPEL, 2017). Nessa perspectiva, a atuação do assistente social passa a ter potencialidade de representar um papel muito importante nessa área, pois:

O assistente social participa de todas as etapas da atenção da saúde mental, desde o planejamento e execução das ações de promoção e prevenção das situações de risco de adoecimento mental, nas atividades de acolhimento, reabilitação e tratamento terapêutico até a consolidação da reinserção social do usuário. Portanto, em razão do seu desempenho e saber profissional, sua atuação na equipe interdisciplinar é fundamental, pois contribui de forma enriquecedora e única no olhar “circular” e na intervenção “empática, acessível e resolutiva” junto ao usuário, sujeito principal do atendimento multidisciplinar e consequentemente do Sistema Único de Saúde – SUS. (FERREIRA; ARAÚJO, 2015, p. 21)

Apesar dessa potencialidade e capacidade de atuação com o social, ela não é exclusiva do profissional de Serviço Social, sendo assim, a interdisciplinaridade com os demais profissionais é imprescindível, sem esquecer as atribuições específicas de sua profissão. Portanto, torna-se mais crucial ainda a criação, delimitação e o entendimento do papel enquanto profissional do Serviço Social e a leitura acerca da legislação profissional.

Como uma forma de direcionamento aos profissionais, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) aprova, em 2009, os “Parâmetros de Atuação do Assistente Social em Saúde”. De acordo com esses parâmetros, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político se sintonizem com foco no: atendimento direto aos usuários, através de ações socioeducativas e ações de articulação com a equipe de saúde; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional, de forma que mantenha a visão crítica da realidade e promova ações que possam contribuir para a cidadania, reinserção social e a emancipação dos indivíduos.

Apesar dos avanços, a prática profissional se desenvolve a partir de fatos e momentos históricos, políticos, econômicos e sociais que a determinam e influenciam, assim, o profissional vem historicamente produzindo conhecimentos e possibilidades de enfrentamento aos desafios impostos. Nos anos 1970, no contexto da crise mundial do

capitalismo, o conservadorismo precisou se reatualizar, incorporando princípios do neoliberalismo para enfrentar as tensões sociais. Assim:

O neoconservadorismo apresenta-se, então, como forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais. (BARROCO, 2015, p. 624)

Como já visto, a partir da década de 1980, novas concepções e práticas em saúde mental começam a se desenvolver no país, todavia, com o advento das ações neoliberais, assim a realidade aponta para um campo desafiador a plena efetivação dos direitos, dos princípios e valores que foram socialmente conquistados no processo do Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. No Brasil, essa consolidação neoliberal foi mais forte a partir dos anos 1990, assim agravando a desigualdade, a exploração e precarização do trabalho e das condições de vida da classe trabalhadora e dos setores marginalizados, através de programas sociais focalizados e paliativos. Diante dessa conjuntura, existe uma disputa no âmbito da saúde entre os dois projetos societários vigentes que apresentam diferentes requisições para o Serviço Social, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto Neoliberal Privatista. De um lado:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (PARÂMETROS, 2010, p. 26)

Assim, estrutura-se um dos principais desafios profissionais do Serviço Social da atualidade, garantir que os avanços teórico-políticos e acadêmicos construídos desde a década de 1980, mantenham uma relação de unidade com a prática e a formação profissional. Esse neoconservadorismo também perpassa pela formação e pelo exercício profissional do assistente social, o que contribui para o empobrecimento da crítica e a naturalização das desigualdades. Consequentemente, práticas como: modelos de ação, tarefas policialescas, censura, controle dos usuários, individualização e focalização das situações são resgatadas e/ou mantidas, as quais retomam a atuação da origem do

Serviço Social. Ou seja, tarefas contrárias ao Código de Ética Profissional. É nesse campo contraditório que se encontra o assistente social.

Diante da consolidação e expansão neoliberal que se estrutura mais expressivamente, desde os anos 90, torna-se mais crucial ainda seguir a categoria mediação na prática profissional, a qual consiste numa atuação com maior proximidade com a realidade concreta, em concordância com a história e realidade dos usuários e da sociedade. Há dois tipos de mediação: a de primeira e a de segunda ordem. A primeira, tem como foco a real superação das expressões da questão social, de forma crítica e emancipatória. Já a segunda, foca em resoluções paliativas e imediatas, numa lógica de manutenção da ordem social.

O assistente social, deve atuar de acordo com as mediações de primeira ordem almejando uma atuação com totalidade e participação popular e/ou dos usuários. Ou seja, ações e modelos que estejam em consonância com o projeto ético-político. Porém, sempre levando em conta as contradições e limitações institucionais que impossibilitam sua total autonomia, pois:

Essas mediações são definidas pelo Estado, pelos grupos organizados de reprodução ideológicas e sistemáticas. Assim organizadas as mediações são repassadas através de políticas sociais orientadas conforme os interesses dominantes atendendo ora ao Estado, ora aos grupos que “defendem” os direitos sociais e ora aos segmentos de iniciativa privada. A demanda institucional difere da demanda profissional porque elas contêm propostas diferentes. (VERGARA, 2005, p. 9)

CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM REFLEXIVA E ANALÍTICA DA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Com o intuito de analisar e comparar as percepções referentes à prática profissional, desafios e limitações presentes em diferentes instituições no período entre 2009-2019, foram selecionados nove relatos de experiência de assistentes sociais e nove de estagiários de serviço social na área da saúde mental nas seguintes bases de dados e/ou sites: base de dados de dissertações e teses (IBICT), biblioteca virtual em saúde (BVS), coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), Google, Scielo, Serviço social e Saúde, Serviço Social e Sociedade e Temporalis.

Inicialmente, a pesquisa foi realizada pelo Google para obter-se uma visão mais geral sobre as produções referentes à serviço social e saúde mental. Posteriormente, fez-se a delimitação referente à prática profissional do assistente social no campo da saúde mental e foram selecionadas mais plataformas com o intuito de encontrar mais dados sobre a prática profissional do assistente social. A escolha das plataformas adveio do fato delas serem base de dados referência com grande acúmulo de material teórico sobre serviço social e saúde. Enquanto os textos foram selecionados a partir das seguintes palavras e/ou frases chaves: “saúde mental”, “saúde mental e serviço social”, “serviço social e saúde” e “prática/atuação/exercício/intervenção profissional do assistente social na saúde mental” e da decisão de focar na análise de relatos de experiência em campo.

No primeiro momento, pretendia-se analisar somente os relatos dos assistentes sociais em campo, porém devido à escassa literatura de relatos de experiência dos assistentes sociais, optou-se por incluir os relatos dos estagiários para complementar a análise da discussão e comparar seus relatos com os de assistentes sociais. A delimitação da quantidade dos relatos de ambos se deve à escassez da produção de relatos de experiência no campo da saúde mental.

A partir dessa pesquisa foram elaboradas quatro tabelas, sendo duas referentes aos relatos dos assistentes sociais e duas referentes aos estagiários. As primeiras tabelas, referem-se à organização das referências dos relatos selecionados para a análise

enquanto, as segundas tabelas são a sistematização das principais questões compartilhadas por ambos nos relatos.

A sistematização das segundas tabelas advém do conteúdo dos relatos em primeira pessoa, dos assistentes sociais e estagiários, entretanto, percebe-se uma linearidade com a bibliografia referência utilizada nos capítulos anteriores. Na prática, a inserção e atuação profissional do serviço social foi e vem sendo compartilhada ao longo do tempo através dos estudos e relatos de experiência de assistentes sociais e estagiários que atuam em diferentes anos, instituições e regiões.

Embora morosamente e em pouca quantidade, é possível aprender sobre a atuação em si e sobre seus desafios a partir das experiências, desafios e possibilidades compartilhadas nos relatos e outros trabalhos sobre a área. Essa produção do Serviço Social brasileiro tem contribuído, no acúmulo teórico, reflexivo e prático da profissão nessa área.

