



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ORIENTADORA: PROFª MSC. PATRÍCIA PINHEIRO**

**A INFLUÊNCIA E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ONG INVERSO**

**CAMILA ALVARENGA**

**BRASÍLIA**

**2012**

**CAMILA ALVARENGA**

**A INFLUÊNCIA E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ONG INVERSO**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de Assistente Social, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Msc. Patrícia Pinheiro

**Brasília – DF, Outubro de 2012**

**A INFLUÊNCIA E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ONG INVERSO**

**Por**

**Camila Alvarenga**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de Assistente Social, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Msc. Patrícia Pinheiro.

09 de Outubro de 2012

**Banca Examinadora**

---

**Prof<sup>a</sup>. Msc. Patrícia Pinheiro**

---

**Prof<sup>a</sup>. Eva Faleiros**

---

**Marlene Noura de Moraes Rêgo**

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar à minha família, em especial à minha mãe Waldete e minha irmã Marina que, desde o início deste projeto, e durante todo o meu curso, se mostraram envolvidas e preocupadas com o andamento e com os resultados, e por terem confiado que no final tudo daria certo.

Agradeço à Inverso, grupo que tão bem me acolheu em minha experiência de estágio e me mostrou a importância de estudar e abordar o tema da saúde mental.

Agradeço à Eva Faleiros pela colaboração durante toda esta trajetória que começou na disciplina Estágio Supervisionado 2. Agradeço pelos livros emprestados, pelas orientações de estágio, por todo apoio durante a elaboração deste TCC e por me inserir nesse universo tão especial que é a saúde mental.

Agradeço a todos os meus amigos, principalmente aos que conquistei na Universidade de Brasília, por me proporcionarem a experiência plena do que é ser universitária, e por estarem presentes nos melhores e piores momentos dessa caminhada acadêmica. Dentre eles, agradeço principalmente à Bruna e à Alba, por termos compartilharmos os desafios e dificuldades da elaboração de um TCC, por termos acalmado umas as outras quando as coisas pareciam não funcionar como esperávamos e, enfim, por me mostrarem que eu não estava vivendo este momento sozinha.

Agradeço a todos os meus professores do curso de Serviço Social, por terem marcado a minha vida pessoal e também a profissional, que está por vir. Por fim, agradeço à professora Patrícia Pinheiro, por ter aceitado o desafio de orientar este TCC em um semestre tão turbulento, por ter me acompanhado desde o estágio, pela disponibilidade, pelo apoio e por ter feito parte deste momento tão importante.

## Resumo

A Reforma Psiquiátrica revolucionou no Brasil e no mundo a forma de pensar os tratamentos de saúde mental, buscando, através da desinstitucionalização, torna-los mais humanos e não excludentes. O Serviço Social também por mudanças em sua estrutura teórico-metodológica simultaneamente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que foi Projeto de Ruptura da profissão. Este trabalho remonta, através da análise bibliográfica, a forma como Reforma Psiquiátrica e Serviço Social estão interligados desde então. O objeto para tal análise é a ONG Inverso, que é um espaço de convivência para pessoas em sofrimento psíquico. A análise elaborada concluiu que, para a ONG, o Serviço Social é um importante ponto de apoio político e atua na reintegração dos frequentadores.

**Palavras-Chave:** Inverso, Reforma Psiquiátrica, Serviço Social, saúde mental, Projeto Ético-Político, Projeto de Ruptura.

## **Lista de Siglas**

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

COMPP – Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica

COSAM – Coordenação de Saúde Mental

DF – Distrito Federal

FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal

GDF – Governo do Distrito Federal

HMIB - Hospital Materno-Infantil de Brasília

HPAP – Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico

HSPV – Hospital São Vicente de Paula

INVERSO – Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social

ISM – Instituto de Saúde Mental

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MPTDT - Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

ONG – Organização Não-Governamental

PVC – Programa Vida em Casa

SEA – Sanatório Espírita de Anápolis

SES – Secretaria do Estado de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UnB – Universidade de Brasília

UNIP – Universidade Paulista

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
1. A reforma Psiquiátrica.....	10
1.1. A Reforma Psiquiátrica no Mundo.....	10
1.1.1. <i>Breve Histórico da Loucura na Sociedade Ocidental</i> .....	10
1.1.2. <i>A Reforma Europeia e Estadunidense</i> .....	11
1.2. A Reforma Brasileira.....	15
1.2.1 . <i>A Lei 10.216</i> .....	18
1.3. O Paradigma da Desinstitucionalização.....	20
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. O Serviço Social e a Saúde Mental.....	25
2.1. O Projeto de Ruptura no Serviço Social.....	25
2.2. O Projeto Ético-Político e a Reforma Psiquiátrica.....	30
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. A Experiência do Distrito Federal.....	35
3.1. A Reforma no DF.....	35
3.2. A Inverso.....	38
3.3 O Serviço Social na Inverso.....	41
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>45</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>47</b>

## Introdução

O trabalho apresentado busca evidenciar o contexto histórico em que se inserem as pessoas em sofrimento psíquico, retomando os Serviços de Saúde Mental antes e depois da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica é um movimento que procura revolucionar os Serviços de Saúde Mental, aniquilando os tratamentos violentos e prezando pela autonomia do doente mental. Para contextualizar esse processo, foi remontado o histórico nos âmbitos mundial, brasileiro e distrital.

Nesse contexto, a desinstitucionalização representa o principal foco dos envolvidos com a Reforma. Tal processo representa libertar os cidadãos de estruturas autoritárias e que restringem a autonomia, a exemplo dos manicômios.

A implantação da Reforma Psiquiátrica abriu espaço para uma atuação diferenciada das profissões, inclusive do Serviço Social, que teve sua ruptura com o conservadorismo e a formação de seu Projeto Ético-Político contemporâneos ao surgimento da Reforma. Assim, com interesses congruentes, foi proposta uma nova forma de atuação para a profissão, que passou a trabalhar em serviços que substituem as internações e em medidas alternativas.

Dentre estas medidas está a ONG Inverso (Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social), um projeto que visa desinstitucionalizar e emancipar os doentes mentais e conta com a contribuição do Serviço Social em sua filosofia e na operacionalização de seus objetivos.

O tema deste trabalho é: Serviço Social e Saúde Mental. A pergunta de pesquisa a ser respondida é: De que forma o Serviço Social ajudou a formar e atua na ONG Inverso?

A metodologia escolhida foi a Revisão Bibliográfica, aonde fiz a análise de livros, artigos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e TCC's para construir o pensamento aqui apresentado. Conteí ainda com a minha



experiência de um semestre como estagiária em Serviço Social na Inverso. Nesse sentido, utilizei ainda o meu diário de campo preenchido durante o estágio.

Este trabalho tem como objetivo mostrar a relação estabelecida entre o Serviço Social e a ONG Inverso, reconstruindo o histórico da desinstitucionalização atrelada ao Serviço Social no Brasil e retomando a Saúde Mental do Distrito Federal antes e depois da Reforma Psiquiátrica.

Com as análises, confirmei a hipóteses anteriormente elaborada de que, mesmo não mantendo vínculo empregatício e utilizando-se de meios alternativos de trabalhar, o Serviço Social está presente na Inverso e representa um ponto fundamental e necessário no projeto da ONG.

O trabalho está dividido em três capítulos, sendo que o primeiro trata da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, bem como da desinstitucionalização; o segundo fala da relação estabelecida entre o Serviço Social e a Saúde Mental, retomando o Projeto de Ruptura e o Projeto Ético-Político e; o terceiro, que fala da Reforma Psiquiátrica no DF, da Inverso nesse contexto e de como o Serviço Social atua na mesma.

# CAPÍTULO I

## 1. A reforma Psiquiátrica

Este capítulo busca entender e explicar a Reforma Psiquiátrica de forma ampla, passando pelo seu surgimento e suas e suas fases mais importantes nos contextos internacionais e nacionais e terminando no Paradigma da Desinstitucionalização, que foi a grande inovação alcançada pelo Movimento.

### 1.1. A Reforma Psiquiátrica no Mundo

#### 1.1.1. Breve Histórico da Loucura na Sociedade Ocidental

A loucura representa um fenômeno que obteve diferentes interpretações em diferentes épocas. Ao contrário do que pode parecer, os transtornos mentais nem sempre foram enquadrados diante de perspectivas patológicas.

Segundo (ALVES et al, 2009), na Grécia Antiga, a loucura era valorizada pela sociedade, que acreditava tratar-se de um fenômeno não humano, mas divino. Os loucos traziam mensagens que não deveriam ser banalizadas e tinham espécies de poderes. Nesse momento da história, não existia intenção alguma de censurar ou controlar a loucura.

Um pouco mais tarde, na Idade Média, a loucura ainda era vista como a concretização de forças espirituais. Entretanto, contemporaneamente ao terror causado pelo surto de novas doenças como a lepra e a peste, a admiração da sociedade foi trocada pela ideia de que os transtornos mentais eram fatores de ordem demoníaca, cabendo à Igreja exorcizar aqueles que haviam sido acometidos por tais situações.

