



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

NEIVA DE MENEZES ALVES

SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

RIO DE JANEIRO, MARÇO DE 2015.

NEIVA DE MENEZES ALVES

**SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau de bacharel em Serviço Social. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Krenzinger A. Guindani

Rio de Janeiro

2015

## Agradecimentos

Uma grande vitória como esta é marcada por grandes lutas, vitórias, desafios e claro, dificuldades que venci bravamente ao longo desses anos de curso. E, como não lutamos sozinhos tenho algumas pessoas que foram imprescindíveis na minha longa caminhada.

Agradeço a minha mãe Zildete de Menezes Alves e avó Maria do Carmo de Menezes por terem me educado e contribuído para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. A Cláudio da Silva, que mesmo distante me apoiou e me fez acreditar que eu poderia chegar até aqui.

Agradeço também aos amigos Kátia Laguna e Marcelo Caria, por terem contribuído na conclusão deste trabalho. E não poderia deixar de citar os professores Miriam Krenzinguer A. Guindani, Gustavo Repetti e Silvina Galizia, por terem me auxiliado no momento em que eu mais precisei.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Krenzinger A. Guindani  
(orientadora)  
ESS/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Gustavo Repetti  
ESS/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Moreira  
ESS/UFRJ

## **AUTORIZAÇÃO**

Neiva de Menezes Alves DRE 107403810, **AUTORIZO** a Escola de Serviço Social da UFRJ a divulgar total ou parcialmente o presente Trabalho de Conclusão de Curso através de meios eletrônicos e em consonância com a orientação geral da SiBI.

Rio de Janeiro, 04 de março de 2015.

Por conseguinte, a grande deficiência que marca a história da sociedade brasileira é a “deficiência social”, que é a privação do direito de todos e qualquer cidadão, agravando-se em maior proporção para aqueles acometidos de problemas que limitam sua capacidade física ou mental. GÓIS et al.(2012).

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo apontar a atuação do Serviço Social na área da Saúde Mental, identificando as atribuições profissionais assim como, seus desafios e possibilidades. A relevância de tal tema se dá devido à forte presença do Assistente Social nesta área, onde atua na porta de entrada viabilizando o acesso às políticas sociais e a rede de apoio familiar e atendimento. Nesse sentido, se busca demonstrar os avanços que a profissão obteve ao longo dos anos e também a participação direta junto ao trabalho interdisciplinar. Para realização do tema proposto realizamos uma revisão bibliográfica no campo profissional e da Saúde Mental, assim como uma pesquisa sobre legislações fazendo uma ligação com a reforma psiquiátrica. Por fim, reforça a importante participação do profissional do Serviço Social juntamente com as famílias e no contato direto com o usuário da Saúde Mental.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	07
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	09
<b>2. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL</b>	11
2.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL	15
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	17
2.3 MARCO LEGAL E POLÍTICO DA SAÚDE MENTAL	32
<b>3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL</b>	38
3.1 DESAFIOS E DEMANDAS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAUDE MENTAL	45
3.2 SERVIÇO SOCIAL E FAMÍLIA	52
<b>4. CONCLUSÕES</b>	56
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	59

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo apresentar reflexões sobre o exercício profissional do assistente social no campo da Saúde Mental identificando as atribuições, assim como, seus desafios e possibilidades colocados à prática profissional. A relevância de tal tema decorre das novas exigências apresentadas ao profissional do Serviço Social no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse sentido, se busca demonstrar os avanços que a profissão obteve ao longo dos anos e também a participação direta junto às equipes interdisciplinares. Para realização do tema proposto realizamos uma revisão bibliográfica no campo profissional e da Saúde Mental, assim como uma pesquisa sobre legislações fazendo uma ligação com a política de atendimento. Os principais autores utilizado a pesquisa foram Bussula (2009), Gentili (2011), Góis (2012), Robaina (2009), Rosa (2009), Santos (2013) e Machado (2009).

O referido estudo decorre da nossa experiência de estágio ocorrida no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) no período de agosto de 2010 à Julho de 2012, aonde tivemos a oportunidade de intervirmos diretamente com os usuários, familiares e equipe multiprofissional. Ressalta-se a inserção do Serviço Social nessa área de atuação juntamente com seus desafios e demandas e também o trabalho interdisciplinar, que gerava uma relação de confiabilidade muito grande entre o paciente e o profissional, contribuindo para o nosso aprendizado no Serviço Social.

Nessa experiência tivemos a oportunidade de compreender os processos que envolveram a constituição do campo, das práticas e também do

Serviço Social enquanto profissão, suas atribuições e atuações na área da Saúde Mental e os desafios postos. Buscamos contribuir de alguma maneira para a consolidação de uma prática profissional qualificada e compromissada com o seu público, nesse caso a pessoa com transtorno mental.

O trabalho está estruturado em dois capítulos. No primeiro abordaremos como foi o processo histórico da Saúde Mental, o tratamento oferecido aos doentes mentais, as dificuldades, os avanços e sua trajetória no Brasil. Destacamos a importância da Reforma Psiquiátrica que trouxe em seu bojo mudanças significativas assim como as políticas e diretrizes, que representaram uma grande conquista no tratamento e na atuação do profissional na área da Saúde Mental. No segundo capítulo falaremos da atuação do assistente social neste campo, assim como os desafios e demandas que são postos. Finalizamos abordando a questão da família que, embora seja considerado complexo, não podemos negar sua importância seja qual for a maneira que ela é constituída. A família é chamada a participar efetivamente no cotidiano dos usuários da Saúde Mental.

## 2-BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Falar sobre o assunto saúde mental requer conhecimento para não sermos influenciados pelo intenso preconceito que o tema carrega consigo, até em questões simples como nos referimos aos doentes mentais, que são tratados de várias formas estigmatizantes, contribuem para a reprodução da discriminação.

No século XVIII, as instituições eram chamadas de hospício, manicômio, hospital psiquiátrico e os doentes mentais eram levados para tais locais, a fim de serem “tratados” por longos períodos, muitas vezes distantes de seus familiares, de suas casas e até mesmo de suas cidades, reforçando a idéia de que deveriam viver isolados, evitando o incômodo da sociedade. O ambiente desses locais pouco colaborava para a recuperação de quem ali se encontrava, pois, viviam no ócio, eram humilhados, ignorados e muitas vezes mal tratados por profissionais despreparados que atuavam na área.

Os pacientes eram atendidos em condições subumanas, fazendo uso de medicamentos que os tornavam apáticos e distantes da realidade. Ficavam presos em hospitais. Contra os desordeiros, mendigos e ociosos a sociedade começou a adotar medidas de repressão e condenação. Os doentes mentais eram presos junto com outros marginais e assim como os pobres se tornaram caso de polícia. Essas pessoas eram vistas como perturbadoras da ordem, então, não deveriam circular junto com os ditos “normais”. Tais pessoas figuram no novo contexto como improdutivas.

Segundo Bastide (apud ROSA e MELO 2009):

[...] são alijadas do convívio social, a partir da apropriação médica da loucura, definida desde então, como “doença mental”, presumindo-se a periculosidade e incapacidade de tais sujeitos, fato que justificará

no imaginário social a idéia de que “lugar de doido é no hospício” (p.79).

Os Hospitais, assim como as Santas Casas de misericórdia se tornaram verdadeiros depósitos de pessoas , eram lugares de exclusão social e concentração da miséria.

Para que possamos compreender melhor a criação dos serviços substitutivos ao manicômio, é necessário saber como foi gestado o processo de institucionalização. No século XV na Itália e na Espanha inicia-se um processo científico com os primeiros estabelecimentos destinados aos “loucos”. No século XVIII surgiu uma espécie de asilos, que abrigavam de forma subumana os loucos. “O hospício nascia para que o tratamento pudesse recuperar ou corrigir a razão” (SILVA, 2012.p.28).

Segundo Silva (2012):

A necessidade de criação de hospitais psiquiátricos no século XVIII evoca a não reflexão de graves problemas do ser humano e da sociedade, esta última que como resposta aos inúmeros “incivilizáveis”, cria instituições de violência que tinham como procedimentos usuais a infligência de sofrimentos físicos e morais àqueles que não se ajustavam ao modelo de modo de produção e sociedade impostas, os mais alterados sofriam torturas e eram imobilizados com lençóis úmidos e choques (p. 29).

Na Europa, até o século XVIII, o objetivo dos hospitais existentes não era voltado para a medicina, mas sim, para o isolamento daqueles que não se adequavam aos padrões. A exclusão era intensa e os internados não recebiam nenhum cuidado, como já vimos no texto acima, e permaneciam enclausurados até a sua morte (BUSSULA et al, 2009).

A partir da Revolução Francesa, emerge o sistema asilar que se torna progressivamente o modelo hegemônico de assistência do doente mental no Ocidente, com os pressupostos alienistas de Phillippe Pinel (AZEVEDO, 2009).

Conforme ressalta Amarante (apud AZEVEDO, 2009):

A institucionalização é o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem essas regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que através de um processo de regressão e restrição do EU, o induz a um vazio emocional (p.29).

Em 1800, o médico francês Phillipe Pinel, expôs sua idéia de que o doente mental não deveria ficar enclausurado nem junto com os ditos desviantes da sociedade, mas sim, serem tratados, pois para ele a loucura era vista com uma alienação mental que precisava de tratamento e atendimento específico. Após a segunda guerra mundial, estes locais passaram a ser comparados a um campo de concentração, pois era notável a segregação social e a violação dos direitos humanos. Neste contexto, surgem várias propostas reformistas em Saúde Mental em vários países do mundo ocidental, destacando-se a Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália.

A institucionalização trouxe várias consequências aos doentes mentais. Podemos citar como exemplo, a fragmentação ou extinção da família, a perda da identidade, de direitos e a incapacidade de exercer a cidadania. Segundo Barrígio (apud SILVA, 2012, p.29) uma nova formulação de políticas em Saúde Mental ocorreu para que houvesse o resgate da cidadania dessas pessoas, e esta foi com a fundação do Instituto Franco Basaglia (IFB).