Seguem abaixo as tabelas com a organização das referências selecionadas:

Quadro 2 – Relação de Bibliografias Analisadas produzidas por assistentes sociais.

ASSISTENTES SOCIAIS:
1. BEDIM, Vanisse Bernardes. Atuação do assistente social na rede de saúde mental do município de Juiz de Fora/MG: um relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019.
2. DA SILVA, Grayceane Gomes; DE MORAES, Meyrilane Barros. Caminhos da intersetorialidade: uma reflexão sobre a inter-relação da Política de Assistência Social e a rede de Saúde Mental no município de Paraipaba-CE. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 15 n. 1, 2016, Olinda. Anais eletrônicos [...]. Olinda: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019.

<p>3. DOS SANTOS, Roseana Gomes Leal; DA SILVA, Cristiane Pinto; DE LUCENA, Adriana Paula Rocha; FURTADO, Samuel Freire. Reflexões da prática do assistente social no cotidiano de trabalho da saúde mental na fundação pública estadual hospital de clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019.</p>
<p>4. GARCIA, V. R.; GUILHERME, R. C. Serviço social e saúde mental – reflexões sobre competências e atribuições privativas de assistentes sociais. Revista Sociais e Humanas, [S. l.], v. 32, n. 2, 2019. DOI: 10.5902/2317175836876.</p>
<p>5. GOMES, T. F.; CARIAGA SILVA, M. H. Intervenção do assistente social na saúde mental: um relato de experiência. Barbarói, v. 2, n. 50, p. 190 - 206, 5 jul. 2017.</p>
<p>6. HEIDRICH, Andrea Valente; DUARTE, Marco José de Oliveira; ROSA, L. C. dos S. Saúde mental, serviço social e direitos humanos: interfaces e desafios ético-políticos na produção do cuidado. In: Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Florianópolis, p. 1-8, 2015. Anais eletrônicos [...]. Santa Catarina: UFSC, 2015.</p>
<p>7. ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. Serv. Soc. Soc, n. 102, p. 339-351, 2010.</p>
<p>8. ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 27–50, 2015. DOI: 10.20396/sss.v11i1.8635023.</p>
<p>9. TORRES, Alexandra Beserra; DE OLIVEIRA, José Valmir Guimarães. O papel do assistente social na saúde mental por meio de relato de</p>

experiências em um hospital psiquiátrico em Fortaleza-CE. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019.

Quadro 3 - Relação de Bibliografias Analisadas produzidas por estagiários

ESTAGIÁRIOS:

1. BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, 23 dez. 2010.
2. DA SILVA, Jéssica Katariny Oliveira; DE CASTRO, Andressa Sonja Pereira. Atuação do serviço social na saúde mental: relato de experiência vivenciado no hospital municipal São Camilo de Lélis. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019.
3. DE MORAIS, Andressa Caroline. A experiência da vivência de estágio em serviço social no CAPS de Guaratuba: a atuação do assistente social no acolhimento às famílias dos usuários. 2019. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Paraná, Matinhos, 2019.
4. DE OLIVEIRA, Edivania Cristina; SILVA, Sara Cíntia Ferreira. A atuação do serviço social na saúde mental: a experiência do CAPS II. In: Seminário do ICBS – humanidades em contexto: saberes e interpretações. Mato Grosso, p. 925-936, 2014. Anais eletrônicos [...]. Mato Grosso: UFMT, 2014.

<p>5. FERREIRA, Alexandre Batista; ARAÚJO, Kesia Miriam Santos. A importância do serviço social na assistência à saúde mental. <i>Projeção, Direito e Sociedade</i>, Brasília, v. 6, n. 1, p.11- 27, jun. 2015.</p>
<p>6. OLIVEIRA, Ieda Regina Marques. <i>Serviço Social e saúde mental: uma reflexão acerca da profissão no espaço sócio-ocupacional</i>. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso - Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, 2016.</p>
<p>7. PIMENTEL, Andreia Queiroz. <i>Serviço Social e Saúde Mental: um olhar acerca do Serviço social na emergência psiquiátrica do Pronto Socorro Aeroporto, Macaé – RJ</i>. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2014.</p>
<p>8. SILVA, Jackeline Araujo; ARAUJO, Francisco Wallyson Silva; BELÉM, Jacqueline Vieira; PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. O trabalho do assistente social na saúde mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, v. 7 n. 1, 2015, São Luís. <i>Anais eletrônicos [...]</i>. São Luís: Universidade Federal de Maranhão, 2015.</p>
<p>9. WAZLWOSKY, Raquel Moreira; DE FREITAS, Carla Sene. 2019. Serviço social e saúde mental: a oficina de cidadania como estratégia de resistência e consolidação do trabalho profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. <i>Anais eletrônicos [...]</i>. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019.</p>

RELATOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Quadro 4 - Relação de Temas citados por assistentes sociais em seus textos.

ASSISTENTES SOCIAIS	T°1	T°2	T°3	T°4	T°5	T°6	T°7	T°8	T°9
AUTONOMIA DOS PACIENTES									X
DESCARACTERIZAÇÃO, SUBALTERNIZAÇÃO E/OU INDEFINIÇÃO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL			X				X	X	X
INTERSETORIALIDADE / INTERDISCIPLINARIDADE		X			X	X	X	X	X
NEOLIBERALISMO	X		X	X			X	X	
RECURSOS MATERIAIS E/OU HUMANOS	X		X	X		X			
PRODUÇÃO ESCASSA DE PROJETO PROFISSIONAL E/OU RELATOS DE CAMPO							X	X	
SOCIALIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO COM USUÁRIOS, FAMILIARES E/OU PROFISSIONAIS		X			X				X

A partir da literatura analisada, identifica-se como os principais pontos citados pelos assistentes sociais: a discussão sobre a intersetorialidade e/ou interdisciplinaridade, tanto pontos positivos quanto negativos; a influência do neoliberalismo; a escassez e/ou precariedade dos recursos materiais e/ou humanos; e a

descaracterização, subalternização e/ou indefinição da atuação profissional. Também são citados: a questão da socialização de informação com usuários, familiares e profissionais; autonomia dos pacientes; e a produção escassa do projeto profissional e/ou de relatos de campo na área de saúde mental. Por intermédio dessa sistematização e delimitação, busca-se ressaltar e construir um paralelo sobre o quê e de que forma os autores retratam questões referentes à sua prática profissional.

Diante do exposto pelos autores, há um consenso de que os profissionais de serviço social são essenciais para o fortalecimento do sistema de saúde, do Movimento de Reforma Psiquiátrica e na concretização dos direitos das pessoas com transtorno e/ou em sofrimento mental, tanto na intervenção direta com o paciente e/ou usuário, como na luta contra a redução dos direitos sociais e a precarização do sistema de saúde. Dessa forma, o campo da saúde mental e da atenção psicossocial vem sendo identificado como espaço sócio-ocupacional do serviço social, porém:

Contudo, o que se tem observado no Brasil é uma tendência à hegemonia dos saberes psi, identificáveis inclusive nas nomenclaturas dos dispositivos do campo como grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial... o próprio processo de cuidado ao usuário parte do que é chamado de “projeto terapêutico”. Outro indicador dessa hegemonia é a direção proposta ao trabalho realizado nos serviços substitutivos, em que os supervisores de equipe são majoritariamente psicólogos ou psiquiatras com formação psicanalítica. (ROBAINA, 2010, p.344)

Conseqüentemente, verifica-se uma tendência de seguir um modelo focado no psicológico vinculado ao neoliberalismo na medida em que as questões são tratadas em uma dimensão individual. Neste cenário, a ofensiva neoliberal tem colocado enormes desafios à contribuição do Serviço Social. Na visão de Robaina (2010), verificam-se duas matrizes de atuação do assistente social: a atividade clínica e a perspectiva vinculada ao projeto ético político. A atividade clínica se subordina aos saberes psi e por isso se desvincula do projeto ético-político da profissão, a qual advém de uma crise de identidade do assistente social numa área em que majoritariamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica. Enquanto, a perspectiva vinculada ao projeto ético-político, ou seja, uma atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia, busca contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais e das particularidades das expressões da questão social sem negar a importância da interdisciplinaridade. Assim:

(...) escapar aos constrangimentos da hegemonia psi não significa abster-se do campo ou assumir uma perspectiva assistencialista instrumental. Se a

tarefa histórica do Serviço Social na saúde mental não é ater-se à subjetividade, também não é restringir-se à assistência social. A saúde mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias, que nos diz respeito enquanto trabalhadores sociais. (ROBAINA, 2010, p. 345)

Portanto, deve-se manter uma contínua análise crítica da política de saúde mental e sua articulação com o projeto da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária e com os princípios inscritos no SUS; articular a relação com a política de saúde e com os profissionais em geral; e utilizar a pesquisa para a construção da intervenção do serviço social (ROBAINA, 2010).