No período do Renascimento, as justificativas baseadas em crenças religiosas passaram a ser substituídas pela imagem dos loucos como pessoas em desrazão, que agiam em desacordo com a moral a começavam a apresentar riscos à sociedade. É nesse contexto que as Santas Casas de

Misericórdia e os Hospitais Gerais passam a recolher toda a gente que não era bem quista na sociedade (leprosos, ociosos, prostitutas, loucos etc.), retirando, pela primeira vez, das pessoas acometidas de transtornos mentais, o direito ao convívio social, e submetendo-os a diversos tipos de maus-tratos nesses ambientes.

No século XVIII, a Revolução Francesa trouxe à tona os pensamentos iluministas, onde a razão tomava o lugar das antigas crenças. Para Foucault (1995), esse momento é marcado pela medicalização dos Hospitais Gerais, aonde estes continuam exercendo o papel de instituição repressora, trabalhando para a manutenção da ordem pública, mas passam a ter também objetivos voltados para o diagnóstico e tratamento das doenças.

Com a efervescência do saber científico, a medicina começou a observar e detalhar cada vez mais as doenças encontradas nos hospitais. As doenças mentais passam a ser vistas a partir de um status patológico, configurando o nascimento da psiquiatria. Ao mesmo tempo em que medidas terapêuticas referentes à loucura passaram a ser uma das preocupações dos médicos, configurando um avanço para a saúde dos doentes mentais, há a perda definitiva da cidadania destes, que são compreendidos sob a ótica da incapacidade, da periculosidade e da necessidade de serem controlados (ALVES et al, 2009). A clausura destas pessoas ainda deveria ocorrer, mas separadamente dos outros enfermos e pessoas excluídas da sociedade, criando assim os primeiros hospitais psiquiátricos. De acordo com os autores,

Para a Psiquiatria e a Justiça, a questão da cidadania do louco enuncia-se através da seguinte regra: eles não são puníveis nem capazes. Ou seja, implícita a inimputabilidade está a noção de periculosidade e incapacidade absoluta (ALVES et al, 2009, p.87).

Assim, ocorre a institucionalização efetiva da loucura dentro dos hospitais psiquiátricos. As práticas violentas e repressivas perduraram por anos e, ainda hoje podem ser encontradas em determinados ambientes de internação.

### **1.1.2 – A Reforma Europeia e Estadunidense**

A Segunda Guerra Mundial apresentou ao mundo regimes altamente autoritários e impetuosos bem como armas de destruição em massa, o que devastou profunda e irreparavelmente a sociedade da época. A destruição do homem pelo homem mostra-se iminente, com a ameaça de uma redução drástica da população mundial. No século XX, logo após esse momento, o mundo viu-se diante da necessidade urgente de repensar a situação dos direitos humanos, até então deplorável, nos diferentes países. Era consensual entre as nações mais influentes o pensamento de que tamanha truculência não deveria prosseguir. Foi diante dessa situação que, no ano de 1945, os países mais poderosos política e economicamente se unem para criar a Organização das Nações Unidas (ONU). A criação da ONU teve como uma de suas consequências mais positivas, na época, a produção da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).

Com esse ambiente mais pacífico e tolerante, vários posicionamentos antes naturalizados na sociedade passaram a ser questionados. Dentre eles, estavam os manicômios, que desde o seu surgimento eram palco de maus-tratos físicos e psíquicos. Um fator fundamental para o repensar dessas instituições foi a insatisfação dos psiquiatras com o papel que vinham desempenhando perante as pessoas em sofrimento psíquico: o de apenas reproduzir e manter as relações desenvolvidas entre essas pessoas e o mundo, trabalhando apenas com a perspectiva da doença, e não com a da saúde mental.

A partir da ideia de que a instituição asilar em seus moldes clássicos deveria ser superada, surgem na Inglaterra, na década de 50, as Comunidades Terapêuticas. Representavam a proposta de tratamento de uma nova corrente, a Antipsiquiatria. Esse modelo foi criado por Maxwell Jones tinha como proposta a transformação interna e restrita das instituições hospitalares, buscando torna-las mais democráticas e abertas para uma maior participação coletiva. A Comunidade Terapêutica integrava comunidade, família, técnicos e usuários em torno do tratamento, delegando responsabilidades a todos e

promovendo discussões sobre a gestão dos hospitais, bem como dos fatores positivos e negativos dos tratamentos (AMARANTE, 1998). Os pacientes passaram protagonizar seus tratamentos, tornando-se sujeitos relevantes nas decisões tomadas, ao invés de apenas sofrerem as consequências como havia acontecendo desde o princípio da psiquiatria.

No ano de 1963, nos estados Unidos, também surgiram avanços transformadores das práticas terapêuticas vigentes. A Psiquiatria Preventiva, formulada por Gerald Caplan, trouxe a importância de descobrir e combater os fatores causadores dos transtornos mentais, prevenindo-os. Entretanto, a grande contribuição desse modelo foi substituir o objeto psiquiátrico “doença mental” por um novo referencial: o da saúde mental (AMARANTE, 1998). O modelo foi aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e exportado para diversos países.

Na França, o Marxismo inspirou a crítica ao sistema verticalizado e segregador dos hospitais psiquiátricos. O movimento, endossado pela Psiquiatria Institucional e Psiquiatria de Setor afirmou a instituição asilar como fator alienante dos usuários e trouxe a importância de incentivar a psiquiatria fora do ambiente hospitalar, reaproximando os pacientes de seu meio social. A internação não deveria ser abolida, mas representaria apenas um dos momentos do tratamento (AMARANTE, 1998).

Para Nicácio (1989), as experiências europeias e americanas representaram o começo de questionamentos importantes, mas não constituíam mudanças que levariam à emancipação, uma vez que os manicômios ainda estavam fortemente instituídos. As internações ainda fundamentavam os modelos propostos, o que significava o fracasso destes. Para uma reforma efetiva, seria imprescindível a completa negação do sistema manicomial.

“E esta instituição, não como estabelecimento mas como forma de definir e compreender a loucura, é concreta e simbólica, tem um efeito pedagógico de afirmação de uma forma de se relacionar com a loucura” (NICÁCIO, 1989, p.97).

Tal ruptura viria a acontecer na Itália, iniciada na década de 60, quando o médico Franco Basaglia tornou-se diretor do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, sendo então apresentado às terríveis condições de vida com as quais os pacientes eram obrigados a conviver.

No ano de 1968, a Itália passava por um momento de conscientização social no que diz respeito às desigualdades sociais, a luta de classes e ao autoritarismo do Estado e das diferentes instituições presentes no dia-a-dia dos cidadãos, fenômeno retratado pelo movimento estudantil e pela luta operária (ROTELLI, 1990).

Basaglia buscou aplicar o modelo das Comunidades Terapêuticas à Gorizia, o que fez com que ele tivesse plena certeza de que qualquer resquício de manutenção do sistema manicomial significaria um impedimento para a emancipação das pessoas com transtornos mentais. Seria preciso abolir de vez a loucura como um fator despolitizado e não associado aos demais formadores de toda a complexidade social (AMARANTE, 1988).

A equipe de trabalhadores de Gorizia, imbuídos pela urgência em desconstruir, a partir da base, os serviços vigentes de saúde mental, e com o apoio de lideranças políticas e sociais, afirmou não haver mais a necessidade de manutenção daquele hospital, solicitando o seu fechamento. Tendo uma negativa vinda da administração da cidade de Gorizia, a equipe resolve conceder a todos os pacientes um atestado de cura seguindo da demissão voluntária em massa dos funcionários (ROTELLI, 1990).

Em 1971, Basaglia torna-se diretor do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste e, nesse momento, já não cogitou administrar qualquer adaptação referente às internações, convencido de que a desconstrução destas seria o único caminho plausível. A intenção era desinstitucionalizar de vez os doentes, acabando com a instituição psiquiátrica como instituição de poder (AMARANTE, 1988).

De forma progressiva, as relações dentro do hospital foram desierarquizadas, contando com a participação, além de pacientes e funcionários, da família e da comunidade. Participaram do processo de

desinstitucionalização desde líderes políticos a cidadãos da comunidade, mostrando que esse tipo de transformação só é possibilitada pela integração do coletivo (ROTELLI, 1990).

É importante reiterar que esse modelo de atenção não nega a existência das doenças mentais e nem propõe o fim de seu acompanhamento médico, mas torna-a um fator de segundo plano, a ser observado junto dos demais pontos da formação subjetiva e social do indivíduo.

O Hospital de Trieste foi fechado no ano de 1976, sendo substituído por Centros Externos de apoio aos pacientes e às famílias, que não contavam com serviços de internações.

Dois anos depois, em 1978, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana (Lei 180), também conhecida como Lei Basaglia, tendo como um de seus pontos principais a criação de serviços alternativos para saúde mental ao passo em que seriam gradualmente fechados os manicômios.