O Instituto Franco Basaglia (apud SILVA, 2012):

[...] É uma instituição civil sem fins lucrativos que atua na área da Saúde Mental e da reforma psiquiátrica no Brasil. Reconhecido como de utilidade pública municipal, o IFB foi fundado em 1989 no Rio de Janeiro, e tem como sócios profissionais e usuários de serviços de Saúde Mental. “Seu principal objetivo é desenvolver ações estratégicas de incentivo à formulação de políticas públicas que possam resgatar os direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais.” (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 18/09/2007) (p.30).

Através dos serviços de saúde de Mental de Trieste, a experiência italiana foi tomada como exemplo a ser seguido mundialmente.

Segundo Amarante (apud AZEVEDO, 2009), pode-se dividir o momento da Saúde Mental em três principais projetos:

Primeiramente acreditava-se na instituição psiquiátrica como locus de tratamento e na psiquiatria enquanto o saber competente, contudo propunha-se a humanização dos asilos.

Num segundo período há a extensão da psiquiatria ao espaço público, quando este foi organizado de forma a prevenir e promover a Saúde Mental, através das chamadas psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva.

Por fim pode-se observar a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia. Entre todos os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade, este projeto foi o instaurador de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e os dispositivos terapêuticos a eles relacionados. Desta maneira, buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, ou seja, o conjunto de relações entre instituições, práticas e saberes que se legitimam como científicos. Essa discussão balizava-se nos pressupostos de inadequação dos manicômios como dispositivos de intervenção técnica; de que o saber psiquiátrico isoladamente não era capaz de dar conta da loucura; e também no reconhecimento da cidadania dos portadores de transtornos mentais (p.15).

## 1.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Segundo Silva (2012):

no Brasil, no início do século XVIII, a questão da loucura foi tratada com uma questão estritamente da “medicina” e no qual os chamados “loucos” não possuíam nenhum tipo de escolha, ficando a mercê da benesse da população e de almas caridosas. A forma principal de tratamento era a retirada do convívio social por meio de internações, através do processo de institucionalização. (p. 29).

Em 1852, o imperador Dom Pedro II, inaugurou, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro asilo brasileiro. O objetivo desta instituição era oferecer um ambiente mais arejado e higiênico que propiciasse um tratamento moral aos loucos que diminuísse a precariedade do tratamento. A grande demanda que envolvia os doentes mentais e tanto a violência quanto as privações, ficaram ainda mais evidentes com o tempo. A partir da Proclamação da República ocorre a criação das instituições (hospícios e colônias) especializadas na “cura” da loucura.

O doente mental teve uma atenção específica com a chegada da Família Real no Brasil em 1808. Com as mudanças sociais e econômicas que ordenaria o crescimento da cidade e da população, foi imprescindível a criação de um local onde pudessem ser levadas as pessoas que de alguma forma ameaçassem a ordem social. Então, em 1852, é criado o primeiro hospício brasileiro na cidade do Rio de Janeiro – RJ, intitulado Hospício Pedro II, que seguia as orientações e os propósitos da escola alienista francesa. Com a proclamação da República em 15 de novembro de 1889, o Hospício Pedro II é entregue ao Estado, que muda o nome do mesmo para: Hospício Nacional dos Alienados.

O tratamento, a medicação na época ainda não era muito desenvolvida e com o tempo o tratamento asilar, revelou outra face muito cruel que em nada se pautava no projeto terapêutico de Pinel.

Com o desenvolvimento do capitalismo industrial, no século XVIII, ocorreu uma grande atração populacional aos centros urbanos, tendo como consequência a proliferação de doenças e epidemias. Assim as péssimas condições de vida em que viviam a classe operária rebateriam no trabalho e

reduziriam a produtividade e, conseqüentemente o lucro, preocupando assim os detentores do capital. Cabendo ao Estado assumir alternativas para contribuir no atendimento necessário aos doentes, incluindo as consideradas como mentais. Todavia, estas não conseguiram atingir as expectativas, mas sim excluí-los, escondê-los em instituições agrícolas, uma vez que, constituíam seres perturbadores aos olhos da sociedade.

## 2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Tomaz (apud Silva, 2012), expõe que o movimento de Reforma Psiquiátrica chegou ao Brasil, em meados dos anos de 1970; momento em que Franco Basaglia fez três visitas ao Brasil:

“Das três visitas que Basaglia fez ao Brasil na década de 70, mais precisamente nos anos de 1975, 1978 e 1979, a última teve uma maior repercussão em função de o momento político ser favorável à maior participação social e política. O contexto de abertura política

que o país vivia naquele momento, a reorganização partidária e sindical e o movimento pela anistia formaram o quadro político para os movimentos sociais e pela reivindicação por maior participação social e política. no campo da saúde, ganhou sempre destaque o processo de mobilização, através do Movimento pela Reforma Sanitária, que segundo Bravo (2006, p.32) “consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura da sociedade”, e no campo específico da Saúde Mental surgiram as reivindicações contra o cotidiano de violência e segregação no interior das instituições psiquiátricas. (p.35 ).

As visitas de Basaglia foram marcadas por denúncias, mobilizações e lutas por uma nova política de Saúde Mental, principalmente a de 1979, ano de criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)<sup>1</sup> .

De acordo com Santos e Guimarães (2014):

a Saúde Mental, que está ligado à área da Saúde, foi fortalecida e estabelecida nas conquistas alcançadas ao longo do Movimento de Reforma Psiquiátrica. [...]Ele contou com a participação e apoio de diferentes sujeitos e também pelo Movimento Sanitário, e suas propostas foram discutidas político e socialmente no âmbito da sociedade brasileira. Entre suas principais proposta, que são carregadas de tensões e impasses nos seus direcionamentos, está a reorientação no tipo de atendimento que desloca a internação em hospitais psiquiátricos para o tratamento em instituições dentro da comunidade, com o argumento de que o hospital foi por muito tempo utilizado para excluir o louco do convívio na sociedade. O que favorece para o reconhecimento das pessoas de transtorno mental como sujeito de direito, que necessita de atendimento digno e humanizado e que contribua para o seu retorno e inserção no meio social (p. 381)

Vasconcelos (apud BUSSULA et al. 2009, p. 09), nos aponta cinco períodos históricos os quais culminaram em avanços e também desafios para a Reforma Psiquiátrica, é a chamada “periodização” como será descrito a seguir.

O 1º período foi marcado pela emergência de movimentos sociais, entre eles o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978, que

---

<sup>1</sup> O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. 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, 2005 apud SILVA, 2012, p.35).

tinham por princípios a humanização dos hospitais, melhores condições de trabalho e aumento de serviços ambulatoriais em Saúde Mental, em 1980 acontece o Movimento de reforma Sanitária, envolvendo os profissionais da saúde de forma geral.

No 2º período avança o MTSM, pois recebe espaço para iniciar a reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos, bem como sua entrada nas secretarias estaduais de saúde, o que possibilitou sua intervenção em hospitais públicos e privados (1980-1987).

No 3º período (1987-1992) destaca-se principalmente a Luta Antimanicomial que propunha serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, ou seja, a superação dos chamados manicômios. Cabe salientar que é também neste período que acontecem duas grandes conquistas: Constituição Federal em 1988 e aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990.

No 4º período (1992-1995) houve a consolidação da desinstitucionalização psiquiátrica, ou seja, avanços como a implantação de serviços que substituam a internação, além de priorizar a participação dos usuários e familiares na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos na Saúde Mental.

Por fim, o 5º período inicia-se em 1995 no governo FHC, sendo que a partir do neoliberalismo são agravadas as expressões da questão social, como o desemprego que repercutiu de diferentes formas no cotidiano da população, inclusive resultando em determinadas reações/comportamentos que tornaram-se demandas para a Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica foi considerada um movimento revolucionário, propositiva, que colocava a sua luta a favor dos trabalhadores da Saúde

Mental, e também pelas Pessoas de Transtorno Mental e seus familiares que deveriam ser atendidos de acordo com suas necessidades, prezando sempre pela equidade. Também sua luta foi embasada na busca por uma transformação cultural que atingisse a toda sociedade de forma a modificar a concepção de doente mental para sujeito que tem o direito de usufruir com qualidade da saúde, educação, habitação, cultura, lazer. Ou seja, em todas suas necessidades (BUSULA et al. 2009).

Segundo Góis et al. (2012):

falar em reforma psiquiátrica pressupõe falar na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidado às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada de vários serviços assistenciais de atenção primária, sanitária e sociais, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centro comunitários, núcleo de atenção psicossocial, centro residenciais de cuidados intensivos, residência terapêuticas, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares, ou seja, uma reversão do modelo hospitalocêntrico, por esta rede de serviço assistenciais, comprometidos com as condições do sentido da existência do sujeito com problemas, visionando sua melhor condição de vida (p. 12).

A Reforma Psiquiátrica propõe várias mudanças. Uma delas é a disposição do familiar e da comunidade em conviver com a pessoa que tem transtorno mental. Implica em vê-los como cidadãos com direitos e deveres reconhecendo a dignidade humana, sem estigmas e preconceitos.

As experiências de reformulações das práticas psiquiátricas ocorridas na França, nos Estados Unidos, na Inglaterra, na Itália e no Brasil possuem suas particularidades, mas se relacionam através de marcos históricos comuns. Tais como, as demandas sociais de reorganização de o espaço hospitalar e sua medicalização, deflagradas com o advento da modernidade e, posteriormente, com a eclosão e término da Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 2000 apud AZEVEDO, 2009, p.13).

Conforme o descrito por Vasconcelos (apud, AZEVEDO, 2009, p. 13), há elementos da processualidade histórica internacional nas dimensões política, econômica e cultural que forneceram estímulos para as características dos processos de desinstitucionalização e a consolidação do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Dentre eles podemos destacar:

- O contexto da Guerra Mundial, que propiciou um “clima cultural” de solidariedade nacional, o qual resultou em investimentos na reabilitação de soldados e civis com problemas associados à guerra. Durante e após a Segunda Guerra Mundial foram implantadas as comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e na Inglaterra, as quais chamavam a atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos comparando-os aos presos dos campos de concentração;

- Conjunturas históricas de diminuição da força de trabalho e revalorização do trabalho humano, os quais impulsionaram investimentos em propostas de reabilitação de grupos populacionais considerados improdutivos. Vivia-se um contexto de reconstrução nacional onde se enfatizava a importância da recuperação da mão-de-obra invalidada por motivos relacionados à guerra.