Observa-se que as práticas e ações dos assistentes sociais na Saúde Mental são reconhecidas tanto por profissionais de outras categorias, quanto pelos próprios usuários dos serviços, por exemplo, ao se reconhecer a contribuição de uma escuta qualificada e/ou especializada, do acolhimento, dentre outros. Entretanto, são colocadas demandas e dimensões para o assistente social solucionar que a formação profissional do serviço social na graduação, nem sempre oferece resposta. Se fundamentados em um referencial teórico-metodológico que ofereça suporte, tais demandas podem trazer novos marcos para as políticas e práticas institucionais. Porém, são demandas às quais não se consegue responder de maneira crítica e imediata sem um amplo conhecimento e experiência na área (ROSA; LUSTOSA, 2015). Dessa forma:

(...) A resposta aos impasses identificados deverá ser construída pelo coletivo da categoria. Tais contornos vão exigir do assistente social trabalho em equipe, pelo menos multiprofissional, e criatividade, num contexto de desencanto, que se intensifica pelo baixo investimento no Sistema Único de Saúde, dado o avanço do ideário neoliberal, com as crescentes privatizações, retração de direitos sociais e baixo investimento em uma cultura pública democrática, observada na crescente procura pelos planos privados de saúde e parca luta coletiva em torno dos serviços públicos de saúde e educação. (ROSA; LUSTOSA, 2015, p.29)

Embora o assistente social precise em certa medida conhecer e se apropriar de conhecimentos, vertentes teóricas e clínicas específicas para poder dialogar com a equipe e exercer uma atuação condizente com a área, ele não deve se apropriar e se subalternizar a esses saberes ou a esses profissionais para processar seus registros profissionais pois, quando suas intervenções são descritas sem uma análise social, sem um diagnóstico de realidade mais amplo ou termo técnico que se diferencie de outras categorias profissionais há uma descaracterização da profissão. Sem uma prática profissional planejada e documentada da dimensão histórica do seu cotidiano

interventivo, deixa-se de produzir um instrumento importante para a defesa e preservação do seu exercício profissional, o social fica diluído e desqualificado. O que é totalmente prejudicial no âmbito psicossocial pois, uma visão de totalidade de intervenção e tratamento inclui a dimensão psi e a dimensão social (ROSA; LUSTOSA, 2015).

O fazer do assistente social na Saúde Mental é multideterminado, pelo contexto histórico, pelas políticas públicas, pela instituição e pela correlação de forças entre distintos projetos. Ele:

Depende do tipo de instituição em que atua. De sua história, da história de organização de sua equipe e da forma como organiza seus processos de trabalho. No modelo hospitalocêntrico, o assistente social tende a assumir funções mais tradicionais, subordinadas, e em apoio ao fazer da categoria médica. Contribui, principalmente, na agilidade da rotatividade dos leitos; promove atividades de educação em saúde; orienta sobre benefícios sociais e previdenciários, atua muito atrelado às famílias e articula a rede socioassistencial. No campo da atenção psicossocial, tendo por cerne os centros de atenção psicossocial – CAPS, há clivagens na atuação deste profissional, tendo em vista que há vários tipos de CAPS, alguns inclusive não contam com assistente social em sua equipe. (ROSA; LUSTOSA, 2015, p. 35)

O trabalho em equipe é requerido pelos novos processos de trabalho, podendo vir acompanhado por tensões, mas também pela colaboração e coletividade. As autoras complementam ainda que, a história de como se iniciou e compôs a equipe multiprofissional e determinado serviço também influencia no fazer dos assistentes sociais. Se o assistente social esteve presente desde o início da composição de uma equipe, há maiores chances de construir seu lugar de maneira mais ampla e autônoma e com relações menos hierarquizadas. Já os que integram posteriormente tendem a entrar em disputa direta por certas competências que não são de sua exclusividade, mas de várias categorias, no que se refere ao trabalho com famílias, trabalho com recursos comunitários, redes socioassistenciais e trabalho em atividades de geração de renda.

Em consonância com as questões abordadas, Silva e Moraes(2016) afirmam que para haver uma visão de totalidade dos usuários é necessário o atendimento em várias áreas, portanto, com a construção da intersetorialidade e de um acompanhamento conjunto. As autoras explicam que em certa medida já existe e se mantém uma comunicação entre os dispositivos de algumas regiões, no entanto, ainda é comum a falta de ações próximas e compartilhadas no âmbito das políticas sociais. A lógica dos encaminhamentos prevalece em relação aos acompanhamentos, planejamentos e

discussão de casos em conjunto, podendo até ocorrer uma responsabilização do paciente pela procura de um serviço e continuidade de seu acompanhamento, sem que haja um retorno de informações para saber se o direito foi alcançado. Assim, por vezes, os usuários não têm suas demandas atendidas em suas nuances devido à falta de comunicação entre as equipes de profissionais que compõem os serviços. Por isso, acentua-se que a intersectorialidade deve ser o princípio orientador, potencializando as ações desenvolvidas e possibilitando o atendimento integral e universal.

Dessa forma, a exigência para a construção de uma rede intersectorial já existe, devido à incompletude e fragilidade de atendimento por uma única política social diante as necessidades dos usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Em certa medida, verifica-se que ocorre minimamente uma articulação entre a rede psicossocial e os serviços da política de assistência social, as iniciativas e tentativas de viabilizar os direitos sociais já faz com que os profissionais se comuniquem entre si, mas o que vem acontecendo é um acompanhamento fragmentado, em que se utilizam principalmente os encaminhamentos e relatórios. Portanto, as autoras pontuam que há a necessidade imediata de fortalecimento da intersectorialidade e da execução das políticas de saúde mental e assistência social, de forma a superar a lógica do encaminhamento, que muitas vezes ocorre sem o devido acompanhamento, objetivando atender as demandas de forma imediatista. Esta articulação deve ser ampliada a todos atores envolvidos na execução das políticas setoriais do município e demais políticas sociais, sem reduzir-se às legislações, que muitas vezes limitam em aspectos formais e burocráticos. Exige-se a compreensão de que o acesso às políticas públicas objetiva ampliar a cidadania e garantir o atendimento integral (DA SILVA; DE MORAES, 2016).