A experiência Italiana tornou-se a mais bem sucedida transformação do sistema de cuidados para com a saúde mental, servindo posteriormente de base para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## **1.2. A Reforma Brasileira**

Os anos 70 foram marcantes para o Brasil nos contextos político, social e econômicos. O país se redemocratizava lentamente, enquanto os movimentos sociais começavam a ter condições de se reorganizar.

Nesse momento surgia a chamada Reforma Sanitária brasileira. O movimento buscou transformar os modelos de atenção e gerenciamento das práticas de saúde fazendo com que os usuários e trabalhadores da política tomassem a frente da gestão, trabalhando em prol da saúde coletiva e da oferta de serviços equitativa.

É então no ano de 1978, inspirados pelo fim gradativo da repressão política, a retomada de poder dos movimentos sociais e pela a luta

antimanicomial italiana, surge o primeiro grupo de pessoas que encabeçariam a Reforma Psiquiátrica brasileira. Para Vasconcelos (2010), O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) protagonizou o contestamento às práticas psiquiátricas do período.

Pode-se dizer que o MTSM foi uma consequência das ideias articuladas em congressos de psiquiatria, que foram endossadas pela visita de Basaglia ao Brasil e pela validação da Lei 180 na Itália, bem como de denúncias de maus tratos ocorridos em hospitais psiquiátricos brasileiros. Representado por uma multiplicidade de integrantes da sociedade civil, o MTSM era composto por indivíduos que já haviam passado por internações psiquiátricas, militantes da Reforma Sanitária, sindicalistas e associações de familiares e de profissionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O MTSM começa a atuar de forma crítica e politizada em defesa de condições de trabalho adequadas dentro dos hospitais psiquiátricos; do crescimento dos ambulatoriais dentro da área da saúde mental; de um serviço mais humanizado nos hospitais psiquiátricos de rede pública e privada, através de denúncias e da mobilização civil, e denunciando também a indústria da loucura<sup>1</sup> presente em hospitais da rede particular que mantivessem convênio com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) (VASCONCELOS, 2010). Assim, o modelo hospitalocêntrico, que já vinha sendo criticado na Europa, passou a ser debatido também no Brasil. É importante destacar que, nesse momento, o MTSM configurava um movimento sem qualquer ligação com o governo. Isso fortaleceu o poder de mobilização tal qual a liberdade de expressão do movimento diante da mídia. Trabalhando arduamente pela conscientização da sociedade civil, o MTSM viajou por todo o Brasil debatendo as questões que apontavam para os problemas enfrentados pelo modelo de assistência psiquiátrica vigente, construindo de forma conjunta uma crítica à institucionalização e tendo o apoio da opinião pública.

---

<sup>1</sup> As internações significavam lucro para os hospitais, que passaram então a priorizar esse tipo de serviço.



Em 1980 os Ministérios da Saúde e da Previdência passaram a trabalhar juntos na administração dos hospitais da rede pública em um momento que ficou conhecido como “co-gestão”. A partir de então, o MTSM ganhou abertura para começar a instaurar serviços mais humanizados nos hospitais psiquiátricos.

No ano de 1982, Tancredo Neves ganhava as eleições para o governo no estado de Minas Gerais, enquanto Franco Montoro se tornava governador de São Paulo. Essas duas novas lideranças políticas abriram um novo espaço de luta para o MTSM, que passaram a intervir na gestão das secretarias de saúde expandindo e tornando mais efetivos os objetivos do movimento nos hospitais públicos e particulares. Nesse momento, o MTSM trabalhou para que fossem reduzidos os leitos em hospitais psiquiátricos, bem como para que não fossem criados novos. (VASCONCELOS, 2010).

Entretanto, pouco tempo depois, no ano de 1987, o MTSM passa a questionar seus próprios espaços de luta que, dentro dos hospitais, se encontravam demasiadamente burocratizados e dependentes dos governantes vigentes. O Movimento considerou que era importante fortalecer novamente suas bandeiras juntamente aos demais movimentos populares (VASCONCELOS, 2010). Foi então que surgiu uma forte aproximação com o modelo Basagliano aplicado na Itália, que propunha a luta antimanicomial e a substituição definitiva das internações psiquiátricas.

No mesmo ano de 1987, no mês de Junho, foi organizada no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Indo na direção totalmente contrária aos interesses do MTSM, a Conferência não abriu espaço para a participação de movimentos sociais e usuários dos serviços de psiquiatria, tendo um caráter tecnicista e excludente. Sendo assim, em Dezembro do mesmo ano, como forma de resposta, o MTSM organiza em Bauru (SP) o II Congresso Nacional do MTSM com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. (AMARANTE, 1998). Começa aí a luta efetiva pela desinstitucionalização dos serviços destinados ao usuário da saúde mental, seja ela pública ou particular, bem como pela desinstitucionalização do próprio

doente mental. O MTSM se vê novamente envolto por suas raízes populares e democráticas e a Reforma Psiquiátrica passa a ser um movimento pertencente a toda a sociedade, deixando de ser algo exclusivo dos trabalhadores da área.

Também marca fortemente o ano de 1987 o surgimento, na cidade de São Paulo, do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)<sup>2</sup> brasileiro. Posteriormente, os CAPS foram incorporados aos serviços de saúde mental da rede pública em todo o Brasil.

Em 1989, aconteceu a intervenção que, talvez, tenha significado a ação mais bem sucedida da Reforma brasileira à época: a criação dos NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) em Santos, SP. As autoridades se encontravam preocupadas com os serviços oferecidos na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico que foi palco para diversos casos e maus-tratos aos doentes e mortes. Assim, baseados na experiência Italiana e em substituição às internações ali realizadas, os NAPS foram instaurados, oferecendo um serviço de 24 horas diárias para diversos tipos e transtornos mentais.

Nesse mesmo ano, o Projeto de Lei Paulo Delgado chega ao Congresso Nacional, configurando a entrada da Reforma Psiquiátrica na esfera jurídica. O Projeto discorre sobre os direitos das pessoas acometidas de sofrimento psíquico e da extinção progressiva dos serviços manicomiais. Após 12 anos de debates e reformulações, o PL Paulo Delgado foi finalmente aprovado no ano de 2001 sob a forma da Lei 10.216, a lei da reforma psiquiátrica.

### **1.2.1 – A Lei 10.216**

---

<sup>2</sup> “Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

A Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, representa o resultado de debates com ampla participação social sobre direitos humanos, mais especificamente os direitos da pessoa com transtornos mentais, promovidos na sociedade brasileira durante a formulação da Constituição Federal de 1988.

Inicialmente o Projeto de Lei (PL) tinha um caráter fundamentalmente antimanicomial. Em seus quatro artigos o PL basicamente proibia a construção e a contratação pelo governo de novos espaços para internações psiquiátricas e regulamentava o estabelecimento de serviços públicos que estivessem fora da perspectiva manicomial. De acordo com o PL, internações compulsórias seriam permitidas, desde que acompanhadas pela Defensoria Pública (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989). O projeto endossou a criação de uma série de leis estaduais referentes ao assunto, o que significou mais um avanço na luta antimanicomial brasileira.

No dia 6 de abril de 2001, após 12 anos tramitando entre a Câmara e o Senado, o PL Paulo Delgado é finalmente aprovado na forma da Lei 10.216. Dividida em 13 artigos, a lei, ainda chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica, “dispõe sobre a proteção de pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial” (BRASIL, 2001).

Os artigos de 1 a 3 tratam dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, bem como da obrigação Estatal em promover a assistência e a política de saúde mental, sendo que:

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

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

É perceptível que, para ser aprovada, a lei fez concessões relativas ao projeto inicial de 1989, colocando a Reforma Psiquiátrica Brasileira dentro dos moldes possíveis para ser aprovada legislativamente.

Ainda que as leis signifiquem um avanço significativo, as ações pelas pessoas acometidas de sofrimento psíquico não devem ser limitar às condições oficializadas, uma vez que a luta é constante e dinâmica.

### **1.3. O Paradigma da Desinstitucionalização**

A História manicomial em todo o mundo é tristemente inseparável de variadas técnicas violentas e desumanas, mas que aos poucos foram

naturalizadas pela sociedade que levou algum tempo para observar que havia algo de errado nesse tipo de terapia.

A sociedade moderna é organizada sob a égide das mais diversas instituições, tais como fábricas, escolas, família, hospitais etc. Tais instituições têm seu alicerce em uma perversa relação de poder estabelecida entre dominadores e dominados, onde os dominados são sempre excluídos por seus dominadores que empregam o uso da violência em todos os casos (BASAGLIA, 1985). Hoje, a vida humana, em todas as suas fases, está intimamente atrelada a estas organizações, das quais nos tornamos dependentes sem que percebêssemos.

Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e a manicomial. A violência e a exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras, como consequência da finalidade educativa, nas segundas, da “culpa” e da “doença”. Tais instituições podem ser definidas como *instituições da violência* (BASAGLIA, 1985, p. 101).