- Conjunturas políticas de democratização, possibilitando avanços de processos políticos revolucionários e a mobilização de movimentos sociais populares. Assim como processos político-sociais de afirmação de direitos civis e políticos e o reconhecimento de direitos dos portadores de doença mental. Nesse contexto usuários e familiares atuaram diretamente no campo da Saúde Mental. Temos como claros exemplos o desenvolvimento da antipsiquiatria no contexto dos movimentos dos anos 60; o desenvolvimento de movimento de

trabalhadores da saúde e Saúde Mental nos anos 70 em conjunturas de avanço das forças de esquerda (Itália) e de redemocratização e reemergência dos movimentos sociais nos Brasil.

- Processos de transição demográfica, com aumento da população idosa e transformação das estruturas familiares convencionais, aumento do número arranjos domiciliares de famílias matrifocais e de pessoas sozinhas, e de ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher; ampliação de serviços sociais substitutivos ou de suporte ao cuidado informal prestado pela família e pelas mulheres no âmbito doméstico e mudanças em direção a uma crescente individualização.

- Políticas de bem-estar social e contextos de ênfase aos direitos sociais. Viabilização de programas e seguros sociais para segmentos da população considerados dependentes, dentre os quais se incluem os doentes mentais- Políticas Neoliberais que acabaram por impulsionar processos de desospitalização e incentivos à alta hospitalar sem, contudo, fornecer condições necessárias para reinclusão social e nem tampouco assistência médica adequada.

- Estratégias de modernização e/ou humanização por parte da equipe médica como uma forma de resposta às críticas que a psiquiatria convencional vinha sofrendo, além de representar uma forma de integração ao resto da medicina e uma estratégia para atender uma clientela mais vasta e de maior renda. Como exemplo pode-se citar: a psiquiatria preventiva norte-americana e a psiquiatria de setor francesa.

- Inovações na Psicofarmacologia, a partir do final dos anos de 1950 com os chamados neurolépticos, contribuindo para um melhor controle dos

sintomas mais agudos dos transtornos mentais. Esse fato foi de extrema importância para a diminuição das crises, a melhora no atendimento hospitalar e para garantir maior respeito e dignidade no tratamento dos pacientes psiquiátricos.

Com essas mudanças, houve questionamentos se a estrutura e as institucionais manicomiais, seriam realmente eficientes para se atender de forma cuidadosa o transtorno mental e se medidas de isolamento e coerção ainda seriam válidas e adequadas.

Segundo Amarante (apud AZEVEDO, 2009, p. 15) a reforma psiquiátrica está dividida em três tipos de projetos, a saber:

- Experiências restritas ao âmbito asilar (Comunidades terapêuticas – Inglaterra e Estados Unidos - e Psicoterapia Institucional – França-)
- Experiências na comunidade (Psiquiatria de Setor -França- e Psiquiatria Preventiva – Estados Unidos -)
- Experiências de ruptura com o asilo (Antipsiquiatria – Inglaterra- e Psiquiatria democrática – Itália -).

Segundo Rocha (2012, p.14) uma análise coesa sobre o movimento de Reforma Psiquiátrica remete ao contexto histórico, político e social vivido no Brasil a partir do golpe militar de 1964. O período que antecede ao golpe é caracterizado por amplos movimentos populares que reivindicavam reformas de base e sinalizavam a:

constatação de uma crise da forma de dominação burguesa no Brasil, gestada fundamentalmente pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica de desenvolvimento embasado na industrialização pesada e a modalidade de intervenção, articulação e representação das classes e camadas sociais no sistema de poder político. O padrão de acumulação suposto pelas primeiras entrava progressivamente em contradição com as requisições democráticas, nacionais e populares que a segunda permitia emergir. (NETTO, 1991, p. 26 GRIFO DO AUTOR).

O Golpe de 1964 é uma resposta da burguesia aos movimentos de massa vivido no Brasil, uma tentativa de não perder a condução do modelo de desenvolvimento nacional.

Segundo Luz (apud, ROCHA 2012):

[...] no período de 1968 a 1975 generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos -já parcos -tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do 'milagre brasileiro'(p.16).

Este movimento vivido no interior da saúde perpassa a política de Saúde Mental, cria-se a “indústria da loucura”, onde os desvios psicológicos eram enclausurados, medicalizados apenas patologicamente, desconsiderando o sujeito. Neste período, foram criadas inúmeras clínicas psiquiátricas privadas que trabalhavam com internações compulsórias onde o indivíduo era visto somente para obtenção de lucro e não no seu problema de fato.

O Brasil manteve o padrão de atendimento psiquiátrico estagnado no modelo asilar do início do século. Com péssimas condições, sem funcionários técnicos, instalações precárias. Seus internos eram indigentes, sem acesso às políticas e considerados inaptos ao convívio social. No final da década de 1960 existiam mais de sete mil internos sem leitos decentes e sem especialistas. O índice de mortalidade era altíssimo, até mais do que os casos de doenças crônicas e isso acabou gerando atitudes por parte dos órgãos competentes.

Após um longo período de repressão por parte do regime militar brasileiro, em 1968 foi criada a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades da assistência

psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro. Além de um minucioso relatório, a Comissão indicou também propostas de melhoria na prestação dos serviços, lançando mão até de alguns pressupostos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana. Este trabalho teve uma boa repercussão e em 1971 essa mesma comissão foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em âmbito nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica (AZEVEDO, 2009, p.27).

Nesse contexto de crise alicerçavam-se os pilares da Reforma Psiquiátrica. Para o Brasil a década de 70 foi marcada também pelo movimento da Reforma Sanitária.

Segundo Azevedo (2009):

o início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70. A partir disso, foram propostas mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde; defesa da saúde coletiva; equidade na oferta dos serviços; desenvolvimento do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, assim como também o permanente controle social em âmbito legislativo (p.28).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve como seu estopim a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de Saúde Mental, composta por profissionais de quatro unidades (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judicial Heitor Carrilho), que deflagraram uma greve em 1978 (AMARANTE, 2000 apud AZEVEDO, 2009, p.28).

Vale situar que o ressurgimento dos principais movimentos sociais ocorreu no ano de 1978 e este ano também é considerado como de início efetivo pelos direitos do paciente psiquiátrico.

Segundo Azevedo (2009):

[...] através do MTSM é que originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico. Cabe ressaltar seu relevante papel de reivindicação da humanização dos hospitais e também na denúncia de violências nos manicômios; reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos; denuncia da mercantilização da loucura na rede de hospitais conveniados do INAMPS e da hegemonia de uma rede privada de assistência.

Nesse momento da história o MTSM estava fortemente instituído, gerenciava e fazia parte da direção de importantes unidades hospitalares públicas. Em prol do movimento realizou-se o I Encontro de Coordenadas de Saúde Mental da Região Sudeste, como uma forma de inteirar os dirigentes do movimento sobre as práticas realizadas nas unidades hospitalares, coordenadas pelos militantes do MTSM. Esse encontro teve como consequência a realização da I Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada em Brasília.

Outros importantes atores que estiveram envolvidos na formulação de políticas de Saúde Mental no Brasil desse período foram: a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades. Entre 1982-1983 ocorreu a implementação gradual em todo país do modelo sanitário por meio das chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS), que, posteriormente, culminaram no SUS (p.29).

O movimento de Reforma Psiquiátrica expressa a insatisfação popular com a repressão e com a política de saúde da ditadura, com vistas a combater e mudar a conjuntura da Saúde Mental, caracterizada por: a) medidas hospitalocêntricas, que superlotavam os manicômios e estimulavam a indústria hospitalar da loucura; b) mercantilização do sofrimento mental; c) modelo curativo; d) tratamentos tortuosos e desumanos; e) enclausuramento da loucura (ROCHA, 2012).

Nesse contexto, os ambulatórios serviam apenas de porta de entrada para os hospitais psiquiátricos, que era o único tratamento eficaz às pessoas de sofrimento mental. Na comissão permanente criada ainda em 1968, no Rio de Janeiro foi elaborado um relatório aprovado em 1970.

Tal relatório conseguiu grande repercussão, a comissão convidada foi o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), para estudar a assistência psiquiátrica no Brasil. O resultado final mostra as novas bases de

reordenamento da assistência psiquiátrica no Brasil, apontando para a necessidade de um modelo comunitário, onde os doentes mentais fossem tratados sempre que possível, com recursos comunitários, extra-hospitalares. O trabalho realizado pela comissão mostra debates que permeavam os campos profissionais em saúde mental. Tais como:

Conforme Rocha (2012):

[...] a incapacidade de o modelo hospitalocêntrico responder os problemas mentais em uma perspectiva de fortalecimento da Saúde Mental. O modelo psiquiátrico clássico passava por um processo de questionamento e deslegitimação relativo à sua eficácia. O tratamento desumano, tortuoso (pautado em choques elétricos), reclusivo do convívio comunitário e familiar, centrado nos hospitais com quase nenhum serviço comunitário, vinha mostrando-se incapaz de responder os problemas mentais e, por muitas das vezes, agravava tais problemas. É neste contexto que situa se o trabalho da referida comissão (p.17).

Somente em 1980 a Reforma sanitária ganha força com a inserção de novos atores no cenário político brasileiro. Este movimento aflora da crise da mercantilização da medicina e da saúde iniciando profundas mediações com a crise do Estado autoritário, que concordou com a articulação de setores críticos da sociedade para a implementação de um modelo sanitário democrático, descentralizado para responder as especificidade e particularidades regionais. A reforma psiquiátrica parte da falência da medicina mercantilizada para atender às demandas da saúde da população.