Seguindo a mesma linha, Gomes e Cariaga Silva (2017) afirmam que com a vasta complexidade da saúde, tanto em sua necessidade quanto na contradição da realidade, deve-se elucidar a importância de um trabalho realizado em equipe numa relação de trocas de saberes, porém sem subalternizar a intervenção do assistente social. O Serviço Social tem a potencialidade de atuar com uma visão crítica e reflexiva da política, econômica, social e cultural da sociedade, de intervir e de compreender a realidade e os processos de reprodução das relações sociais. A título de exemplo da importância dessa potencialidade, Gomes e Cariaga Silva(2017) trazem que:

Durante as reuniões de equipe da Instituição as assistentes sociais contribuem com colocações pertinentes a respeito dos usuários, possuem uma visão de totalidade, são propositivas, possuem voz na reunião. As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, os atendimentos e orientações sociais são realizados resguardando o sigilo profissional. As profissionais possuem autonomia em tomar decisões referentes aos atendimentos realizados, agendamentos, visitas e preparo de grupos/oficinas. A relevância do Serviço Social na área da saúde mental aumentou, visto que a inclusão dos usuários e familiares nas políticas cresceu, a inserção nas ações de cidadania, direitos do sujeito, bem como o protagonismo do usuário e sua autonomia, são trabalhadas pelo assistente social. (GOMES; CARIAGA SILVA, 2017, p.199)

As redes de cuidados com os indivíduos com sofrimento mental proporcionam um espaço significativo para a atuação do assistente social, mas ainda há muito para ser construído no que tange à atuação. Há uma redução da importância e necessidade da profissão perante a sociedade, entretanto, mesmo no contexto de intersetorialidade, o assistente social vem conquistando seu lugar como um profissional essencial na saúde mental, o que torna o compartilhamento de experiências como essa de extrema importância para a transformação do modelo de atenção, das práticas de cuidado à saúde, para promoção da reinserção social, autonomia e direitos dos usuários e/ou pacientes.

No exercício profissional, o serviço social precisa intervir e lidar com as expressões da questão social e os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam e interferem no processo saúde e doença em um cenário de correlação de forças que, constantemente, causa um processo contínuo de avanços e retrocessos.

As mudanças decorrentes da reforma sanitária e psiquiátrica ocorrem e se propagam de maneira heterogênea e desigual pelo país, cada região constrói sua trajetória específica. Entretanto, independente desse fato, a Reforma Psiquiátrica como processo político de desconstrução do modelo manicomial de tratamento para a saúde mental é imprescindível para a construção de serviços, políticas e perspectivas no país todo. Seguindo os conceitos de desinstitucionalização, integralidade e intersetorialidade na construção da rede de atenção em saúde (RAS) e, principalmente, da rede de atenção psicossocial (RAPS). Dentre os desafios a serem enfrentados nessa construção, destaca-se também a influência e consequências causadas pelo neoliberalismo que dificultam o acesso aos direitos sociais básicos, os relacionados à moradia e ao trabalho, ou seja, os obstáculos concretos na reprodução da vida social dos sujeitos com sofrimento psíquico e a intervenção a partir dessa realidade (HEIDRICH; DUARTE; ROSA, 2015).

Como anteriormente citado, no contexto histórico, apesar dos avanços quanto a direitos e políticas sociais da década de 1990 preconizados pela Constituição Federal de 1988, temos no cenário brasileiro o advento do neoliberalismo. Ao defender a mínima participação do Estado na economia e a regulação mínima quanto ao mercado de trabalho, privatização, entre outros, há a redução dos recursos e investimentos nas políticas públicas e sociais, a exemplo da saúde e a política de saúde mental. Nesse contexto dessas reformas neoliberais do Estado capitalista, a atuação profissional do serviço social na saúde mental tem lidado com os desafios das lutas de classes no contexto do capitalismo e como um fenômeno político, social, econômico e institucional. Diante dessa realidade de coexistência de projetos sociais diferentes, conflitantes e antagônicos, mais desafios são impostos para os assistentes sociais e outros profissionais da saúde mental (GARCIA; GUILHERME, 2019). Assim, ocorrendo situações como a relatada por Torres e Oliveira(2019):

Atualmente, na cidade de Fortaleza, os Centros de Atenção Psicossocial não estão suprindo a demanda, gerando uma busca por internação das pessoas com transtornos mentais, proporcionando um entrave ao atendimento dos seus usuários. Este problema já foi denunciado no Jornal Diário do Nordeste, com circulação no dia 18 de novembro de 2011 (...). A reportagem segue relatando que usuários e parentes esperam até cinco dias para o atendimento. Na tentativa de minimizar as intermináveis filas de espera e o drama sofrido pelos clientes, uma decisão liminar do Juiz da 6ª Vara Federal, Ricardo Arruda, determinou, na época, que os pacientes graves, com prescrição de internação médica, não podem esperar mais que seis horas por um leito psiquiátrico. A decisão foi proferida no ano de 2011. Passados mais de oito anos, o problema ainda continua persistindo e sendo denunciado por usuários, por familiares e pelos profissionais da área. (TORRES; DE OLIVEIRA, 2019, p.4)

Nota-se que os interesses privatizantes incidem sobre a questão da saúde sempre em nome dos interesses do capital, num processo de precarização dos serviços. É fato que o conservadorismo faz parte da nossa trajetória profissional e que não podemos eliminá-lo completamente, porém, é preciso analisar em que medida ele está sendo superado. O seu enfrentamento é parte de uma luta maior, de combate a todas as formas de opressão, de alienação e de exploração. É principalmente nesse cenário que a atuação do assistente social é inserida com mais assertividade e ao mesmo tempo com desafios e contrariedade pois, essas dificuldades não decorrem apenas de possíveis limitações vinculadas ao adoecimento em si, mas de fatores variados e complexos, como ideologias, estereótipos, política, economia e valores dominantes da sociedade.

Nesse cenário, de avanços e retrocessos da Política de Saúde Mental exige-se maior esforço e articulação dos atores envolvidos no campo da saúde e o desafio da legitimação da garantia de direitos. Assim:

Portanto, torna-se necessário a apropriação e discussão das relações entre sociedade capitalista, alienação social, atuação do Serviço Social, loucura, racionalidade, seguridade social, e possibilidades de participação e controle social pelos profissionais da referida categoria. (DOS SANTOS; DA SILVA, et al., 2019, p. 4)

Durante sua trajetória de inserção e atuação ao longo do tempo, a atuação vem sendo transformada. Nesse cenário, os autores citam outro desafio e contradição, em decorrência da dissociação do objeto de intervenção do Serviço Social e o da organização institucional em que se encontra inserido. Em geral, nas instituições psiquiátricas, o assistente social encontra dificuldades em definir o seu objeto de prática, pois, às vezes, este não é institucionalmente solicitado, por ficar em segundo plano comparado à psiquiatria, ou seja, uma questão de hierarquização por um lado e de subalternização profissional por outro. Nessa direção, a atuação pode ser focada no sentido de complementaridade e garantia da eficácia desses profissionais.

É nesta perspectiva que o Serviço Social vem atuando desde os anos 1950 no modelo tradicional, nessa lógica do que não é diretamente associado com o psíquico é deslocado para o serviço social. A prática sempre esteve e permanece em transformação devido às transformações da psiquiatria e psicologia, mas também devido às transformações dentro da profissão. Geralmente, não ocorre uma homogeneidade entre os campos. Além disso, essas transformações também dependem de as instituições psiquiátricas estarem ou não de acordo com a racionalidade imposta pela sociedade capitalista. Dessa forma, a prática profissional é de difícil caracterização, pois ocorre em forma de processo e com modificações recorrentes não se configurando como uma intervenção pontual (DOS SANTOS; DA SILVA, et al., 2019). Portanto:

Sendo assim, um dos dilemas da atuação em Saúde Mental pelo Serviço Social enquanto (categoria profissional institucionalmente organizada e legitimada na divisão sócio técnica do trabalho) se configura nas relações sociais existentes nos espaços de atuação até os dias atuais que são muito mais apropriadas pela psiquiatria e por outras instituições do mundo da psicologia, dificultando a apropriação de suas práticas, objetos, produtos e etc., neste referido campo de atuação (...) (DOS SANTOS; DA SILVA, et al., 2019, p. 5)

São inúmeras as dificuldades postas, o cenário de precariedade e sucateamento das políticas públicas também influenciam e determinam o fazer profissional nos diversos campos, principalmente na saúde mental, com políticas com benefícios eventuais, com caráter seletivo, focalizado e ações com viés emergencial e burocrático. Assim impondo grandes desafios para o fortalecimento do projeto ético-político, na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, dos direitos dos usuários e no fazer profissional (DOS SANTOS; DA SILVA, et al., 2019). Portanto, é necessário estimular e fortalecer a mobilização e organização de assistentes sociais nas ações que envolvem a investigação, o planejamento e a gestão e dos usuários e familiares em torno do movimento de defesa de direitos para o fortalecimento da gestão democrática e participativa na saúde pois, a setorialização da política pública e dos recursos também impõe limites para a atuação do assistente social na saúde mental (BEDIM, 2019).