A mesma sociedade que criou esses aparelhos viu-se ameaçada por tamanha violência. Seria necessário controlar a possível fúria daqueles que tanto sofriam com os abusos dos setores dominantes. A solução encontrada foi passar para os técnicos o poder dominador, mas disfarçado sob o tecnicismo. A violência se torna menos aparente e, os técnicos (médicos, psicoterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos etc.) passam a ser responsáveis pela reprodução dessa situação de dominação e conformismo, trazendo uma ilusória imagem de que a sociedade se encontra em “estado de bem-estar” (BASAGLIA, 1985).

A psiquiatria se vê em um conflito com de identidade. Os terapeutas encontram-se como figuras excludentes nesse processo de dominação, ao mesmo tempo em que também são excluídos pelos setores de fato dominantes. O tratamento que deveria trabalhar em prol da saúde da pessoa acometida de transtorno psíquico fortifica o processo de alienação e exclusão

social. A relação institucional entre médico e paciente contribui para que este tenha uma perda cada vez maior de seus direitos e de sua cidadania, sendo que há o crescimento da autoridade médica em detrimento da autonomia do doente. Para Basaglia, *“não há outra solução se não refutar o ato terapêutico cujo único objetivo é atenuar as reações do excluído em relação ao excludente”* (BASAGLIA, 1985, p.103).

Delegar ao manicômio a função de casa implica necessariamente em privar o indivíduo de sua cidadania. Saraceno (2001) afirma que um dos fatores do qual depende a qualidade de vida é o “habitar”. Para o autor, “estar” em algum lugar é algo que se refere a uma não apropriação do espaço, enquanto “habitar” significa uma relação de apropriação afetiva, que acontece quando se estabelece simbolicamente uma contratualidade com o lugar. Nas internações psiquiátricas, o estar é afirmado em detrimento do habitar.

Nesse sentido, é importante observar que a doença em si é apenas um dos fatores que ocasionam ao doente esse tipo de tratamento excludente, bem como o doente mental é só um exemplo de indivíduo institucionalizado. O problema é essencialmente social, e varia conforme condições econômicas, políticas e culturais, sendo importante *“determinar qual tipo de relação se instaura com o doente”* (BASAGLIA, 1985, p.107). A desinstitucionalização não se refere exclusivamente ao hospital, mas ao conjunto de fatores formadores de uma sociedade repressiva. Sendo assim,

[...] agir no interior de uma instituição da violência nos remete à violência global de nosso sistema social – em última instância a lógica que a Psiquiatria propõe é a mesma lógica da opressão e violência presentes na vida cotidiana (NICÁCIO, 1989, p.93).

É fundamental compreender que a psiquiatria em si não foi encarada como uma prática profissional a ser destruída, mas sim as práticas psiquiátricas ligadas à institucionalização dos doentes e dos próprios profissionais. Para Basaglia (1985), a psiquiatria erra ao considerar a doença como um fator distante dos demais fatores formadores da complexidade essencial a qualquer indivíduo, o que culminou na criação de diversos instrumentos referidos à doença (leis, teorias científicas, relações de poder

etc.) que serviriam unicamente para segregar e destruir a cidadania dos enfermos e dos demais dominados por esse sistema. Rotelli (1990) afirma que a psiquiatria precisava abandonar a relação problema-solução, que é baseada no racionalismo e procura sempre normalizar as situações, uma vez que a questão da loucura não seria resolvida com respostas pré-definidas, como acontece com diversas doenças.

A psiquiatria passa a ter um novo objeto que substitui a doença e a periculosidade que é a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, que não representa apenas o corpo físico, mas também está inserido no social (ROTELLI, 1990). No contexto citado, é importante ressaltar que desinstitucionalização é diferente de desospitalização. A desinstitucionalização se preocupa com a construção de novos serviços que têm por consequência uma nova realidade, enquanto a desospitalização por si só representa a negação de assistência médica (NICÁCIO, 1989).

A desinstitucionalização é um processo que acontece de dentro para fora, aonde os mecanismos internos das instituições se reciclam e conseguem, aos poucos, externalizar as mudanças conquistadas (ROTELLI, 1990). É por causa deste fenômeno que este processo não acaba arbitrariamente com os manicômios, mas oferece serviços substitutivos de qualidade, fazendo com que, gradativamente, a sociedade não tenha mais a necessidade de enclausurar a loucura.

Uma vez sendo negada, a psiquiatria tradicional seria transformada em um trabalho que reintegra o doente à sociedade, trabalhando pela sua liberdade. Com a desinstitucionalização, a pessoa que havia sido reduzida a um ser doente e perigoso reconstrói sua complexidade humana, voltando a ser um ser político, social e culturalmente relevante; um cidadão portador de direitos. O sujeito seu valor individual e seu papel como membro livre da sociedade. Tal liberdade atingiria não só os oprimidos pelo modelo social vigente, mas também os trabalhadores que, se antes agiam de acordo com uma conduta estritamente tecnicista, passaram a trabalhar com intervenções variadas e mais eficazes.

Sendo assim, desinstitucionalizar significa reconstruir todo um sistema de dominação em prol da libertação e emancipação de todos aqueles que o formavam, sejam dominados e dominadores. É lutar contra as relações de poder perversas que vão muito além das fronteiras dos hospitais.



## **CAPÍTULO II**

### **2. O Serviço Social e a Saúde Mental**

O segundo capítulo busca, em um primeiro momento, apresentar o Projeto Profissional de Ruptura do Serviço Social em sua concepção no histórico da profissão, passando pelas transformações por ele motivadas. Em seguida, é feita uma explanação da ligação entre o Projeto Ético Político do Serviço Social e a Reforma Psiquiátrica, mostrando a situação da profissão na área da saúde mental em seus avanços bem como nas barreiras encontradas na prática profissional.

#### **2.1. O Projeto de Ruptura no Serviço Social**

O Serviço Social brasileiro nasceu no ano de 1936 sob a ótica do conservadorismo e filantropia. Fortemente influenciado por uma moral religiosa cristã e sem nenhum caráter emancipatório, as práticas assistencialistas constituíam a principal guia da prática profissional.

Alguns anos se passaram até que surgiram ideais de rompimento com o modelo conservador, diante de críticas relacionadas a qual deveria ser o real papel do assistente social na sociedade. A profissão era fundamentalmente compromissada com os interesses Estatais e burgueses, sendo que

[...] a própria assistência social contribuía para a reprodução da opressão de um sistema de classes, uma vez que viabilizava a manutenção das desigualdades por meio da execução de políticas sociais que apenas administravam os conflitos sociais sem resolvê-los de fato (BISNETO, 2001).

O Projeto Profissional de Ruptura dá seus primeiros passos em meados dos anos 60, influenciado pelo momento de gradual reabertura política para a democracia brasileira, após um difícil período de autoritarismo retratado pela ditadura militar. Embasados na teoria marxista ortodoxa, alguns profissionais passaram a se engajar em trabalhos não realizados nas estruturas

institucionais, buscando alternativas para a prática do Serviço Social (SILVA, 2007).

É só na década de 80 que o Serviço Social sente a necessidade de atualizar sua produção teórico-metodológica, mostrando que o Projeto havia finalmente se tornado hegemônico. A partir de então, a profissão repensa a maneira de se organizar, formando sindicatos e associações.

[...] na década de 80, dissemina-se a ideia de repensar o Estado e as instituições como espaços contraditórios e, como tal, considera-los na perspectiva dos interesses dos setores populares (SILVA, 2007, p.102).

É importante mencionar que alguns conceitos-chave para a real compreensão do Projeto de Ruptura da profissão no Brasil. O primeiro deles é o Estado, “uma condensação das relações sociais que se estruturam dialeticamente” (FALEIROS, 1985, p.100). No sistema capitalista, o Estado é essencialmente autoritário. Domina e manipula a sociedade, obtendo aprovação e apoio através dos mecanismos de educação e usando os movimentos sociais conforme seu interesse, reprimindo-os quando representam ameaça e estimulando-os quando estão de acordo com os interesses do projeto político (SILVA, 2007).

O segundo conceito a ser citado por Silva (2007) é o de instituição. As instituições podem ser observadas como pequenas representações do Estado em si, funcionando como aparatos controladores da força de trabalho e da ordem. Assim, são as responsáveis pela reprodução e conservação dos ideais burgueses. Além disso, ainda representam a concretização das contradições presentes nos interesses da sociedade, uma vez que também são instrumento das políticas sociais e atendem públicos específicos.

Por fim, o último conceito é o de política social, utilizadas pelo Estado para abrandar as tensões sociais criadas pelos interesses burgueses. São criadas fora da perspectiva dos direitos sociais, atuando de forma assistencialista. Entretanto, podem significar um espaço de articulação e de luta. (SILVA, 2007).