Desde a reforma sanitária a saúde passa a ser entendida como resultante da organização social da produção e resultado das lutas sociais. Os fatores que constituem este processo relacionam-se com o paradigma constituído na determinação social da saúde, com a criação de alianças políticas a favor do direito à saúde e com o início de gestão descentralizada e democrática da saúde (ROCHA, 2012).

O ano de 1978 é o marco político das transformações do modelo psiquiátrico clássico. Surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Em 1986 acontece a I Conferência Nacional de Saúde, marco no processo da reforma psiquiátrica no Brasil. As recomendações eram: orientar os trabalhadores da Saúde Mental a realizarem seu trabalho junto à sociedade civil, formular e implantar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular.

Em 1987 ocorre a radicalização dos ideais das AIS, a criação do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) e a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Até então, a cidadania dos cidadãos era dividida entre os atendimentos do INAMPS que cuidavam da saúde de quem era trabalhador e contribuinte e os atendimentos do Ministério da Saúde que servia para grandes campanhas de saúde e tratamento dos cidadãos pobres ou não trabalhadores. Ainda em 1987 surgem os primeiros CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) no Brasil, mais precisamente no estado de São Paulo.

Em 1987 é realizada a I Conferência de Saúde Mental, nesta conferência, surge a Luta Antimanicomial, cujo lema é: "Por uma sociedade sem manicômios.

Segundo Rocha (2012):

a dimensão social dos sujeitos, isto é, a reforma psiquiátrica reconhece a questão social como um dos determinantes do sofrimento mental, que deve ser levado em conta na reabilitação dos indivíduos. As condições de vida dos doentes mentais passam a ser um elemento de reabilitação, pois parte-se do pressuposto que, se as relações sociais destes indivíduos são caracterizadas por violações de direitos, se seu ambiente de vivência cotidiana é marcado por expressões da questão social, tais como insalubridade, dificuldade do provimento de alimentação e medicação, dentre outros, certamente o

processo de reabilitação psicológica destes sujeitos encontrará sérios limites (p.48).

Verifica-se que a reforma traduz a saída de uma psiquiatria clássica, que se voltava para o tratamento da doença mental, para uma psiquiatria reformada que se volta para a promoção da Saúde Mental na comunidade como um todo. Assim, a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva; deixa-se o projeto assistencial, indo-se ao preventivo e num último nível fomenta-se ainda o ideal de ruptura com os manicômios. A efetividade e eficiência da estrutura asilar foram postas à prova e os processos, que estavam até então revestidos e respaldados sob a forma do “saber psiquiátrico”, centrado apenas em identificar, classificar os sintomas e diagnosticar o quadro, começaram a decair (AMARANTE apud AZEVEDO, 2009, p.12).

A Reforma constitui-se num processo político e social complexo. Incidiu-se nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e também nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e na opinião pública.

O marco no ano de 1988 foi a promulgação da nossa “constituição cidadã”. O ressurgimento dos marcos democráticos no Brasil foi um importante fator para que o Serviço Social fizesse uma síntese entre a crítica social e as possibilidades e limites da ação profissional no interior das instituições públicas, sobretudo aqueles profissionais engajados diretamente no sistema de controle social (AZEVEDO, 2009).

A luta do movimento de reforma sanitária refletida na Constituição de 1988 e na elaboração do SUS (Sistema Único de Saúde) leva em conta a saúde como um direito humano, reconhecendo a determinação social do processo

saúde versus doença. Compreende-se também nesse sistema a proteção à saúde além das práticas curativas, levando em conta a promoção da saúde, passando pela ação curativa e pela reabilitação. Há de se destacar também que pela primeira vez na história de nosso país a saúde é entendida como um direito universal de cidadania, inerente a todos os brasileiros e fruto de uma sociedade democrática. É neste cenário político que situamos a possibilidade histórica de pensar a reversão do modelo manicomial clássico e o financiamento de um modelo de atenção comunitária (ROCHA 2012, pág. 19)

Conforme Azevedo (2009), A partir de 1989, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou o processo de intervenção após inspeção na casa de saúde Anchieta (São Paulo), devido a mortes freqüentes, foi fechada. Neste mesmo ano houve em Santos (SP) a implantação do NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial, baseados na experiência de Trieste na Itália, onde o funcionamento era 24h todos os dias da semana. Além de cooperativas, associações e residências para egressos do hospital.

Em 1989, a idéia de desinstitucionalização emerge com maior evidência e assim se inicia uma luta na esfera legislativa e normativa a favor dos direitos dos doentes mentais. O deputado Paulo Delgado (PT/MG), apresenta um projeto de lei onde propõe a regulamentação das pessoas com transtornos mentais e também a extinção dos manicômios no Brasil. A proposta era a não expansão de novos leitos nos hospitais, a substituição desses serviços por serviços intermediários e o controle de internações involuntárias.

O marco da década de 1990 foi a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, através do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, onde foi criado um consenso entre os governos latino-americanos em

favor de uma plataforma de reforma psiquiátrica, por conferências participativas, onde as quais discutiram a Saúde Mental nas esferas federal, estadual e municipal, onde resultou na realização da II Conferência nacional de Saúde Mental em 1992. Essa II Conferência culminou na instituição das primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diários assim como, as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

A década de 90 foi o momento da história em que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) começou a assumir uma postura mais crítica e revolucionária. Tem início a inspiração no modelo proposto por Franco Basaglia e pelo movimento de Psiquiatria Democrática Italiana.

Apesar de não haver a aprovação da lei Paulo Delgado, que tramitou durante anos em vários estados, pode-se considerar que, nesse período histórico houve um significativo avanço da luta antimanicomial, no plano legislativo.

Segundo Azevedo (2009):

conforme o explicitado no documento do Ministério da Saúde apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. (OPAS. Brasília, novembro de 2005), em 2001 ocorreu, finalmente, uma grande vitória: depois de 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país! Dessa forma, a lei federal 10.216 redirecionou a assistência em Saúde Mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Nesta mesma conjuntura ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a política de Saúde Mental no Brasil começa a ter maior visibilidade e sustentação (p.33).

Novos investimentos surgem e são criados financiamentos pelo Ministério da saúde para serviços abertos e substitutivos ao hospital

psiquiátrico. Os CAPS são reconhecidos como uma das formas de desinstitucionalização.

Outros programas são criados para atender os internos de longa internação.

Conforme Azevedo (2009):

[...] “De volta para casa” (formulado como proposta desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, sancionado somente em 2003 constitui-se num instrumento para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização e também numa estratégia para a emancipação de pessoas com transtornos mentais e para alavancar o processo de desinstitucionalização e redução de leito).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) aprovado pelo Ministério da Saúde em 2004 constitui-se em mais uma medida para aprofundar as estratégias de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e para o incremento dos serviços extra-hospitais. Funciona no sentido de reduzir progressivamente os leitos, a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos, muitas vezes hospitais-cidade, com mais de mil leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos), e também através da pactuação entre os gestores do SUS (hospitais e as instâncias de controle social) da redução planejada de leitos, evitando assim a desassistência (p.34).

Em 2005 o Ministério da Saúde programou uma linha específica de incentivo financeiro para que houvesse estímulo para os municípios que desenvolvessem atividades de inclusão social através de trabalho para pessoas com transtornos mentais ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pela primeira vez estas iniciativas passaram a receber recursos federais. Assim, acredita-se que a reabilitação e a disponibilidade de ofertas e oportunidades para o desenvolvimento do indivíduo enquanto ser social seja um dos caminhos para uma efetiva desinstitucionalização e reinclusão social.

### 2.3 MARCO LEGAL E POLÍTICO DA SAÚDE MENTAL

No Brasil desenvolvem-se várias experiências inovadoras em Saúde Mental, com o intuito de combater o estigma que historicamente cercou este segmento assim como se consolidam também, alterações no plano assistencial e legislativo.

Citaremos algumas dessas leis, portarias e resoluções criadas para benefício das pessoas com transtornos mentais. Estas ações, ainda de maneira insuficiente, geraram demandas de atuação do Assistente social nessa área. Como já mencionado anteriormente, em 1989 o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei 3.567/89 onde propôs a "extinção

progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”.

Durante o período em que tramitava esta Lei, outras formas e dispositivos de luta foram utilizados, podemos citar a “Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região”, que aconteceu em novembro de 1990, em Caracas, formulada por representantes de vários países onde fica claro que os direitos civis e humanos dos doentes mentais sejam respeitados.

Segundo Rosa e Melo (2009):

no início dos anos 90 a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde adota uma política de reestruturação da assistência psiquiátrica, orientada para a criação de novos serviços, posto que, até então, o governo federal só financiava serviços identificados com o modelo hospitalocêntrico (p.79).

Segundo Rocha (2012):

a portaria 224/92 estabelece as diretrizes e normas do atendimento em ambulatórios, Centros e Núcleos de Atenção psicossocial, normas de internação e leitos psiquiátricos. No âmbito ambulatorial a portaria define que a atenção à saúde:

(...) deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde (p.24).

Segundo Góis et al (2012):

[...] em 7 de dezembro de 1993, é sancionada a Lei de nº 8.742, a tão sonhada Lei Orgânica da Assistência Social, sendo esta, a última das legislações reguladoras das três políticas que compõem o sistema da Seguridade Social, criado pela Constituição Federal de 1988, onde o seu capítulo I dispõe sobre definições e outros objetivos:

Art. 1º - A assistência social direito do cidadão e dever do Estado é Política de seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento das necessidades básicas (p. 3).

E ainda aponta quanto aos objetivos da Política da Assistência:

Art. 2º A Assistência Social tem por objetivos:

- I – A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e a velhice;
- II – O amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III – A promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV – A habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V – A garantia de um salário-mínimo de benefício mensal a pessoas com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

A resolução do Conselho Nacional de Saúde número 287/98 relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais .

Segundo Rocha (2012):

o artigo 4º da Lei 10.216 expressa o redimensionamento do modelo de assistência em Saúde Mental, colocando doente mental no meio social a qual pertence, explicitando o fim das internações eternas e do enclausuramento da loucura.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (p.26).