RELATOS DE ESTAGIÁRIOS

Quadro 5 - Relação de Temas citados por estagiários em seus textos.

ESTAGIÁRIOS	T°1	T°2	T°3	T°4	T°5	T°6	T°7	T°8	T°9
AUTONOMIA DOS PACIENTES			X	X		X	X		
DESCARACTERIZAÇÃO, SUBALTERNIZAÇÃO E/OU INDEFINIÇÃO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL		X			X				X
INTERSETORIALIDADE / INTERDISCIPLINARIDADE	X	X		X	X	X	X	X	X
NEOLIBERALISMO	X								
RECURSOS MATERIAIS E/OU HUMANOS			X	X	X			X	
PRODUÇÃO ESCASSA DE									

PROJETO PROFISSIONAL E/OU RELATOS DE CAMPO		X			X	X	X	X	
SOCIALIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO COM USUÁRIOS, FAMILIARES E/OU PROFISSIONAIS			X	X	X			X	X

A partir da literatura analisada, identifica-se como os principais pontos citados pelos estagiários: a discussão sobre a intersectorialidade e/ou interdisciplinaridade, tanto benefícios quanto malefícios; a socialização de informação com usuários; a produção escassa do projeto profissional e/ou de relatos de campo na área de saúde mental; a escassez e/ou precariedade dos recursos materiais e/ou humanos; e a descaracterização, subalternização e/ou indefinição da atuação profissional. Também são citados: a questão da autonomia dos pacientes e a influência do neoliberalismo. Nota-se uma linearidade com o conteúdo abordado pelos assistentes sociais o que reforça a importância da inclusão dos relatos de estagiários pois, o estágio é um processo enriquecedor e indispensável na formação profissional porque permite a inserção, aproximação da realidade em determinados campos e a análise da relação entre a teoria e a prática profissional.

Similar aos relatos dos assistentes sociais, os estagiários também pontuam majoritariamente a importância e desafios referentes à intersectorialidade e/ou interdisciplinaridade. Segundo Bredow e Dravanz (2010):

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersectorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário. (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232)

É neste sentido que o trabalho do assistente social deve estar direcionado, vinculando a intersectorialidade e/ou interdisciplinaridade e a integralidade almejando a potencialização da qualidade dos serviços e a superação dos diferentes fatores e expressões da questão social que envolvem o processo de saúde e doença. Na mesma linha, Pimentel (2014), discorre que:

Busca-se uma prática de colaboração mútua onde as relações se estabelecem de forma mais horizontal possível. A equipe trabalha com foco no objeto de intervenção e não com foco nas especialidades. Entre os limites dessa prática está o desafio em definir um projeto coletivo construído a partir das diferentes categorias profissionais, valorizando as especificidades entre a equipe sem perder o foco no objeto de intervenção, o indivíduo portador de sofrimento mental. (PIMENTEL, p. 64, 2014)

Dessa forma, “o profissional de Serviço Social deve articular-se com os demais profissionais, trabalhando com uma equipe multi e interdisciplinar da saúde, para juntos defenderem o SUS e formular estratégias para a consolidação dos direitos à saúde.” (FERREIRA; ARAÚJO, 2015, p. 23). Assim, “(...) pode-se compreender a necessidade da interlocução entre a equipe multiprofissional e os usuários, inclusive envolvendo-os como um todo, tendo em vista que o tratamento ocorre por meio do trato social conforme abordado na Reforma Psiquiátrica.” (OLIVEIRA, 2016, p.10). No seu relato, Silva e Castro (2019)⁸ também pontuam a importância da intersetorialidade:

A vivência no HMSCL, que apesar de trabalhar com internações de usuários, nos fez perceber que as consequências da Reforma Psiquiátrica estão dentro da instituição, como a inserção da interdisciplinaridade, que possibilita a participação de vários profissionais para potencializar o tratamento dos usuários da Saúde Mental. Dentro desse conjunto de profissionais inseridos após a Reforma estão os Assistentes Sociais que, por atuar com outros profissionais, acaba tendo suas funções confundidas dentro do hospital por parte de outros profissionais. (DA SILVA; DE CASTRO, 2019, p.6)

Apesar da concordância sobre a questão sobre a importância da intersetorialidade e/ou interdisciplinaridade, não se deve esquecer da individualidade e a essência teórica-prática da profissão, pois:

Apesar do amplo espaço profissional, atribuído ao assistente social na área de Saúde Mental desde a década de 1940, estes ainda experimentam a situação imprecisa de atuar sem uma demanda específica, já que assumem um grande número de demandas institucionais, obscurecendo a delimitação de seu espaço sócio-ocupacional. Isso pode ser explicado devido a pouca produção teórica na área. (PIMENTEL, 2014, p.87)

Nesse cenário, a autora relata que:

(...) foi analisada a grande falta de registro social nos prontuários por parte dos assistentes sociais, além da inexistência de produção escrita do serviço social (falta de um projeto profissional escrito, de planos de ação ou ainda algum outro registro próprio do Serviço Social escrito para orientar a prática) (...). (PIMENTEL, 2014, p. 14)

⁸A sigla “HMSCL” usada no trecho de referência de Silva e Castro (2019) significa: “Hospital Municipal São Camilo de Lellis”, local de referência utilizado no relato de experiência na área de saúde mental.

Devido a essa problemática de indefinição da prática escassez de relatos, percebe-se que em algumas instituições a importância dada ao serviço social ainda está relacionada à diversidade de atribuições e tarefas que ele realiza. Inclusive, essa indefinição e desconhecimento do efetivo papel do serviço social ocorre tanto pela equipe de trabalhadores, quanto pelo coletivo de usuários (WAZLWOSKY; DE FREITAS, 2019) Com isso, se faz necessário o reconhecimento, conscientização e organização dos assistentes, da instituição e dos demais profissionais quanto ao encaminhamento das demandas para seus respectivos profissionais porque, nem todas são pertinentes ao serviço social podendo vir a ocasionar uma sobrecarga de trabalho, maior dificuldade em delimitar o objeto de trabalho, em responder a determinadas questões em tempo hábil ou em situação de crise do paciente, pois:

Essa ilustração clarifica o abismo existente entre as atribuições profissionais na saúde mental e as possibilidades de materializá-las. Por mais os agentes profissionais estabeleçam finalidades ao seu trabalho, as instituições, o contexto social capitalista, colocam limites e obstáculos à materialização de tais finalidades. Assim, mesmo que o profissional projete uma dada finalidade ao seu trabalho, as possibilidades de materializá-las se esbarram em inúmeras atividades que o serviço social realiza durante o plantão, na falta de recursos humanos, no serviço precarizado. (PIMENTEL, 2014, p. 85)

Quando não há um projeto profissional, planos de ação ou registros próprios do serviço social para orientar a prática em uma instituição, deve-se resgatar o seu papel no trato da questão social, no acesso e socialização da informação e direitos para os usuários, assim viabilizando respostas às demandas imediatas, mas também as demandas implícitas (FERREIRA; ARAÚJO, 2015). Diante desta exposição:

É necessário que o Serviço Social reconheça o seu próprio valor, saiba o que está fazendo, crie um discurso profissional, publique idéias, lute por seus princípios. Nesse sentido, o Serviço Social deve, com a colaboração da universidade, desenvolver esse discurso profissional guiados pelo projeto profissional, com parcerias em pesquisas, extensão, publicações, conferência, entre outros recursos, embora sabendo que os impactos das políticas neoliberais também alcancem o ensino superior. Infelizmente, como exposto no capítulo II desse trabalho, muitos profissionais só terão algum contato com a Política de Saúde Mental, caso vierem a trabalhar nessa área, pois os cursos de Serviço Social em geral, não privilegiam o tema Saúde Mental no seu currículo. Esse fato contribui para muitos profissionais chegarem ao mercado de trabalho, desprovidos de uma fundamentação teórica sobre o assunto e correrem o risco de serem transformados, disfarçadamente, a agente meramente organizacional, sendo incumbido de tarefas administrativas. (PIMENTEL, 2014, p. 88)

“É no cotidiano profissional que as assistentes sociais executam suas intervenções a fim de atender as demandas. Dessa forma é necessário que haja um planejamento das

ações, em consonância com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa” (SILVA; ARAÚJO, et al., 2015, p.7). Ferreira e Araújo (2015) complementam que:

Cabe ao assistente social, não só orientar sobre direitos, mas estimular os usuários para que os mesmos possam reivindicar uma melhor qualidade dos serviços a eles oferecidos, como forma de garantir a efetivação da cidadania. Visualizei essa postura profissional durante o estágio, que o mesmo assistente social que luta pelo cumprimento dos direitos dos usuários na Instituição, muitas vezes não o respeita por falta de recursos, de capacitação ou de excesso de trabalho em função do número reduzido de funcionários ou por condições de natureza subjetiva. Para que no mercado tenha assistentes sociais capacitados para atender a demanda dos usuários, necessário se faz uma formação profissional de qualidade, com capacitação continuada a fim de que não se perpetue a prática conservadora, uma vez que as demandas cada vez mais se tornam complexas com o agravamento da questão social. Outra ênfase deve ser dada ao desenvolvimento do conhecimento e da pesquisa, como forma de melhorar a formação e conseqüentemente a prática dos profissionais do ramo. (FERREIRA; ARAÚJO, 2015, p. 24)

De acordo com o exposto, identifica-se a importância de uma atuação profissional crítica e embasada portanto, como em outros campos, acentua-se a necessidade da produção de material científico, relatos de experiência, sistematização de estudos, projeto profissional e planos de ação documentados para proporcionar aos assistentes sociais subsídios para a atuação na saúde mental (OLIVEIRA, 2016). Devido à essa consciência:

A produção de autores da profissão vem se expandindo, porém, ainda é um processo lento dentro dos espaços relacionados à saúde mental. Isso reflete nos campos de atuação em que os assistentes sociais já estão inseridos, tanto nos CAPS, como nos Hospitais Psiquiátricos e em outros aparelhos de Saúde Mental. A dificuldade dessa escassez teórica vem de várias formas. Primeiro, devido ao “passado recente, anterior ao movimento de reconceituação, que o vincula à psicologização do social” (ROSA; LUSTOSA, 2012 p. 28). Há também a ausência de uma formação e produção teórica que lhe dê suporte para atuar de forma condizente com as atuais práticas relacionadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (DA SILVA; DE CASTRO, 2019, p.3)

Embora a legislação da saúde e da saúde mental tenha implementado novas políticas de proteção, recuperação e bem-estar para os indivíduos com transtorno e/ou sofrimento mental. Nota-se um consenso por meio dos relatos, independente da instituição e do ano, apontamentos sobre a falta de fiscalização, de controle e de concretização da aplicação dessas leis, o que reflete diretamente na atuação profissional e no atendimento de qualidade do usuário. Diariamente, os profissionais deparam-se com diversos desafios e limitações frente à sua intervenção, como, por exemplo:

Para a realização das oficinas a assistente social encontra algumas dificuldades quanto aos recursos materiais para realização de atividades. Na maioria das vezes é a própria assistente social que os compra. Também já aconteceu da profissional não executar alguma atividade ou projeto por falta de material. (DE OLIVEIRA; SILVA, 2014, p. 933)

Concomitante à essa situação:

(..) a profissional encontra alguns impasses ao que se refere na melhoria dos atendimentos aos usuários, como já foi citado, a falta de um motorista exclusivo, falta de recurso material e a falta de infra estrutura adequada, já que sua sala (que é dividida por mais 3 profissionais) é cheia de infiltrações e mofo, o que prejudica a saúde da profissional e dos usuários.(DE OLIVEIRA; SILVA, 2014, p. 934)

Em situação similar, Pimentel (2014) expõe que: “o número de evasões antes da alta hospitalar é grande, visto a falta de estrutura física e segurança da instituição. Em igual percentual, existem prontuários sem conclusões registradas” (PIMENTEL, 2014, p. 74). Silva e Araújo (2015) também expõem as limitações ocasionadas pela infraestrutura inadequada e pela escassez de recursos:

A estrutura do local de trabalho do Serviço Social no CAPS Leste II, possui uma sala arejada, climatizada, onde são feitos os atendimentos individuais, porém a sala não oferece infraestrutura adequada para a realização dos atendimentos, de acordo com o que preconiza a Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. O Serviço Social enfrenta muitas dificuldades para a concretização do processo de trabalho no CAPS II Leste, se constituem na escassez de recursos físicos, como computador específico da categoria. Observa-se ausência de interdisciplinaridade entre as equipes, que muitas vezes atuam através de ações paliativas de cunho individual, a dificuldade de transporte privativo da instituição para realização de atividades fora do órgão e a limitação da integração da família no processo terapêutico do usuário. (SILVA; ARAÚJO, et al., 2015, p.6)

Como exemplificado por Moraes (2019), a escassez dos recursos pode se manifestar tanto por recursos físicos quanto humanos: “a equipe não possui quadro completo de profissionais como é considerado na Portaria nº 336 em 19 de fevereiro de 2002 do Art. 4º, no sub 4.1.2- Recursos Humanos (...)” (DE MORAIS, 2019, p.17).

Inclusive:

A falta de investimento em recursos humanos por parte do poder público torna-se um empecilho na efetivação desta rede de cuidados; a falta de informação e de socialização da mesma é mais um obstáculo para que esta efetivação aconteça. (...) Os dados relatados e as análises realizadas evidenciam que um dos limites encontrados para a articulação e atuação em rede é a falta de socialização da informação entre todos os sujeitos envolvidos neste processo (usuários, profissionais, familiares, comunidade e demais espaços). (BREDOW, DRAVANZ, 2010, p. 238)

Além da importância para a articulação e atuação em rede, a socialização da informação sobre o tratamento, os serviços, direitos e demais processos também estimula a autonomia, participação do usuário e dos familiares. Vinculado a este processo: “a escuta é essencial tanto no acolhimento quanto em todo trabalho da assistente social. Essa ferramenta permite uma criação de vínculo entre o profissional e o usuário” (DE OLIVEIRA; SILVA, 2014, p.933). Conjuntamente com uma escuta especializada, outras ações e/ou metodologias podem contribuir no processo de tratamento, conscientização e autonomia do usuário. A título de exemplo, Morais (2019), cita:

que as metodologias da TCI⁹, além de construir laços entre a comunidade e instituição, permitem trabalhar o fortalecimento de vínculos entre usuários e seus familiares, a partir das reflexões, permitindo-os compreender o quanto são importantes no processo de tratamento, e ao mesmo tempo, tratando seus próprios sofrimentos. (DE MORAIS, 2019, p. 26)

Em suma, deve-se manter em mente que:

Em seu cotidiano profissional, o assistente social, por sua vez, deve munir-se de forma que o assegurem amplamente em suas ações, possibilitando cada vez mais o empoderamento do usuário e dos profissionais envolvidos na área de saúde mental(...) (OLIVEIRA, 2016, p.8)

Como citado, independente da instituição e do ano, os relatos apresentam similaridades, trazendo principalmente apontamentos sobre a falta de estrutura física, recursos financeiros e/ou humanos, indefinição da prática profissional, escassez de literatura sobre a prática profissional, entre outros fatores. Inclusive, Bredow e Dravanz (2010) fazem um apontamento que, infelizmente, permanece atual:

Não obstante ao exposto até o momento, não se ignora o atual quadro de fragilização e segregação das políticas públicas e sociais dentro do cenário de economia neoliberal do Brasil atual. Reconhecemos as dificuldades postas pela contradição entre direitos universais e políticas focalizadas, entre a redução do gasto público e degradação das condições humanas de vida. Estes, como sendo reflexos de um sistema desenvolvido pró-capital, excludente em sua essência lógica. Porém é neste conhecimento que está a garantia de uma análise crítica acerca dos retrocessos e limites postos à então “reforma psiquiátrica”, e cite-se também, a brusca redução dos repasses públicos para manutenção dos CAPS e a lenta alocação de leitos em hospitais gerais para leitos psiquiátricos. Logo, soma-se um “jogo” de poder econômico - devido à crescente mercantilização da

⁹ TCI significa “Terapia Comunitária Integrativa” é citado por Morais em seu relato como uma proposta de metodologia que poderia ser incorporada como ferramenta de atendimento por mediar diálogos entre o profissional da saúde e comunidade e uma relação de troca de saberes entre os usuários, fortalecendo vínculos e tratando os sofrimentos ao mesmo tempo (DE MORAIS, 2019).

saúde no Brasil - ao árduo fardo que o estigma em ser portador de sofrimento psíquico lhe atribui. (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 235)

Mediante o exposto, identifica-se que o assistente social enfrenta vários desafios na vida profissional cotidiana, com desafios quanto à materialização de suas intervenções pois, o serviço social na saúde mental atua nas mais diversas expressões da questão social, considerando o preconceito, estigma, vulnerabilidade socioeconômica, entre outros determinantes do processo de saúde/doença que as pessoas com transtorno e/ou adoecimento mental vivenciam. Portanto, é necessário cada vez mais revisões acerca da prática profissional fundamentados no código de ética profissional e na saúde como direito universal conjuntamente com a participação nos espaços de discussão, movimentos sociais, fóruns e conferências para construção coletiva de propostas de atuação (FERREIRA; ARAÚJO, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Independente da instituição e do ano de publicação, os relatos apresentam similaridades, trazendo principalmente apontamentos sobre a discussão dos pontos positivos e negativos da intersetorialidade e/ou interdisciplinaridade, a escassez e/ou precariedade dos recursos materiais e/ou humanos e a descaracterização, subalternização e/ou indefinição da atuação profissional.

Diante o exposto, identifica-se que o assistente social enfrenta vários desafios cotidianamente, pois, o serviço social na saúde mental atua nas mais diversas expressões da questão social, entre outros determinantes do processo de saúde/doença. Concomitantemente, há um consenso e reconhecimento da importância dos assistentes sociais no fortalecimento do sistema de saúde, do Movimento de Reforma Psiquiátrica e na luta contra a precarização e a redução dos direitos sociais dos usuários da rede de saúde mental. O serviço social está em busca da autonomia, dos direitos, da inserção e reinserção social, e da qualidade de vida dos indivíduos com transtornos mentais e/ou dependência química.

Ambos compartilham os desafios e possibilidades no contexto de uma realidade com um ciclo contínuo de avanços e retrocessos, por isso que, apesar de sua escassez, os relatos de experiência sobre o exercício profissional possuem um papel de extrema relevância. O estudo e a socialização dos relatos auxiliam na compreensão da realidade

e, conseqüentemente, possibilitam subsídios para uma melhor formação, atuação, capacitação profissional e intelectual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da última década, a Política de Saúde Mental passou por importantes e significativas transformações, passando de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção mais diversificada e humanitária. Entretanto, esse modelo ainda não se encontra plenamente refletido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que ainda dispense parcela significativa de recursos para a área hospitalar.

Nota-se que os interesses privatizantes incidem sobre a questão da saúde sempre em nome dos interesses do capital, incidindo num processo de precarização dos serviços. Moura, Farias e Silva (2015) complementam:

Verificamos que o Serviço Social, assim como todas as profissões que se inserem nesse contexto, tem sido atingido pela lógica neoliberal, requisitando ações focalizadas, seletivas, fiscalizatórias dentre outras que vão de encontro ao que foi lutado e conquistado no processo de Reforma Psiquiátrica. Assim, novos desafios são postos ao mercado de trabalho do Serviço Social que se vê permeado de contradições, na qual o sistema capitalista e os avanços do neoliberalismo impõem limites à prática profissional e aos usuários do serviço que tem o acesso aos seus direitos de forma precarizada. (MOURA; FARIAS; SILVA, 2015, p. 11)

É fato que essa realidade contraditória faz parte da nossa trajetória profissional e que não podemos eliminá-la completamente, porém, é preciso analisar em que medida ela está sendo superada. O seu enfrentamento é parte de uma luta maior, de combate a todas as formas de opressão, de alienação e de exploração. Apesar disso, permanecem as articulações e lutas para que a Política de Saúde Mental siga de acordo com o teor da CF de 88 e do Movimento de Reforma Psiquiátrica para a contínua expansão e consolidação de uma rede de atenção e cuidados em saúde mental de forma diversificada e humanitária.

Essa rede de atenção com os indivíduos com sofrimento e/ou transtorno mental proporciona um espaço sócio-ocupacional significativo para a atuação do serviço social. O assistente social tem o intuito de contribuir para a inserção e/ou reinserção social do usuário à sociedade, de auxiliar o usuário no acesso aos direitos sociais, políticos e civis. Apesar disso, ainda há muito para ser construído no que tange à atuação. Contudo, para efetivar, manter e fortalecer essa rede e intervenção são necessárias ações coletivas,

discutidas e organizadas dentro e fora da categoria profissional com o intuito de articular uma Reforma-Psiquiátrica autêntica que possibilite a concretização do pleno bem-estar físico, mental e social dos usuários. Sendo assim, é indispensável a discussão da temática no processo de formação da categoria.

Na atualidade, nota-se que o fazer do assistente social na saúde mental, ainda é um espaço em construção que requer por parte da categoria maior socialização e construção de projeto profissional, produção de relatos de experiência e documentação da prática. Durante o processo de desenvolvimento do presente trabalho, notou-se que ainda é um tema escasso de produção, no âmbito acadêmico e da produção bibliográfica principalmente, na prática do assistente social na saúde mental. O Serviço Social ainda tem o desafio de incluir, efetivamente, o tema da saúde mental em suas discussões na formação profissional. É indispensável a maior incorporação da discussão e estudo da temática no processo de formação pois, a todo o momento o assistente social é convocado a atuar frente às expressões da questão social relacionadas aos indivíduos que se encontram em estado e/ou processo de adoecimento e/ou sofrimento psíquico e frente aos desafios, contradições e limites da profissão.

Portanto, é necessário que os profissionais da categoria compartilhem suas experiências e vivências no campo da Saúde Mental, pois frente aos desafios, contradições e limites estruturais e conjunturais da profissão e da sociedade, cabe ao profissional, majoritariamente, buscar desenvolver criticamente sua prática profissional.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

APPEL, Nicolle Montardo. O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. In: VIII Jornada Internacional: Políticas Públicas, p.1-15, 2017. Anais eletrônicos... Maranhão: UFMA, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>

BARROCO, M. Lúcia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.124, p. 623-636, out./dez. 2015.