Intimamente relacionada à aplicação destes três conceitos, a sociedade se divide em classes sociais que, de acordo com os mesmos conceitos, representam o aprisionamento de setores sociais oprimidos a uma condição econômica e socialmente vulnerável. Muitas vezes, estes setores são retratados como despolitizados e alienados. Entretanto, deve-se considerar que as classes exploradas têm o poder de unirem-se em torno de premissas que busquem a garantia de direitos.

É assim que surgem as ideologias emancipatórias, culminando, dentre outras coisas, na hegemonia encontrada nos movimentos sociais formados por classes populares. Esses movimentos são inegáveis instrumentos de transformação social e, a partir do Projeto de Ruptura, passaram a representar novas demandas para o Serviço Social, que se compromete com a luta dos setores marginalizados. Para Silva (2007), tais lutas defendem, além de interesses particulares de cada grupo, a democracia, que vai contra o autoritarismo do Estado capitalista e em direção a condições de cidadania plena.

Percebe-se que a prática profissional e a militância política tornam-se conceitos complementares para o Serviço Social. O assistente social trabalha e promove questionamentos dentro e fora das instituições. Entretanto, não se deve incorrer no risco de atuar sob uma perspectiva voluntarista, aonde há a utopia de que apenas a vontade de transformar a realidade que nos cerca é suficiente para revolucionar a sociedade (SILVA, 2007).

Nesse período de mudanças na profissão e na sociedade, também se fez necessária uma nova produção teórica. Foi preciso formular postulados que não estivessem dissociados da prática, fazendo com que as produções bibliográficas fossem congruentes ao dia-a-dia profissional. Ainda foi destacada a importância de se levar em consideração o conhecimento popular, formando bases teórico-metodológicas de fato transformadoras. Assim, tornou-se possível unir as três dimensões formadoras da profissão: a acadêmica, a organizativa e a intervencionista. (SILVA, 2007)

Uma das principais estratégias adotadas pelo Serviço Social para operar a Ruptura foi a Formação de Alianças. Este ponto mostra a urgência da profissão, na época, em vencer a setorialização e, assim, desfragmentar as políticas sociais. Surge o trabalho interprofissional e o diálogo tanto dentro da instituição empregatícia quanto com outras instituições (SILVA, 2007). As alianças marcam o compromisso do Serviço Social com diversos projetos de emponderamento de setores subalternos, afirmando que se tratava de um só projeto, heterogêneo em seus pilares, mas hegemônico em seus objetivos.

A correlação de forças entre dominantes e dominados se faz mais presente do que nunca e se mostra como o único caminho possível, no qual as alianças com outros setores é um dos instrumentos de luta mais eficientes. De acordo com Faleiros,

Definimos como paradigma da correlação de forças a concepção da como intervenção profissional como confrontação de interesses, recursos, energias, conhecimentos, inscrita no processo de hegemonia/ contra-hegemonia, de dominação/resistência e conflito/consenso que os grupos sociais desenvolvem a partir de seus projetos societários básicos [...] (FALEIROS, 1996, p.21).

A Educação Popular mostra-se como outra estratégia de trabalho, aonde o assistente social precisa oferecer às classes populares condições para que realizem críticas políticas a respeito de suas vidas. Nesse horizonte, o assistente social é um dos gestores do processo, tendo esse “cargo” dividido com os próprios participantes. Assim, a Educação Popular é baseada em uma “ação-reflexão desenvolvida junto à população” (SILVA, 2007, p.179).

Uma terceira estratégia de articulação, para Silva (2007), é a Assessoria aos Setores Populares, que consiste basicamente em colocar o assistente social como coadjuvante junto aos indivíduos formadores das classes populares, instrumentalizando-os para que tomem decisões. Nesse ponto, o assistente social deve estar consciente de que é possível que ele trabalhe em prol de algum projeto diferente do que imaginou propor, colocando-se em uma relação contraditória, mas não por isso menos positiva.

A última estratégia relatada por Silva (2007) é a Redefinição da prática da Assistência Social. Aqui, a assistência é encarada como um meio de

extinguir as práticas assistencialistas, utilizando-se de ações educativas que arquitetam a nova identidade do Serviço Social. Nesse eixo encontra-se a perspectiva da contradição, uma vez que a assistência é, ao mesmo tempo, uma demanda Estatal (usada como política social apaziguadora) e popular (necessária para a sobrevivência da população economicamente vulnerável). A assistência configura-se como uma das mais básicas formas de acesso à cidadania, servindo de palco constante para a luta de classes.

Uma crítica persistente feita por Netto (1989) a respeito do Projeto Profissional de Ruptura é a de que a execução do mesmo enfrentou barreiras impostas pelas bases teóricas responsáveis por sua formulação, uma vez que estas são restritas à profissão. Isso retrata uma grave falha na formação dos profissionais que, ao contrário do que pode se pensar, não é exclusiva ao âmbito técnico-instrumental, mas atinge também as bases teóricas e conceituais.

Uma das causas apresentadas por para tal é o distanciamento entre a gênese do Serviço Social brasileiro e a teoria marxista adotada pela posteriormente pela profissão. Enquanto o primeiro nasce com preceitos conservadores, diante de uma lógica positivista e capitalista, o segundo vai na direção exatamente contrária fundamentando-se na crítica radical à sociedade burguesa. O autor considera o ecletismo que teórico não representa avanços para a construção acadêmica da profissão.(NETTO, 1989).

Entretanto, Silva (2007) afirma que não se deve esquecer que o Projeto de Ruptura tem justamente a intenção, dentre outras, de formular uma tentativa para superar essa contradição teórico-metodológica, implementando definitivamente o marxismo em detrimento das correntes conservadoras.

O Projeto de Ruptura transformou o antigo viés conservador da profissão em um projeto politizado e libertário. Ao se falar em emancipação e transformação da sociedade, pode-se erroneamente acreditar que o Serviço Social tem pretensões revolucionárias utópicas, ambicionando acabar com a perversidade do sistema capitalista, substituindo-o por um modelo amplamente democrático e superando definitivamente todas as mazelas sociais. Entretanto,

a profissão não tem projetos tão gananciosos. A atuação do assistente social neste cabo de guerra que é na correlação de forças entre os setores explorados e os exploradores, assim como entra a própria categoria profissional e os empregadores, mas, de acordo com Cornelly:

Como profissão, dentro do sistema, nós não somos transformadores. Profissões não são transformadoras. Entretanto, a gente não pode esquecer que a luta de classes se verifica também no seio da institucionalidade burguesa (CORNELLY, 1980, p.274 *apud* SILVA, 2007, p.171).

Destruir o sistema é algo que ocorrerá por meio das ações da sociedade; das classes trabalhadoras juntamente aos demais setores oprimidos.

## **2.2. O Projeto Ético-Político e a Reforma Psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica tem como um de seus objetivos conceder espaço para que formações fora da área médica também possam contribuir para a formulação serviços de Saúde Mental mais democráticos (BISNETO, 2001). Sabe-se que o movimento de Ruptura no Serviço Social é contemporâneo ao surgimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, devido ao contexto político de redemocratização do país.

No Brasil, o Serviço Social passou a atuar na área da saúde mental em 1946. Nesse período, os hospitais psiquiátricos públicos contavam com poucos assistentes sociais, que trabalhavam baseados em uma teoria funcionalista e na prática higienista. A atuação era acrítica, burocrática e altamente submissa aos interesses médicos. Gradativamente, o número de profissionais dentro das instituições aumentou, ao passo em que houve também a inserção destes nos hospitais particulares e nos estabelecimentos filantrópicos conveniados. Hoje, em um período já pós-reforma, os profissionais estão presentes em grande número na área, concentrando seus serviços ainda nos hospitais públicos, privados e instituições conveniadas, acrescentando os recentes serviços alternativos (BISNETO, 2011).

Bisneto (2011) cita três causas principais que justificam o aumento drástico da demanda de assistentes sociais nos serviços públicos e privados de saúde mental. Elas estão representadas respectivamente pelas demandas de usuários, profissionais e instituição empregatícia, sendo então:

- O reconhecimento da necessidade de se estabelecer uma relação mais próxima e bem articulada entre assistência médica e assistência social, uma vez que, em grande parte dos casos, a loucura é um fator agravante de uma série de problemas sociais, bem como os diferentes tipos de desordens mentais podem tornar-se mais graves diante de problemas sociais.
- A necessidade de se contar com profissionais capacitados em readaptar o doente mental ao convívio saudável em sociedade, o que representa um dos grandes objetivos da desinstitucionalização, advinda do processo de Reforma Psiquiátrica.
- O fato de o assistente social poder ser um profissional destinado a atuar em prol dos lucros hospitalares, fator fundamental para a manutenção destas instituições dentro de um sistema capitalista. Alguns bons exemplos que explicam como isso acontece são citados pelo autor: o Serviço Social é a área responsável pela documentação dos pacientes necessária para que este possa acessar seu benefício previdenciário, fazendo com que o SUS (Serviço Universal de Saúde) compense financeiramente os gastos da clínica. A profissão também é a que tem a função de apurar as reais condições de alta dos pacientes cujos planos de saúde atingiram o prazo máximo de pagamento do tratamento. Por fim, é ainda o assistente social que delega à família determinados cuidados que representariam custos para a instituição, além de mediar conflitos institucionais advindos dos pacientes e de suas famílias etc.

Após um longo período de práticas profissionais despolitizadas e não emancipatórias tanto por parte dos trabalhadores da área psiquiátrica quanto dos assistentes sociais, a Reforma Psiquiátrica e a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social surgiram, não coincidentemente, em um mesmo

período e contexto histórico, para mudar de vez a relação entre essas duas espécies de saberes profissionais, bem como a vida das pessoas em sofrimento psíquico, que seriam mais diretamente afetadas por estas mudanças. Ambos são projetos que visam implementar efetivamente a cidadania dos usuários e, ao mesmo tempo, tornar as práticas profissionais mais críticas e efetivas. O profissional tenta romper com a atuação enviesada pela neutralidade e pelo conservadorismo.

O Projeto Ético-Político da profissão, embasado na teoria Marxista, estabelece definitivamente o compromisso do Serviço Social com as classes trabalhadoras, bem como com os demais setores oprimidos, ajudando-os na conquista de direitos sociais. Para Netto,

[...] este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, esse projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero (NETTO, 1999, p.15).

Orientados pelo Projeto Ético-Político e pela Reforma Psiquiátrica, os assistentes sociais da área começaram a enxergar que, além das funções já antes desempenhadas, a classe passou a contar com um novo objetivo profissional: o de formular a análise da sociedade capitalista e de sua relação com a loucura, bem como capacitar os usuários para que façam o mesmo e saibam lidar com a situação. Isso acontece porque tal associação é claramente um recorte da questão social. Uma vez trabalhando com Saúde Mental, o Serviço Social atende aos usuários das políticas de seguridade social<sup>3</sup>, que devem ser conscientes sobre as obrigações de Estado diante destas (BISNETO, 2011).

O Projeto Ético-Político inseriu em seus debates uma questão que não era vista como problema nos tempos do conservadorismo, mesmo existindo

---

<sup>3</sup> Entende-se por Seguridade Social as políticas de Saúde Pública, Previdência Social e Assistência Social (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).



desde a origem do ofício. A contradição no Serviço Social é detectada assim que a profissão se propõe a ajudar as classes subalternas ao mesmo tempo em que trabalhava para conformá-las à sua condição social e para manter a ordem imposta pela burguesia.

Com relação à Saúde Mental, a contradição se materializa no momento em que o assistente social se compromete com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mas trabalha mantendo e reproduzindo o autoritarismo presente nos hospitais psiquiátricos, que prendem e institucionalizam a doença e o ser humano (BISNETO, 2011). O assistente social tem a difícil função de mediar os interesses da instituição empregatícia e dos cidadãos que usufruem de seu trabalho, mesmo possuindo um código de ética<sup>4</sup> da que estabeleceu a prioridade do compromisso com os usuários.

Este caráter questionador e parcial dos assistentes sociais, assim como dos demais profissionais que trabalham em prol da Reforma Psiquiátrica, só foi possível graças à estabilidade destes em suas profissões, o que permitiu que todos criticassem a prática profissional e buscassem transformar a instituição como membros formadores da mesma, sem que seus empregos estivessem ameaçados. Diante disso, o neoliberalismo vem tentando evitar contratos que garantam a segurança do trabalhador. Para tal, o sistema usa de forma crescente a terceirização dos serviços bem como a privatização gradual da saúde pública (BISNETO, 2011).

Lidar com essas contradições e dificuldades implica, necessariamente, em entender que a correlação de forças entre Serviço Social e instituição empregatícia ressalta a necessidade de estar ao lado dos usuários quando há sérios conflitos de interesses. Para Faleiros,

[...] as mediações de poder e, portanto, de opressão, subordinação, discriminação, vitimização, fragilização, exploração são postas e pressupostas teórica e praticamente, implicando o compromisso ou o engajamento dos assistentes sociais com o fortalecimento do

---

<sup>4</sup> Segundo o Código de ética do Serviço Social, é um princípio fundamental da profissão a “Defesa intransigente dos Direitos Humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (1993).

oprimido no processo de enfrentamento de sua fragilização/patrimonialização [...] (FALEIROS, 1996, p.23).

Apenas orientado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e de seu Projeto Ético-Político é que o Serviço Social pôde agir efetivamente na luta antimanicomial e ajudar na construção e execução dos serviços substitutivos, a exemplo do Serviço Residencial Terapêutico (SRT)<sup>5</sup>, CAPS, NAPS (Núcleo de Atendimento Psicossocial)<sup>6</sup>. Tais serviços mostram que é possível articular formas alternativas e não institucionalizadas de trabalho com usuários dos serviços de Saúde Mental, que trabalhem na reconstrução da cidadania dos usuários.

---

<sup>5</sup> Serviços Residenciais Terapêuticos ou Residências Terapêuticas são moradias mantidas pelo governo para usuários da política de Saúde Mental que têm históricos de longas internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

<sup>6</sup> Foi criado juntamente com os CAPS pela portaria 224 e representa mais um tipo de serviço substitutivo.

## **CAPÍTULO III**

### **3. A Experiência do Distrito Federal**

Este capítulo constrói o histórico do Distrito Federal perante a Saúde Mental começando na prestação de serviços antes e depois da Reforma Psiquiátrica. Em seguida, é contextualizada a criação da Inverso e explanados seus objetivos. Por fim, faz-se a análise de qual é a função do Serviço Social na ONG, bem como sua importância para a mesma.

#### **3.1. A Reforma no DF**

Assim como em todo o Brasil, os Serviços de Saúde Mental no Distrito Federal enfrentam problemas por estarem atrelados a interesses políticos e econômicos instáveis.

Nos anos 60, a Saúde Mental do Distrito Federal foi marcada por uma política higienista que visava afastar as pessoas em sofrimento psíquico da sociedade. Foi inaugurada a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base, que funcionava como ponto de atendimento para pessoas em crise. Nesse período, aqueles que eram considerados doentes mentais crônicos eram levados ao Sanatório Espírita de Anápolis (COSTA; FALEIROS, 2000).

Em 1976 foi criado o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), um serviço de pronto atendimento que resultou de uma negação do governo em dar continuidade à implementação das Unidades Psiquiátricas nos Hospitais Gerais (COSTA; FALEIROS, 2000).

Influenciado pela efervescência das discussões e acontecimentos referentes a novos modelos de atenção à Saúde Mental brasileira propostos pela Reforma Psiquiátrica, o DF começou a buscar também novas formas de lidar com o tema. No ano de 1980, a Comissão Assessora de Psiquiatria da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) tentou executar serviços voltados para a saúde mental na atenção primária e com os profissionais dos

centros de Saúde. A tentativa foi em vão e a comissão foi abolida em 1984. Ainda mais descontentes com a situação dos serviços prestados no DF, movimentos sociais e profissionais se uniram no que culminou, em 1987, à instauração do primeiro Serviço Substitutivo do DF, o Instituto de Saúde Mental (ISM), contando com Ambulatório e Hospital-dia<sup>7</sup> (COSTA, FALEIROS, 2000).

Os anos 90 apresentaram avanços significativos para a Saúde Mental no DF que começaram no ano de 91, com o 1º Encontro dos Profissionais de Saúde Mental do DF e com a criação do Movimento Pró-Saúde Mental do DF. Em 93 a Lei Orgânica do DF é aprovada, garantindo direitos aos usuários dos serviços de Saúde Mental. É formulado pela FHDF/SES- DF o Plano Diretor de Saúde Mental, que demarcava a política da área, no ano de 1995. Tal Plano foi responsável pela articulação da Política de atenção psicossocial a crianças e adolescentes, dentre outras. Foi assim que surgiram o CAPS do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP) e o Serviço de Saúde Mental do Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB). Ainda no mesmo ano o ISM recebeu o CAPS e a Secretaria de Saúde estabeleceu a Coordenação de Saúde Mental (COSAM) (COSTA, FALEIROS, 2000).

Costa e Faleiros (2000) citam que uma das conquistas mais efetivas do período também aconteceu em 95: a criação e homologação da Lei 975/95, que assegura o aumento de serviços substitutivos de Saúde Mental em detrimento das internações psiquiátricas. Assim, os Serviços de Saúde Mental passaram a ser inspecionados e avaliados.

O HPAP vinha transformando suas práticas de forma gradual, baseado na capacitação e reciclagem de seu corpo profissional, sempre guiado pela ótica da Reforma Psiquiátrica. Com isso, houve a expansão do Hospital-Dia, criação do Programa de Atenção na Comunidade e Acolhimento e a utilização novas estratégias nos Setores de Emergência, Internação e Ambulatório. O Serviço Social passou a receber os pacientes e se responsabilizar pelo encaminhamento de cada um deles que, preferencialmente, não seria a

---

<sup>7</sup> São Serviços de Internação Parcial que se juntam aos demais serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica.

internação. Com a mudança de perspectiva, o Hospital passou a se chamar São Vicente de Paula (HSPV). Em 98 foi criado o CAPS do HSPV e também a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da FHDF. (COSTA, FALEIROS, 2000 e AMARAL, 2006).

Após um período de democratização e vitórias, o ano de 1999 representou um recuo na luta pela Reforma Psiquiátrica no DF. Após as eleições, o novo governo não acatou as definições do Plano Diretor de Saúde Mental, deixando de criar novos Serviços Substitutivos (COSTA, FALEIROS, 2000). A mobilização por melhores Serviços de Saúde Mental seguiu em frente, mas ainda muito dependente da vontade política.

Em 2003 a Clínica Repouso do Planalto, instituição psiquiátrica de internação conveniada ao SUS e reconhecida por obrigar seus pacientes a sobreviver diante de péssimas condições, foi interditada e fechada definitivamente. A medida, que era urgente, uma vez que a clínica já não tinha alvará de funcionamento há três anos, também causou alguns transtornos imediatos. Os pacientes que não tinham condições de voltar para casa foram realocados entre o ISM e o HSPV (AMARAL, 2006). Entretanto, não foram criados substitutivos para atender estas pessoas que, com a sobrecarga dos serviços do ISM e HSPV, continuaram não ter acesso a um tratamento digno.

O fechamento repentino da Clínica Planalto criou novas demandas para a saúde pública do DF. Assim, em 2004, foi criado o Programa Vida em Casa (PVC), tendo como público alvo os pacientes e moradores da Clínica Planalto que haviam sido transferidos para casa. O PVC tem como objetivo recuperar a saúde mental dos pacientes e da família, prevenir crises e novas internações, assistir médica, social e psicologicamente e promover a reinserção dos pacientes na sociedade (PACHECO, 2011).

Em 2004 o HSPV foi visitado pela Inspeção Nacional, que relatou graves descuidos com os pacientes. Em 2005, um paciente cometeu suicídio ocasionando a intervenção da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Distrital, MPTDT (Ministério Público do Distrito Federal), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), bombeiros e vigilância sanitária. Nesse período o HSPV

esteve na iminência de ser fechado, o que não aconteceu pela falta de serviços alternativos para substituí-lo (AMARAL, 2006).

Atualmente, o DF tem como prevê a criação de novas unidades de serviços substitutivos, mas o que se vê é uma rede despreparada para atender a alta demanda, com recursos inferiores à real necessidade e unidades de tratamento insuficientes.

### **3.2. A Inverso**

No ano de 2000, no Distrito Federal, alguns segmentos envolvidos com a temática da saúde mental trabalharam em prol de um maior compromisso e conscientização da sociedade com as demandas locais referentes ao assunto. Foi então organizado o “Varal da Casa Verde”, um evento que expôs diversos trabalhos artísticos baseados na loucura.

Foi nesse contexto, diante dessa necessidade de mudanças e novas propostas, que em março de 2001, profissionais que haviam terminado o curso de residência em saúde mental oferecido pelo GDF, apoiados por outros profissionais da área de Saúde Mental, criaram o Centro de Convivência Inverso. No contexto citado, houve uma troca de governo no Distrito Federal que desfavoreceu intensamente a continuidade do curso de residência, mudando o antigo encaminhamento do projeto, que visava uma saúde mental baseada em serviços mais humanizados e democráticos, e também trocando professores e outros profissionais. O grupo surgiu como uma tentativa de criar um espaço que diferisse das instituições psiquiátricas do Distrito Federal, buscando a ressocialização e a reconstrução da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental. A Inverso é uma entidade sem fins lucrativos do terceiro setor, comprometida com pessoas em sofrimento psíquico.

Por ter sido criada no ano de 2001, mesmo período em que foi aprovada a Lei nº 10.216, a Inverso esteve, inicialmente, profundamente ligada ao MNLA (Movimento Nacional da Luta Antimanicomial), que tinha dentre seus representantes no DF alguns estudantes que participaram da construção da

ONG. Assim, pode-se dizer que a criação da Inverso foi um dos pontos altos da Reforma Psiquiátrica Distrital.

Atualmente, contando com profissionais que se dividem entre psicólogos, assistentes sociais e acompanhantes terapêuticos a ONG atende um número variável de pessoas. Apesar de contar com profissionais de formação diferenciadas, o trabalho é realizado em um contexto de articulação que, hora se mostra interdisciplinar<sup>8</sup>, hora transdisciplinar<sup>9</sup>.

A Inverso já filiou convênio com o governo, experiência que não trouxe grandes vantagens, além de ocupar os participantes (profissionais e usuários) com uma série de questões que formais que burocratizavam o trabalho, indo em desencontro com a filosofia de liberdade do grupo. Assim, hoje, a Inverso não é financiada pelo governo ou por iniciativa particular. Toda a renda vem de doações e dos resultados dos trabalhos produzidos durante oficinas. Dessa forma, os profissionais envolvidos no projeto (psicólogos e assistentes sociais) são todos voluntários e não possuem qualquer vínculo empregatício.

A ONG tem como principais objetivos efetivar os direitos e a autonomia do público alvo; promover a inclusão social dos mesmos; alertar a sociedade sobre a necessidade de erradicar o preconceito e a exclusão social e lutar pela qualidade nos serviços de saúde pública ligados à saúde mental no Distrito Federal.

Em sua maioria, os frequentadores do grupo já foram ou são usuários dos tratamentos clínicos para saúde mental, seja na rede pública ou particular, ainda que este não represente um pré-requisito para participar das atividades. Alguns passaram por internações e uma série de procedimentos hospitalares violentos que, muitas vezes, significaram um retrocesso na adaptação dessas pessoas à vida em sociedade. É comum também que alguns familiares acompanhem a rotina do grupo, o que os torna mais engajados com a temática da saúde mental.

---

<sup>8</sup> Interdisciplinar é o trabalho que acontece de forma conjunta, mas guiado por saberes diferenciados.

<sup>9</sup> Transdisciplinar é o trabalho que atua de forma conjunta, a partir de conhecimentos articulados.

Diferentemente do que acontece em um ambiente hospitalar, o trabalho realizado na Inverso não diagnostica ou mesmo trata com relevância os transtornos que acometem os frequentadores. Trata-se de um espaço para viver e falar de temáticas que vão muito além das doenças mentais. Com isso, o objetivo é relembrar o participante que a doença não é o principal fator que compõe sua identidade. A ideia é que se tenha um espaço de livre convivência e de participação voluntária. Lá não existem pacientes, mas apenas pessoas dispostas a trocar experiências e viver de forma integrada ao resto da sociedade, mostrando que a busca por melhores condições de saúde não está necessariamente relacionada ao tratamento das doenças. Entretanto, é importante frisar que a maior parte dos frequentadores realiza ou já realizou tratamento médico para seus transtornos, de forma que a experiência na Inverso é vivida de forma paralela aos procedimentos clínicos indicados para os diferentes casos.

Outro ponto que difere o grupo de outros espaços é o fato de que não há formalidades referentes ao controle de registro, presença ou horário. Estimular a autonomia dos frequentadores passa, dentre outros pontos, por concedê-los a liberdade de decidir quais são as atividades que os interessam e quando estão disponíveis ou interessados em participar. Dentro dessa dinâmica, é curioso perceber que alguns participantes não são frequentes no grupo, mas há um número considerável de pessoas bastante assíduas.

Também envolve a emancipação dos frequentadores a organização do espaço físico da ONG. Situada em uma quadra comercial, o ambiente não conta com escritórios ou salas de terapia. A divisão remete a uma casa, com cozinha, copa e sala. A dinâmica informal contribui para a desinstitucionalização daqueles que estão saturados de internações em ambientes clínicos e confere aos participantes obrigações relacionadas à manutenção do espaço, mostrando que as responsabilidades são compartilhadas para a manutenção do ambiente e da boa convivência. (exemplo: limpeza).



Dentre as atividades realizadas estão as oficinas. A cada dia da semana, uma oficina diferente é realizada e fica sob responsabilidade de um profissional. As oficinas podem mudar de acordo com a disponibilidade dos voluntários e a demanda dos participantes, refletindo a igual responsabilidade de todos (frequentadores e profissionais) na organização e manutenção do projeto, reafirmando a autonomia e liberdade dos frequentadores. Algumas das oficinas já oferecidas são/foram: artesanato, informática, jornal, canto, atividade física (em parceria com o Centro Olímpico da Universidade de Brasília) e mosaico. Durante a oficina de jornal é produzido o jornal CabeSão que conta com informes e produções dos participantes tais como textos, poemas e outros. O jornal é vendido para a comunidade e ajuda a arrecadar fundos para o grupo. A oficina de mosaico produz intervenções na cidade que já foram alvo de premiações nacionais como a parada de ônibus denominada “Loucura Passageira”, localizada na quadra 409 Norte de Brasília. Ainda são promovidas festas em datas comemorativas que contam com a participação da família dos participantes e bazares que comercializam os produtos das oficinas.

Atualmente, a ONG atua em parceria com o curso de psicologia da UNIP (Universidade Paulista) em um programa de acompanhamento terapêutico, que é fornecida de forma gratuita para os participantes que demonstram interesse em participar do projeto.

A Inverso representa um espaço aonde os participantes usufruem de fato dos princípios da reforma psiquiátrica. A livre expressão de pensamentos e sentimentos, a criação de novos laços, a participação em atividades extras institucionais, tudo isso contribui para o fortalecimento da desinstitucionalização e dos objetivos da luta antimanicomial.

### **3.3 O Serviço Social na Inverso**

Em sua criação, a Inverso não contou com a colaboração direta do Serviço Social. Entretanto, pode-se dizer que a profissão está, desde o começo, fortemente atrelada às bases da ONG.

No nascimento do grupo, os estudantes envolvidos no projeto, que não pertenciam ao Serviço Social, estavam inseridos em um contexto de politização e questionamento dos serviços, buscando com isso a reformulação do sistema de saúde mental no Brasil, fator proporcionado pela expansão da Reforma Psiquiátrica. Nesse período, o Serviço Social já estava profundamente entrelaçado às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, de forma que seu Projeto Ético-Político influenciava e ia de encontro aos objetivos dos demais campos profissionais envolvidos.

Quando se fala em Serviço Social trabalhando na área da saúde mental, é instintivo pensar em um trabalho pautado por instrumentos comumente usados pela profissão na maioria das áreas como: laudos sociais, relatórios, visitas domiciliares, entrevistas etc. Tais instrumentos representam um importante ponto de apoio para a o dia-a-dia da prática profissional em muitos campos de atuação, mas será que garantem que o Serviço Social efetive seus objetivos?

Existem casos em que os assistentes sociais encontram severas dificuldades de definirem suas funções, fazendo surgirem dúvidas sobre a real função do serviço social na instituição. Nesses casos, paira a imagem de que o dever do Serviço Social é acatar as demandas que não cabem às outras áreas. Isso é comum em contextos onde o assistente social não é consciente de suas obrigações diante do público alvo e não entende como se posicionar na correlação de forças entre os diferentes interesses que o cercam, bem como quando estão presos a práticas profissionais estáticas. Quando isso acontece, o profissional corre o risco de se tornar um mero tecnocrata a serviço dos interesses dos empregadores.

Na Inverso, os assistentes sociais trabalham com processos interventivos, mesmo que sem os aparatos formais e tradicionais da prática profissional. Tal intervenção acontece por meio da ressocialização, da conscientização, da articulação com outros movimentos e da construção da cidadania de forma conjunta, envolvendo frequentadores, profissionais e comunidade, e atendendo de fato o objetivo de integração proposto pela

Reforma Psiquiátrica. A abordagem considera fatores macrossociais como família, cultura, renda, política, socialização et. Para Faleiros,

O processo de ação ou intervenção profissional não se modeliza num conjunto de passos preestabelecidos (a chamada receita), exigindo uma profunda capacidade analítica para entender e explicar as particularidades das conjunturas e situações, uma capacidade de propor alternativas com a participação dos sujeitos [...]. (FALEIROS, 1996, p.29).

A Inverso encontra-se como um grupo sem objetivos pertencentes à acumulação de lucro privado, configurando-se então como palco ideal para a atuação de profissionais do Serviço Social, uma vez que a profissão é comprometida com a luta contra as manifestações da questão social proporcionadas pela lógica do capital. Sendo assim, a contradição que se apresenta com frequência no trabalho do assistente social obrigando-o a, muitas vezes, prejudicar a efetividade do seu trabalho ao se posicionar contra os empregadores, não faz sentido nesse ambiente em que o único compromisso é com os frequentadores e com a comunidade.

Ainda que não exista vínculo empregatício, o trabalho desempenhado por estes profissionais na ONG não é mero trabalho voluntário e descompromissado. Contar com uma formação que tenha um viés político e emancipatório é essencial para construir e fortalecer a identidade e a autonomia dos frequentadores. Estes, como já foram anteriormente institucionalizados por diversas internações em clínicas psiquiátricas, precisam de profissionais que mostrem as possibilidades extra-hospitalares, proporcionadas pela reinserção social e pela conscientização política. Para Lobosque, “[...] trata-se de tomar a palavra; de acender à voz e ao voto, de decidir sobre as coisas que nos dizem respeito; trata-se, em suma, de uma questão de cidadania” (LOBOSQUE, 2003, p.181).

No grupo, a profissão desenvolve-se alterando as estruturas opressoras, o que é, de acordo com o Código de Ética do Serviço Social, consta como um princípio fundamental. De acordo com o documento, o profissional tem a

obrigação de defender os direitos humanos bem como negar o autoritarismo; e expandir e fortalecer a cidadania (CFESS, 1993).

A identidade da Inverso como um estabelecimento comprometido com a desinstitucionalização, reintegração e emancipação de pessoas em sofrimento psíquico tem a ver, dentre outros fatores, com o Projeto Ético-Político do Serviço Social que permeia o grupo desde sua gênese. O trabalho realizado na Inverso representa a proposta de desinstitucionalização em sua máxima efetivação.

## Considerações Finais

Há tempos, não se imaginava que um doente mental em tratamento poderia ter uma vida saudável em sociedade. A desinstitucionalização representou um novo projeto de vida para pessoas que já haviam perdido as esperanças de retomarem suas identidades (ao deixarem de ser reduzidos ao rótulo de loucos) e o convívio com a comunidade, assim como mostrou para as profissões envolvidas uma nova forma de atuação.

Desinstitucionalizar significa brigar com as práticas mais tradicionais do Serviço Social, que pode retratar esse novo modelo como uma forma de psicologizar a profissão. Entretanto, não se trata de psicologizar a ação do assistente social. A construção da cidadania passa pelo trabalho em conjunto. A loucura não está baseada apenas em fatores de ordem patológica. Enquanto as ciências da mente contribuem com as questões de ordem emocional, o Serviço Social visa campos que vão além do exclusivamente pessoal. Petrificar o Serviço Social às conservadoras relações institucionais que há tanto são negadas pelo pensamento crítico da profissão significaria um retrocesso após tanta produção teórico-metodológica voltada para o processo de desinstitucionalização.

Serviço Social e os Serviços de Saúde Mental não devem temer novos desafios, procurar novas teoria e produzir novos aparatos teórico-metodológicos que se encaixem em contextos diferentes daqueles que representam as formas tradicionais de lidar com a profissão. Assistentes sociais e profissionais da área da saúde precisam compreender que as demandas não são estáticas e necessitam de práticas dinâmicas para serem sanadas.

Projetos como a Inverso representam o desafio que é lutar contra os interesses do capital, que até hoje busca implementar políticas repressoras e que mantenham a ordem social burguesa, precarizando o trabalho dos profissionais envolvidos e negando medidas que de fato garantam e efetivem direitos sociais.

Os serviços alternativos às internações, sobretudo práticas altamente desinstitucionalizantes como as da Inverso mostram que, mais do que evitada, a institucionalização da opressão precisa ser combatida. Esse combate deve ser feito de forma integrada, por profissionais, usuários dos serviços, família e comunidade.

Por fim, é importante ressaltar que um dos maiores desafios encontrados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil é a grande dependência da vontade política. Desinstitucionalizar também representa um caminho para se libertar das amarras do jogo político brasileiro e criar autonomia, garantindo os direitos da sociedade como um todo.

## Referências Bibliográficas

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. **Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica**. Recife: UFPE, 2009.

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas da Reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. Dissertação de mestrado apresentada ao departamento de sociologia da Universidade de Brasília. Brasília: Unb, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BASAGLIA, Franco (Coord). **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004.

CÓDIGO DE ÉTICA DO SERVIÇO SOCIAL. Brasil: CFESS, 1993.

COSTA, Augusto César Faria; FALEIROS, Eva Silveira. **40 anos de loucura no Distrito Federal: Breve História dos Serviços Públicos de Saúde mental no Distrito Federal**. Brasília: 2000.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 975**. Fixa as diretrizes para a atenção à Saúde Mental no Distrito Federal e dá outras providências.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Paradigma da Correlação de Forças e estratégias de ação em Serviço Social**. In: IAMAMOTO, Marilda Vilela et al. Metodologias e Técnicas do serviço social. Brasília: Sesi-Dn, 1996.

FOUCAULT, Michael. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

NICÁCIO, Maria Fernanda. **Da instituição negada à instituição inventada**. In: LANCETTI, A. (coord.). Saúde loucura, 1. São Paulo: HUCITEC, 1989.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

PACHECO, Juliana Garcia. **Representações Sociais da Loucura e Práticas Sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização**. Brasília: UnB, 2011.

ROTELLI, Franco et all. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, Beneetto. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SILVA, Maria Ozanira e Silva (Coord). **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do Projeto Profissional de Ruptura**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.



VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.