Ainda segundo a autora, a Lei 10.2166 expressa os avanços no campo dos direitos do doente mental e no resgate da cidadania, questões estas amplamente violadas ao longo do modelo psiquiátrico clássico.

São considerados direitos da pessoa acometida de doença mental:

Parágrafo único. São direitos da pessoa 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 (p.26).

Seguem listadas abaixo, ações para desenvolvimento da nova política de Saúde Mental segundo o Ministério da Saúde (Silva 2012):

-Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados: o processo de mudança do modelo assistencial que vem sendo conduzido visa à redução dos leitos hospitalares de hospitais psiquiátricos de forma planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

-Qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar: os serviços de saúde como, centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas em saúde. São, portanto, propostas que visam o oferecimento de um conjunto diversificado de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial.

-Programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica: o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental para além das universidades. Requer o estabelecimento de bases para criar programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em Saúde Mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma.

-Implantação do Programa Volta pra casa: este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216 de 06/04/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental ao determinar que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou que se caracterize situação de grave dependência institucional sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Este Programa faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Como estratégia principal para a implementação do Programa foi instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, conforme Lei nº 10.708 de 31/07/2003 e Portaria nº 2.077/GM de 31/10/2003, que regulamenta a referida Lei.

-Inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica: a Lei nº 10.216 de 06/04/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde: garante aos usuários dos serviços de Saúde Mental e, conseqüentemente, aos que sofrem

por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência. Neste sentido a edição da Portaria nº 2.197 de 14/10/2004 vai ao encontro dessa diretriz, ao redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Estabelece como partícipes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, unidades de atenção básica, CAPS ad, hospitais gerais de referência, a rede de suporte social (associações de ajuda mútua) e, como características principais, estar implicada a rede de cuidados em DST/AIDS e adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

-Inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica: a atenção básica em saúde se constitui como um espaço propício aos serviços com base territoriais que visam buscar modificações sociais, superar o viés da simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais.

Dentre os principais instrumentos que definem a Política Nacional de Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde, incluem-se:

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS / SUS) 2001/2002; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

Lei nº 10.216 de 06/04/2001; redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992; regulamenta o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental. Estabelece normas para o funcionamento de serviços ambulatoriais e hospitalares e define como co-responsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos, os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados inclusive a complementá-la.

Portaria GM nº 106 de 11/02/2000; cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta Portaria tem papel importante na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura de acolhimento ao paciente egresso de internação psiquiátrica de longa permanência e sem suporte sócio-familiar.

Portaria GM nº 251 de 31/01/2002; estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os 39 hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.

Portaria GM nº 336 de 19/02/2002 – ANEXO 05; acrescenta novos parâmetros

aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.
Portaria GM nº 2.391 de 26/12/2002; notificação das internações psiquiátricas involuntárias; define critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei 10.216.
Portaria GM nº 2.077 de 31/10/2003; define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa de Volta para Casa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos.
Portaria GM nº 52 de 20/01/2004; cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 reafirmando a diretriz de redução progressiva de leitos.
Portaria GM nº 1.608 de 03/08/2004; constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, tendo em vista, a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social.
Portaria GM nº 1.935 de 16/09/2004; destina incentivo financeiro antecipado para Centros Atenção Psicossocial em fase de implantação (p.44).

De acordo com Silva (2012), outros programas têm o objetivo de oferecer suporte ao fechamento dos manicômios o já citado anteriormente “De Volta Para Casa (criado pela Lei Federal nº 10.708/2003) e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)”. O primeiro dá direito ao paciente um auxílio reabilitação mensal, que somente a pessoa egressa de hospital psiquiátrico e que possua uma indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

## **2. SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Conforme Bravo (apud AZEVEDO, 2009):

a consolidação do Serviço Social no Brasil, no campo da saúde, acontece a partir da segunda metade dos anos 40, após a II Guerra Mundial. Com o aprofundamento do capitalismo no país, o Estado assume a responsabilidade de atender às demandas e exigências no campo da saúde, assistência, habitação, educação, lazer, entre outras; que são atendidas e materializadas através das políticas sociais.

Tão logo a ditadura getulista caiu, em 1945, o Brasil começou a reordenar sua vida política com a criação de outros partidos e a elaboração de uma nova Constituição. Ainda segundo a autora, a expansão da profissão do assistente social no Brasil ocorre

justamente no período pós 1945, estando relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no país e da adequação às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Guerra Mundial (p.44).

Nesse contexto, mais precisamente no Rio de Janeiro tem início sob a inspiração do modelo norte americano chamado “child Guidance Clinics” a presença direta do Serviço Social em Saúde Mental. Este modelo era influenciado pela psicanálise e pela higiene mental e consistia no diagnóstico e tratamento de crianças-problemas e também na implementação da educação higiênica nas escolas e na família através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e dos Juvenis COJ (criado em 1946 pelo Departamento nacional da Criança). As primeiras Clínicas de Orientação surgiram em 1921, nos Estados Unidos. Tais implementações foram fundamentais na sistematização e difusão do Serviço Social clínico. O Centro Infantil foi criado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, no ano de 1953 (VASCONCELOS apud AZEVEDO, 2009).

Segundo Vasconcelos (apud ROSA e MELO 2009), as ações dos assistentes sociais nos hospitais eram voltadas para levantamento de dados sociais dos usuários com transtorno mental assim como de seus familiares, confecção de atestados sociais, encaminhamento para a rede sócio-assistencial e regularização de documentos para o acesso a benefícios sociais e aposentadorias.

No Brasil os primeiros assistentes sociais no âmbito da Saúde Mental, foram norteados por alguns modelos de atendimento. O primeiro refere-se às Oficinas Terapêuticas. O segundo, denominado “porta de entrada e de saída” subordinava a prática profissional do assistente social à prática médica, cuja função era a de levantar dados das pessoas que passavam por hospitais, sem qualquer noção crítica de sua prática. Um terceiro modelo, conhecido como

Comunidades Terapêuticas, vigorou entre as décadas de 1960 e 1970 e tinha como objetivo “estabelecer um processo de democratização e humanização das relações entre os profissionais e os usuários dos serviços de Saúde Mental” (SANTOS e GUIMARÃES, 2014).

Nos anos de 1950 e 1960 a ênfase do trabalho do assistente social, passa a ser a busca da articulação da harmonia social na relação Estados Sociedade. Em 1965, em Porto Alegre ocorre o primeiro Congresso Latino Americano de Serviço Social. Durante vários anos, até por volta de 1973, ocorrem vários seminários por toda América Latina, com o intuito de discutir uma perspectiva mais crítica de formação e atuação dos assistentes sociais. Assim como a melhoria das condições de vida, com o intuito de discutir uma perspectiva mais crítica na formação e atuação dos assistentes sociais. É o momento de uma postura mais crítica de análise e conscientização e também de reivindicações que ocorrem na maioria das profissões da área da saúde e em especial no Serviço Social.

Segundo Bisneto (apud AZEVEDO, 2009):

com a ditadura, houve uma mudança no quadro hospitalar brasileiro onde os hospitais da rede dos IAPs são incorporados à recém criada rede do INPS, e perdem o caráter do sindicalismo trabalhista. Além disso, foram criadas várias clínicas privadas que, através de convênios com o Estado, atendiam também aos trabalhadores e seus dependentes. Cabe ressaltar, que a princípio não houve contratação de assistentes sociais, mas essa situação tendeu a mudar conforme foi expandindo-se a rede privada paga pelo INPS (p.50).

De acordo com Vasconcelos (apud AZEVEDO, 2009):

o quadro da saúde deste período mostra-se composto pela seguinte organização: Instituto Nacional da Previdência social (INPS), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FEBEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência social (Dataprev), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência social (IAPAS) e a Central de Medicamentos (CEME), os quais integravam o Sistema Nacional de Previdência e Assistência social (SINPAS) - criado pela lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. O SINPAS detinha as funções de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e

patrimonial. Com a criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) houve uma maior cobertura para a população, pois sua competência abrangia prestar assistência médica, de acordo com os programas de atendimento aos trabalhadores urbanos, aos servidores do estado e aos trabalhadores e empregados rurais. Propunha-se assim, teoricamente, acabar com a estrutura de “cidadania regulada” (p.51).

Conforme Bisneto (apud Azevedo, 2009):

em 1973 foi colocada a demanda do Serviço Social em Saúde Mental pelo Estado, via MPAS- INAMPS-INPS, o que forneceu as bases de legitimidade e consolidação, a partir de demandas concretas no sentido da prestação de benefícios sociais, cidadania, direitos dos usuários, de reabilitação social(p.53).

Em 1974, com o fim do “milagre brasileiro”, o Serviço Social no Brasil teve a oportunidade de levantar seus pensamentos críticos em relação à profissão no país. Neste momento histórico surge o movimento de Reconceituação do Serviço Social Brasileiro<sup>2</sup>. Foram realizados vários seminários por todo país e profissionais de diversas áreas de atuação, se encontraram para que fossem elaborados planos e metas para o Serviço Social no Brasil.

O movimento de Reconceituação trouxe para os assistentes sociais a identificação político-ideológica da existência de lados antagônicos dominantes e dominados, negando, portanto a neutralidade profissional, que historicamente tinha orientado a profissão. Esta revelação abriu na categoria a possibilidade de articulação profissional com o projeto de uma das classes, dando início ao

---

<sup>2</sup> O movimento de Reconceituação teve como base o debate acerca da funcionalidade profissional na superação do subdesenvolvimento, abrangendo indagações acerca dos desafios do exercício profissional frente à questão social e sobre os procedimentos profissionais relacionados à legitimidade, eficácia e eficiência da profissão. No pós- 1964 houve o processo de renovação do Serviço Social no Brasil, o qual esteve ligado à reorganização do Estado e às profundas transformações efetivadas no decorrer da autocracia burguesa. Essas mudanças tiveram influência tanto na prática, quanto na formação profissional. A ampliação do mercado de trabalho exigiu um redimensionamento do desempenho “tradicional” do Serviço Social, de modo que sejam ultrapassados os comportamentos baseados em valores humanistas abstratos e posturas avessas ou alheias à lógica organizacional e, assim, se construa uma ação profissional coerente com a centralidade adquirida pela racionalidade burocrático-administrativa. Nesse processo se constituem três vertentes: modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura. (NETTO, 1996 apud AZEVEDO, 2009, p.54).

debate coletivo sobre a dimensão política da profissão. Segundo Bisneto (apud Azevedo, 2009), o movimento de Reconceituação, enfatizou os movimentos e políticas sociais, o estatuto profissional, mas deixou de focalizar o campo da Saúde Mental.

Conforme ressalta lamamoto (apud AZEVEDO, 2009):

a categoria dos assistentes sociais, herdeira da ditadura militar e de seu projeto de modernização conservadora, emerge na cena social no processo de transição democrática com um novo perfil profissional e acadêmico. Um novo elenco de problemáticas passou a constar na sua pauta de debate, submetidas a tratamento teórico-metodológico e prático-político distintos. A área da Saúde Mental vai receber gradualmente os questionamentos internos quanto à formação dos assistentes sociais e quanto ao projeto ético-político da profissão, os quais desde os anos 80 têm como preocupação central a análise do significado social da profissão no processo de reprodução das relações sociais (p.58).

Em 1985, surge um quadro onde a urgência por soluções é imperativa. É estabelecido pelos Ministérios da Previdência e da Assistência como prioridades, o saneamento financeiro da previdência, além da universalização do atendimento médico, equiparando as populações rurais e urbanas, trabalhadores ou não.

Emerge então, após vinte anos de ditadura, a reorganização da classe trabalhadora e um novo tipo de convênio é firmado entre os Ministérios da Previdência e da Assistência Social, marcando assim um novo trajeto para as políticas de Saúde Mental (AZEVEDO, 2009).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília mais de quatro mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o país. O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde constituiu-se num grande marco histórico ao defender a criação de um Sistema Único de Saúde, o qual propõe que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e

serviços que a promovam e recuperem. Deste pensamento resultaram duas das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade do acesso e a integralidade das ações (VASCONCELOS apud AZEVEDO, 2009, p. 59).

Ainda conforme Azevedo (2009), O ano de 1988 ficou marcado pela instituição da nova Constituição brasileira, a qual traduziu institucionalmente a descentralização das ações de saúde, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) houve o privilégio das esferas estaduais e municipais na gestão das verbas destinadas à saúde. O SUS, com a proposta de melhorias na qualidade dos serviços oferecidos à população, determinou a universalidade da assistência à saúde, como direito dos cidadãos e um dever do Estado, além de instituir a descentralização da saúde pública, com repasse para os Estados e Municípios de ações e serviços.

O ano de 1989 foi marcado pela reversão da relação entre os setores público e privado, até então caracterizada pela priorização do setor público. Foi um período onde ainda mais forte que na época da ditadura militar, se concretizou a entrega do nosso país ao capital estrangeiro.

A década de 90 marcou a mudança na ótica de atuação da saúde, através do SUS, assim como, reafirmou o campo da saúde como maior empregador de assistentes sociais. Simultaneamente ao avanço do Movimento da Reforma Psiquiátrica e as mudanças político- econômicas, o Serviço Social inaugura o seu Projeto Ético-político profissional, presente no Código de Ética de 1993.

De acordo com Bisneto (apud SANTOS e GUIMARÃES, 2014):

a inserção efetiva do Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu por força de exigências do Instituto Nacional de Previdência Social

nos anos de 1970 , para o controle das contradições no sistema manicomial (no que corresponde a superlotação e suas consequências para qualidade dos serviços prestados aos usuários). E também, como parte dos esforços em diminuir os gastos previdenciários, que, absurdamente, chegaram ao ponto de “destinar 97% do total de recursos da Saúde Mental para as internações na rede hospitalar” (p.384).

Segundo Rocha (2012), a década de 90 inaugurou um novo modelo de atenção onde o foco de atuação não estava mais centrado na patologia, mas sim no sujeito e na sua vida, assim há uma ruptura com a psiquiatria clássica. Assim, a medicina deixa de ser central na Saúde Mental. Há o reconhecimento de que a reabilitação do paciente não se dá somente na relação médico-paciente, focado na doença-cura. Neste processo o Serviço Social deixa de ser subalterno ao médico e passa a contribuir na viabilização de melhores condições de vida do doente mental, visando potencializar e integrar políticas públicas que atendam as demandas de reprodução social, possibilitando assim a pessoa com transtorno mental condições objetivas de Saúde Mental.

Como indicam Santos e Guimarães (2014), a ampliação do campo profissional para o assistente social na área de Saúde Mental se efetivou com as conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica. Uma delas foi à reorientação do atendimento por serviços substitutivos dentro da própria comunidade, retirando do Hospital Psiquiátrico a função do cuidado exclusivo, com a diminuição progressiva dos leitos para internação. O modelo atualmente adotado para esse redirecionamento do atendimento diz respeito ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS<sup>3</sup>).

---

<sup>3</sup> [...] Os CAPS's exigem a formação de uma equipe interdisciplinar para o atendimento de pessoas com transtorno mental. E empregam entre outros profissionais o assistente social. Esse tipo de atendimento, no contexto da Saúde Mental, favorece a evolução do tratamento oferecido as pessoas de transtorno mental, já que possibilita a compreensão desse sujeito na sua integralidade (p.384).

## 2.1 DESAFIOS E DEMANDAS COLOCADOS A PRÁTICA PROFISSIONAL

Segundo Rosa e Melo (2009), os assistentes sociais além de estarem presentes nos serviços típicos da reforma psiquiátrica (Caps, Caps infanto-juvenil, Caps-álcool e drogas, residência terapêutica e atenção primária), assumiram também as funções de gestores, coordenadores, planejadores, técnicos, supervisores. É comum também encontrá-los em atividades de docência, supervisão de serviços e de pesquisa na área da Saúde Mental. Também no Serviço Social Jurídico abordando assuntos sobre interdições, tutela, curatela, dentre outros

De acordo com Gentilli (2011), as demandas postas nessas áreas de atuação, exigem dos profissionais uma formação mínima a respeito do sofrimento mental, reforma psiquiátrica e sobre o modelo de atenção psicossocial na Saúde Mental. É importante que o profissional compreenda como as relações sociais se enlaçam no adoecimento psíquico e como esse adoecer pode ser agravado quando o paciente é pobre, excluído ou discriminado. Claro, que a “abordagem clínica” não cabe ao assistente social,

mas ele precisa saber e entender basicamente os diagnósticos diferenciais do campo da Saúde Mental sejam oriundos da psiquiatria, ou que tenham passado pelo atendimento psicológico, psicanalítico ou de qualquer outra abordagem que trabalhe a subjetividade na Saúde Mental.

Para Rocha (2012), o assistente social na Saúde Mental busca conhecer e intervir sobre as múltiplas expressões da questão social presentes na vida do doente mental, de modo a facilitar o acesso aos serviços, meios e recursos para a reabilitação psicológica e social (psicossocial). A falta de clareza do assistente social em relação à especificidade de seu trabalho em Saúde Mental corrobora para a proliferação de correntes conservadoras, patologizantes tendo como consequência uma postura acrítica e ineficaz na incapacidade de contribuir para o processo de desinstitucionalização dos usuários.

A atuação do assistente social deve pautar-se na defesa dos direitos humanos e também na recusa da arbitrariedade e autoritarismo. Devemos ser totalmente contrários a tratamentos desumanos que agredem fisicamente e psicologicamente o doente mental. Embora não sejamos nós que realizamos os tratamentos terapêuticos, somos favoráveis a sua administração, desde que mantenha a integridade e a autonomia do usuário. Outra contribuição importante é consolidação da cidadania com o intuito de garantir os direitos civis, sociais e políticos.

O assistente social luta diariamente contra todos os tipos de preconceito. Na saúde mental este é um desafio diário, então, o profissional que atua nesta área contribui para a eliminação do histórico preconceito associado à loucura e também no fortalecimento dos espaços de participação dos doentes mentais.

Conforme Gentilli (2011):

As dificuldades atuais do assistente social no campo da Saúde Mental podem ser melhor equacionadas por uma formação profissional do Serviço Social que amplie a compreensão do sujeito, sem afetar estruturalmente o atual projeto ético político. De um lado, as deficiências da formação em relação às questões específicas do setor e em relação aos processos subjetivos podem ser superadas com literatura compatível e, de outro, com a revitalização de certas tradições profissionais vinculadas aos processos de mobilização, participação social e mediação de conflitos numa visão teórica mais marxiana de compreensão dos aspectos sociais, econômicos e políticos e subjetivos da totalidade social. É um grande equívoco teórico tanto entender o sujeito como destituído de uma humanidade coletiva, quanto considerar sua intimidade excluída de uma totalidade social (p.224).

De acordo com Rosa e Melo (2009) o desafio é fazer convergir os olhares e práticas para a construção de algo novo de modo a poder dar uma direção às diferentes intervenções que, guardando sua especificidade, não sejam conflitantes entre si, permitam alguma coerência no trabalho da equipe e tornem viável uma ação conjunta.

A incorporação do assistente social nas equipes interdisciplinares, aponta a importância do trabalho prestado pelo Serviço Social no que diz respeito a efetiva promoção dos direitos sociais das pessoas doentes mentais no campo da política de Saúde Mental.

Como afirma Marilda Iamamoto (apud ROSA e MELO 2009):

O trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto. O assistente social mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações (p.87).

Segundo Machado (2009):

a interdisciplinaridade não pode ser reduzida à polivalência, flexibilidade, multifunções e à diluição das especificidades, pois isso corresponde diretamente à tendência de flexibilização resultante do processo neoliberal de reestruturação produtiva adaptada ao setor de serviços. O trabalho “interprofissional” exige que os profissionais trabalhem na lógica de interdependência, da integralidade e com plasticidade, o que significa reconhecer que seus conhecimentos específicos e suas práticas correspondem a uma parte da totalidade. Esta perspectiva rompe com posturas “unidisciplinares” onipotentes, cedendo espaço para estabelecimento de relações mais horizontais e democráticas entre os saberes e intervenções das diversas profissões (p.244).

Segundo Rocha (2012), a articulação e atuação como referência em rede intersetorial devem ser exercidas pelo profissional de Serviço Social. Estes profissionais devem reivindicar a criação das redes intersetoriais e se apropriar destes espaços como forma de viabilizar direitos sociais em uma perspectiva integral, potencialmente capaz de fortalecer a autonomia do doente mental e assim colaborar para o processo de desinstitucionalização do usuário. Através destas redes é possível a intervenção sobre as múltiplas expressões da questão social, rompendo com o limite imposto pela fragmentação da política social, ou seja, com a inexistência de tais políticas na Saúde Mental.

De acordo com Cormelatto (apud ROCHA, 2012) e outros teóricos podemos dividir as redes, para melhor identificá-las, da seguinte forma:

- a) Rede setorial de serviços públicos, a prestação de serviços, através das políticas setoriais, mediado pela obrigação e dever do Estado para com o cidadão. Exemplo: políticas públicas como educação, saúde, assistência social.
- b) Rede social espontânea, constituída pelos grupos familiares e estende-se à igreja, vizinhança, clubes. Essa rede é considerada primária, sustentadas pela afetividade, reciprocidade, cooperação e solidariedade.
- c) Rede de serviços sócio-comunitários, originária das redes sociais espontâneas, buscam estabelecer relações pautadas na cidadania e na solidariedade para o bem comum. Constituída por agentes filantrópicos, organizações comunitárias, associações de bairros;
- d) Redes sociais movimentam listas, compostas por movimentos sociais que atuam na defesa e ampliação de direitos, assim como por melhores condições e qualidade de vida. Caracteriza-se por defender a democracia e a participação popular.
- e) Redes de serviços privados: constituída por serviços na área de educação, saúde, habitação, previdência, e outros que se destinam a atender aos que podem pagar por eles.
- f) Redes regionais: constituídas pela articulação entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região (p.58).

Segundo Rocha (2012), a rede setorial pública é considerada a mais articulada devida proporcionada integralidade na política social.

[...] acreditamos que as redes setoriais públicas possibilitam ao assistente social intervir coletivamente sobre as múltiplas expressões da questão social, sob a perspectiva de totalidade do sujeito, isto é, mesmo com a inexistência de políticas sociais na Saúde Mental, através da articulação intersetorial é possível que o assistente social responda às demandas dos doentes mentais, e sempre será

necessário articular as respostas das demandas ao tratamento psicológico, tratando as condições materiais de existência e a produção da subjetividade (Rocha, 2012 pág. 60).

Para a materialização da desinstitucionalização há a rede social espontânea, considerada de suma importância.

[...] a articulação da rede espontânea é necessária para a viabilidade do trabalho profissional, primeiro porque o doente mental deve ser tratado e observado na totalidade de suas relações familiares e, segundo, porque as políticas sociais sempre recorrem à matricialidade familiar para criar critérios de acesso. As redes espontâneas são fundamentais para a operacionalização do trabalho profissional, para a apreensão da questão social em um contexto mais amplo e para a construção de estratégias coletivas, afinadas e acordadas entre a rede intersetorial e a rede familiar (Rocha, 2012 pág. 61).

O assistente social da área da Saúde Mental deve ter em mente que para atender estas demandas será necessário usar uma rede de serviço mais ampla. Sabe-se que o desafio é grande, pois falar em intersectorialidade em um contexto em que as políticas são formuladas setorialmente é ousado, entretanto, não há dúvidas quanto a sua importância para o usuário e para o trabalho profissional (ROCHA, 2012).

Pela divisão sócio técnica do trabalho, cada profissional possui um saber específico, porém, na organização de trabalho multidisciplinar, os profissionais de diversas áreas distintas acabam estando interligados no momento de cada atendimento e tratamento aos usuários ou pacientes. (AZEVEDO, 2009).

De acordo com Rosa e Melo (2009):

... muito embora o assistente social não seja um profissional do campo psi nem da saúde tem um olhar e uma contribuição singular para a área da Saúde Mental, historicamente legitimados, reconhecidos pela própria inclusão desta categoria na equipe multiprofissional(p.88).

Para Rosa e melo (2009): a identidade do assistente social em Saúde Mental encontra-se em processo de construção nos novos cenários. Vários elementos a determinam:

1) pelo conjunto de fatores macroestruturais, que determinaram a emergência da profissão na sociedade brasileira. No caso da Saúde Mental é preciso resgatar historicamente os condicionantes da emergência do Serviço Social neste campo, o que foi realizado por Vasconcelos (2007);

2) pelos documentos legais que delimita as competências e atribuições dos assistentes sociais, destacando-se a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662, de 07 de junho de 1993; o Código de Ética Profissional, Resolução CFESS nº 290; a Resolução CFESS nº 383/99 de 29 de março de 1999 que caracteriza o assistente social como profissional da saúde; Resolução CFESS nº 493/2006, de 21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social;

3) pela visão de mundo e singularidade de cada profissional, pois, cada agente reproduz em sua prática profissional suas crenças e valores (p.88).

Ramos (apud ROSA e MELO, 2009), ao analisar a identidade do assistente social a partir da própria categoria e com os demais membros, de outras categorias profissionais da equipe, mostra que os assistentes sociais se auto qualificam como:

Agente assistencial - Esta identidade está relacionada às funções tradicionais historicamente vinculadas ao Serviço Social, relacionadas às condições socioeconômicas dos usuários e às suas necessidades em acessar determinados recursos que viabilizem o acesso a direitos. Entre as demandas colocadas neste campo encontram-se o acesso aos benefícios sociais, sobretudo, benefício de prestação continuada, vale-transporte, aposentadorias, licenças dentre outros.

Potencializador de mediações - O assistente social potencializa mediações em vários sentidos, articulando as relações do Caps com a rede sócio-assistencial do município ou do Estado; a relação usuários-familiares e equipe de Caps; a relação do Caps com a comunidade/território; a relação entre os próprios profissionais do caps. Neste sentido, o assistente social é um articulador por excelência, porque na prática cotidiana assume a condição de veiculador de informações entre os diferentes atores sociais que atuam a partir dos serviços de Saúde Mental.

Agente complementar, colaborador - Historicamente o agente privilegiado em saúde é o médico. O assistente social já figurou como paramédico e agente complementar, subsidiário à ação das categorias que dominam o setor. Figura como um coadjuvante do processo de Saúde Mental, mas nem por isso com um estatuto ou importância menor.

Agente político, da cidadania, dos direitos - Tal identidade auto referida pelos assistentes sociais está relacionada à gama de informações sobre legislação social que este profissional detém e atua para viabilizar o exercício de direitos por parte dos usuários do serviços(p.88).

De acordo com Rosa e Melo (2009):

[...] o assistente social em Saúde Mental não se auto-constrói. Sua identidade é construída nas relações sociais e a partir das demandas originárias do corpo de dirigentes das instituições, dos usuários dos serviços e na relação com os demais profissionais da equipe, que demandam ações do assistente social tendo em vista o que entendem ser as competências e atribuições deste profissional. Evidentemente, o próprio entendimento do profissional do Serviço Social e sua leitura acerca da legislação profissional também influirão nesta construção (p.92).

Dentre os benefícios disponíveis para intervenção das múltiplas expressões da questão social (residências terapêuticas, Benefício de Prestação Continuada - BPC transporte para realização do tratamento, isenção tributária), o BPC<sup>4</sup> é mais viabilizado, sendo o principal benefício concedido pelo assistente social que atua na Saúde Mental.

---

<sup>4</sup> O BPC é um benefício normatizado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, lei 8.742 de 1993), integrando o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e tem por objetivo proporcionar condições dignas de vida a idosos e pessoas com deficiências. O BPC, por estar incluso na LOAS, insere-se dentro da política de Seguridade Social não contributiva, sendo o principal - e até mesmo o único - benefício destinado ao doente mental. Para ter direito a este benefício é necessário que o doente mental comprove a incapacidade de trabalhar e, além disso, tenha uma renda familiar inferior a 1/4 do salário mínimo (p.51).

### 3.2 SERVIÇO SOCIAL E FAMÍLIA

Pereira (apud BUSSULA et al. 2009): nos coloca a questão familiar na perspectiva da atuação profissional daqueles que com ela lida em seu cotidiano:

A crença de que a instituição familiar exerce grande influência na formação e na vida do indivíduo está presente em todas as categorias profissionais que se interessam por trabalhar com aquela. O que diferencia uma intervenção de outra é a forma como essa instituição é vista pelos profissionais e como ela se insere nas diversas intervenções que a abordam (p.03).

É diante desta afirmativa que cabe apresentar a visão do Serviço Social perante a família, pois esta não é apenas considerada como quem cuida, mas principalmente como merecedora de cuidados para que possa desenvolver suas atribuições.

A família é extremamente dinâmica, correspondendo conforme as transformações postas na sociedade, porém, diante desta versatilidade, algo é inquestionável: a família influencia o indivíduo, seja de maneira positiva ou negativa. A família do doente mental, em sua maioria, não está preparada para proporcionar uma assistência adequada, devido a valores estabelecidos na própria sociedade. Assim que há a constatação do problema, muitos familiares se envergonham e até evitam a exposição do doente mental.

O doente mental requer cuidados que exigem muita dedicação, responsabilidade e praticamente tempo integral. Os grupos familiares, na sua maioria, não estão preparados para ter um membro com tais vulnerabilidades.

Na nossa experiência de estágio teve-se a oportunidade de observar como o assistente social pode contribuir, dentro das possibilidades, com os cuidados familiares através do trabalho sócio-educativo, onde promove o encontro das famílias, fazendo com que haja a troca de informações entre elas e também para que saiam de seus isolamentos pessoais e que possam perceber que não são as únicas a enfrentarem tal problema.

A troca de experiência faz com que novas estratégias de cuidado sejam criadas, alguns familiares anseiam por uma resposta que resolva definitivamente sua vida. Muitos familiares também acreditam que, somente quem estudou, ou seja, quem esteve em uma universidade saberá cuidar bem do doente mental. Mas, o fato é que, as famílias aprendem a cuidar muitas vezes errando e acertando.

Um dos avanços que o Movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe em seu bojo é a priorização da família na participação das discussões que envolvem os doentes mentais a fim de transformar a Saúde Mental, resultando em um novo olhar acerca da loucura.

Mesmo sendo de extrema importância a participação da família no processo de acompanhamento, tratamento e cuidados do doente mental é preciso reconhecer que esta também tem suas fragilidades, pois se encontra em uma situação complexa, responsável por uma pessoa que possui necessidades e comportamentos até então desconhecidos, não tendo, muitas

vezes, o preparo e apoio suficientes para lidar com esta tarefa (BUSSULA et al. 2009 p.12).

Para Rosa e Melo (2009), os assistentes sociais com toda sua bagagem sobre investigação/análise social, podem contribuir realizando levantamentos sobre o perfil das famílias usuárias dos serviços de Saúde Mental, para:

- Conhecer que tipo de arranjo doméstico prevalece e a heterogeneidade de arranjos existentes e como repercutem no provimento de cuidado;
- Como as mudanças demográficas repercutiram sobre a organização do grupo, tendo por foco o provimento de cuidado;
- Analisar a dinâmica familiar. Como se dão as relações sociais. Quem provê renda? Quem provê cuidados? Quem é a autoridade no grupo? Qual o lugar que a pessoa com transtorno mental ocupa no grupo? Qual a qualidade das relações familiares? Predominam os sentimentos positivos ou negativos entre seus membros? Como por exemplo, um PTM que recebe um benefício em comparação a um outro que não o têm, são tratados por suas famílias? Como este “ganho secundário” repercute no grupo?
- Identificar a posição da pessoa com transtorno mental no grupo; os valores/a ética que preside o provimento de cuidado de: “dar, receber, retribuir” (SARTI, 1996); qual o clima que prevalece em relação à PTM: hostilidade ou solidariedade;
- Conhecer como a família vive como mora. Qual o Status do grupo no seu meio. Identificar os recursos que lança mão na rede de parentesco, de vizinhança e rede sócio assistenciais. Identificar os fatores de risco de proteção e de risco existentes no meio familiar. Levantar-se os fatores sociais de vulnerabilidade do grupo.
- Conhecer os recursos da rede sócio-assistencial à disposição dos cuidadores familiares;
- Levantar os significados, o imaginário e as práticas sociais sobre o louco e a loucura em seu território existencial (p. 101).

Com a sistematização dessas informações, o assistente social pode devolvê-las aos grupos familiares, propiciando o debate e a troca de informações entre os provedores de cuidado.

É importante o investimento dos profissionais para que outros membros das famílias passem a participar da gestão do cuidado cotidiano da pessoa com transtorno mental, que tende a ficar ao encargo de uma única pessoa.

Conforme Rosa e Melo (2009): nos anos 90 o número de pesquisas brasileiras orientadas para a relação dos grupos familiares teve um

crescimento. Surge uma multiplicidade de análises, como explicita (ROSA 2002, apud ROSA e MELO 2009):

- Como um recurso como outro qualquer, no rol das estratégias de intervenção (SANT'ANNA; FONTOURA, 1996 apud, ROSA e MELO 2009).
- Como um lugar de possível convivência da pessoa com transtorno mental, desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstruídos.
- Como sofredora, pois, é influenciada pela convivência com uma pessoa com transtorno mental e, desse modo, precisa ser “tratada”, assistida, recebendo suporte social e assistencial (MOTTA, 1997 apud ROSA e MELO, 2009 );
- Como um sujeito da ação. Sujeito coletivo, ator político que se organiza em associações específicas, na opinião de Sant'Anna e Fontoura (apud ROSA e MELO 2009) e, ainda, sujeito avaliador dos serviços, conforme Pereira (apud ROSA e MELO, 2009) e construtora da cidadania da pessoa com transtorno mental;
- Como provedora de cuidados, desde que os serviços de Saúde Mental visam atuar sobre os momentos de crise, tratando e não prestando cuidados contínuos. E também porque a família é o principal agente potencializador de mediações entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade, constituindo historicamente um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social (p.95).

Em geral, as famílias chegam nos atendimentos, extremamente cansadas, muitas em desespero, com sentimento de culpa e sem saber como agir, lidar com o transtorno mental. Apresentam-se, com seus recursos materiais e psicossociais esgotados.

São inúmeros os desafios para essas famílias, o fato de terem que conviver com o sujeito que alternam o humor, ora calmos, ora agressivos. O fato também de alguns resistirem ao tratamento, o que muitas vezes é devido ao preconceito e a discriminação, que coloca ainda mais um obstáculo na busca pelo apoio e tratamento correto.

### 3. CONCLUSÕES

A partir da pesquisa realizada para a conclusão deste trabalho observamos que o tratamento discriminatório, subumano e até mesmo violento tornou-se rotineiro para os doentes mentais. Considerados incivilizáveis”eram isolados da sociedade. “A doença mental só obteve uma percepção dirigida para o olhar científico sobre o fenômeno da loucura a partir do século XIX. Phillipe Pinel foi o grande representante no avanço e inspiração na abertura ao reconhecimento e estudo da loucura, assim como na medicalização do hospital.

Observamos também que, o caráter terapêutico idealizado por Pinel se perdeu e os asilos se converteram em ambientes coercitivos e punitivos, então a sociedade contestou e assim surgiu a proposta da reforma psiquiátrica. Em 1970, Franco Basaglia inaugurou um modelo de ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico propondo assim uma nova forma de compreender e lidar com a loucura. A questão a ser enfrentada era a emancipação e não a cura ou reparação, mas sim a reinserção no mundo social. As mobilizações ocorridas a

partir da década 1970, contaram com a organização e luta de diferentes sujeitos que viviam em condições precárias. Assim, passaram a expor tanto a força das mobilizações na sociedade, como também apoiaram os principais movimentos entre eles o da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, esta propôs várias mudanças tais como, a capacidade e disposição dos familiares assim como, da comunidade em conviver com as pessoas portadoras de sofrimento mental. Essas mobilizações contribuíram para a consolidação da Constituição de 1988. A Política de Saúde faz parte do tripé da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, representou um passo significativo na conquista de direitos.

Não poderia deixar de fazer duas grandes observações: a primeira é que a assistência social e as expressões da questão social têm sido importante campo de trabalho para os assistentes sociais e que o Serviço Social é uma profissão social e historicamente constituída desde o século XX e está atualmente inserida num estágio do contexto Neoliberal, em que predomina uma constante retração das políticas sociais públicas. A segunda a importância de conhecermos bem os usuários com os quais estamos lidando, sua vida social e familiar, para construir uma ação integral e compromissada com a defesa pela dignidade e direitos sociais dos indivíduos. Além de conhecer toda a política social e as possibilidades do contexto social em que estamos inseridos. O profissional do Serviço Social possui a concepção de saúde ampliada, ou seja, para o assistente social a situação de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação e lazer influenciam diretamente no psíquico. O assistente social intervém sobre as diversas expressões da questão social contribuindo para a reabilitação psicológica e social do doente mental.

Podemos verificar também que atuação do assistente social junto ao trabalho coletivo dispõe de visões particulares de observações na interpretação dos processos sociais. Sua identidade se constrói nas relações sociais e através das demandas originadas do corpo de dirigentes das instituições, dos usuários dos serviços e na relação com os outros profissionais.

Finalizamos falando sobre a família que embora não esteja preparada para ter entre seus membros um doente mental, possuem um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para o paciente. A família é uma base forte na recuperação “pós crise”. Este cuidado é complexo e envolve responsabilidades e muita dedicação. O familiar cuidador, muitas vezes se isola, pois não possui estrutura psicológica para lidar com a pressão social e com o estigma que atinge a pessoa de transtorno mental. O assistente social contribui na defesa dos direitos dessas famílias através das redes de apoio serviços e direitos dos usuários da Saúde Mental; do trabalho sócio-educativo, trocando informações e vivências, fazendo com que estes familiares compartilhem suas experiências com outras famílias e assim, saiam deste isolamento.

#### 4. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. R. A Saúde Mental e a especificidade do Serviço Social: Avanços, retrocessos e desafios. Rio de Janeiro, 2009. 101f.

BUSSULA, D. A.; OLIVEIRA, D. A. L.; VOLPATO, L. M. B. O Trabalho do Assistente Social junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família. 2009 , São Paulo.

GENTILLI, R. M. L. Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: Desafios para o Serviço Social. SER Social, Brasília, v. 13, n. 28, p. 210-230, jan. / jun. 2011.

GÓIS, T. B.; SANTOS, S. C. A.; SANTOS, E. O. O Serviço Social como mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais. Revista Vozes dos Vales da UFVJM: Publicações Acadêmicas, Minas Gerais, nº 2, p. 1-18, out. 2012.

MACHADO, G. S. O Trabalho do Serviço Social nos CAPSs. Revista Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 241-254, jul./ dez. 2009.

ROBAINA, C. M. V. O Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Serv. Soc. Soc, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr. / jun. 2010.

ROCHA, T. S. A Saúde Mental como campo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades. Rio das Ostras, 2012. 73f.

ROSA, L. C. S, MELO. T. M. F. S. Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: em foco o trabalho com as famílias. Revista Serviço Social e Saúde. Campinas. v. VII-VIII, n. 7-8, p. 76-105. Dez. 2009.

SANTOS, C. M. M.; GUIMARÃES, S. J. O Campo da Saúde e a inserção do Assistente Social na Saúde Mental Brasileira. Revista FSA, Teresina, v.11, n. 1, art.20, p. 365-388, jan./ mar. 2014.

SILVA, P. S. A intervenção do assistente social na Saúde Mental: A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS Juiz de Fora - MG, 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juíz de Fora, 2012.