BEDIM, Vanisse Bernardes. Atuação do assistente social na rede de saúde mental do município de Juiz de Fora/MG: um relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/949>

BISNETO, José Augusto. Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

BRASIL. Lei nº 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete et al., Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006. Disponível em:

<https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-no-Brasil.pdf>

BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e

resolutiva. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, 23 dez. 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7384>

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde, c1995. Reforma Sanitária. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/reforma-sanitaria/>

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, 2016. A história de misericórdia das Santas Casas. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>.

DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. da S.; PUCCI, V. R.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S. l.], v. 10, p. e14, 2020. DOI: 10.5902/2179769236832. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832>.

DA SILVA, Jéssica Katariny Oliveira; DE CASTRO, Andressa Sonja Pereira. Atuação do serviço social na saúde mental: relato de experiência vivenciado no hospital municipal São Camilo de Lellis. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/145>

DA SILVA, Grayceane Gomes; DE MORAES, Meyrilane Barros. Caminhos da intersectorialidade: uma reflexão sobre a inter-relação da Política de Assistência Social e a rede de Saúde Mental no município de Paraipaba-CE. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 15 n. 1, 2016, Olinda. Anais eletrônicos [...]. Olinda: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019. Disponível em: https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0961.pdf

DE MORAIS, Andressa Caroline. **A experiência da vivência de estágio em serviço social no CAPS de Guaratuba: a atuação do assistente social no acolhimento às famílias dos usuários**. 2019. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Paraná, Matinhos, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/64611>

DE OLIVEIRA, Edivania Cristina; SILVA, Sara Cíntia Ferreira. A atuação do serviço social na saúde mental: a experiência do CAPS II. In: Seminário do ICHS – humanidades em contexto: saberes e interpretações. Mato Grosso, p. 925-936, 2014.

Anais eletrônicos [...]. Mato Grosso: UFMT, 2014. Disponível em: <https://eventosacademicos.ufmt.br/index.php/seminarioichs/seminarioichs2014/paper/view/1682/405>

DOS SANTOS, Roseana Gomes Leal; DA SILVA, Cristiane Pinto; DE LUCENA, Adriana Paula Rocha; FURTADO, Samuel Freire. Reflexões da prática do assistente social no cotidiano de trabalho da saúde mental na fundação pública estadual hospital de clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/251/248>

FRAZATTO, Carina Furlaneto; BELTRAME Marina Maria. Os serviços abertos de Saúde Mental no Brasil: o cuidado em liberdade na perspectiva dos higienistas. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 19(4), 737-750, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/kGWBKV5sWyx9ptB8YxTjLhg/abstract/?lang=pt>

FERREIRA, Alexandre Batista; ARAÚJO, Kesia Miriam Santos. A importância do serviço social na assistência à saúde mental. *Projeção, Direito e Sociedade*, Brasília, v. 6, n. 1, p.11- 27, jun. 2015. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao2/article/view/480/427>

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. Tradução Editora Perspectiva, SP, 1972. José Teixeira Coelho Netto. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/49152671/Michel-Foucault-Historia-da-Loucura>.

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de; CIRINEU, Cleber Tiago; TULIMOSKY, Talissa Daniele. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007&lng=pt&nrm=iso.

GARCIA, V. R.; GUILHERME, R. C. Serviço social e saúde mental – reflexões sobre competências e atribuições privativas de assistentes sociais. *Revista Sociais e Humanas*,

[S. 1.], v. 32, n. 2, 2019. DOI: 10.5902/2317175836876. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/36876>.

GOMES, T. F.; CARIAGA SILVA, M. H. Intervenção do assistente social na saúde mental: um relato de experiência. *Barbarói*, v. 2, n. 50, p. 190 - 206, 5 jul. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9034>

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 20, p. 274-282, abr./jun. 2010. <https://www.scielo.br/j/tce/a/tznsCBgcPVVMzGN8yy678Ck/?format=pdf&lang=pt>

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HEIDRICH, Andrea Valente; DUARTE, Marco José de Oliveira; ROSA, L. C. dos S. Saúde mental, serviço social e direitos humanos: interfaces e desafios ético-políticos na produção do cuidado. In: *Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*. Florianópolis, p. 1-8, 2015. *Anais eletrônicos [...]*. Santa Catarina: UFSC, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180845>

MAGALHÃES, Anne Gislâyne Amorim. Notas sobre a inserção do assistente social na política de saúde mental brasileira. In: *XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, v. 16 n. 1, 2018, Vitória. *Anais eletrônicos [...]*. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22198> v. 16 n. 1 (2018): *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*

MARIANO, Ederson Fernando. MILANO, Rute Grossi. A história da loucura no Brasil e a política nacional de promoção da saúde: uma revisão histórica. In: *X EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica*, v. 1 n. 1, 2017, Maringá. *Anais eletrônicos [...]*. Maringá: UNICESUMAR, 2017. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1876>

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciict/39223>

MOURA, Heline Caroline Eloi; FARIAS, Drielly Tenório Marinho; SILVA, Gabriela de Almeida. A atuação do Serviço Social na política de saúde mental brasileira: desafios contemporâneos. In: I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. Londrina, p. 1-12, 2015. Anais eletrônicos... Londrina: UEL, 2015. Disponível em: http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/4_a_atuacao_do_contemporaneo.pdf.

NUNES, Camila. O movimento de reconceituação do serviço social na América Latina e os desafios na prática profissional. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Florianópolis, p. 1-10, 2017. Anais eletrônicos... Santa Catarina: UFSC, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180079/101_00350.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OLIVEIRA, Ieda Regina Marques. **Serviço Social e saúde mental: uma reflexão acerca da profissão no espaço sócio-ocupacional**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso - Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, 2016. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/servsocial/article/view/441>

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate, vol. 33, nº 81, enero-abril, 2009, p. 27-37. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. The Lancet, p.11-31, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf

PIMENTEL, Andreia Queiroz. **Serviço Social e Saúde Mental: um olhar acerca do Serviço social na emergência psiquiátrica do Pronto Socorro Aeroporto, Macaé – RJ**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/5230>

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. Serv. Soc. Soc, n. 102, p. 339-351, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/?format=pdf&lang=pt>

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 27–50, 2015. DOI: 10.20396/sss.v11i1.8635023. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023>

SILVA, Jackeline Araujo; ARAUJO, Francisco Wallyson Silva; BELÉM, Jacqueline Vieira; PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. O trabalho do assistente social na saúde mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, v. 7 n. 1, 2015, São Luís. Anais eletrônicos [...]. São Luís: Universidade Federal de Maranhão, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo10/o-trabalho-do-assistente-social-na-saude-mental-experiencia-de-estagio-no-caps-ii-leste-em-teresina.pdf>

TEIXEIRA, Joaquina B. e BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS. 2009, p.186-199. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo-201608060407431902860.pdf

TENÓRIO, F.: *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?lang=pt&format=pdf>

TORRES, Alexsandra Beserra; DE OLIVEIRA, José Valmir Guimarães. O papel do assistente social na saúde mental por meio de relato de experiências em um hospital psiquiátrico em Fortaleza-CE. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1060>

VECHI, Luis Gustavo . Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objetivo do discurso científico no Brasil. *ESTUDOS DE PSICOLOGIA*. Natal, v. 9, n. 3, p.489-495, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/d54H5pCTzS8WyHMxZVCtJtq/?format=pdf&lang=pt>

VERGARA, Eva Maria Bitencourt. O significado da categoria mediação no serviço social. In: Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste, 2003.

Disponível em:
<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12814610/o-significado-da-categoria-media-cao-no-unioeste>

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: ABEPSS; CFESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf>

WAZLWOSKY, Raquel Moreira; DE FREITAS, Carla Sene. 2019. Serviço social e saúde mental: a oficina de cidadania como estratégia de resistência e consolidação do trabalho profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16 n. 1, 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1203/1180>

_____. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf