

**GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**NELCI MARIA DANIEL CAVALLI**

**A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE  
DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CIDADE DE CAMPOS DE  
JULIO/MT**

**VILHENA  
2020**

**NELCI MARIA DANIEL CAVALLI**

**A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE  
DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CIDADE DE CAMPOS DE  
JULIO/MT**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado a Faculdade da Amazônia (FAMA),  
como requisito final para obtenção do Título de  
Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Esp. Elizângela Marinho

**VILHENA  
2020**

Mantenedor: INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DA AMAZÔNIA S/C LTDA-ME - IESA.  
Rua: Walisson Junior Arrigo, nº 2043 - Cristo Rei - Cep: 76.983-496  
Vilhena/RO (69) 2101-0850 Site: [www.fama-ro.com](http://www.fama-ro.com)  
CNPJ: 04.398.722/0001-05

## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos Dezenove dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte, na sala virtual da plataforma Google Meet, às 17h00 horas, a acadêmica **Nelci Maria Daniel Cavalli** do Curso de **Serviço Social** dessa instituição, realizou o exame de defesa de seu TCC - Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado "A importância do Serviço Social em Saúde Mental: uma Análise da Atuação do Assistente Social na cidade de Campos de Júlio/MT" na presença da Banca Examinadora formada pela professora especialista **Elizângela Gomes Marinho** (Orientadora e Presidente da banca), professora especialista **Eline da Silva Bispo** (1º membro) e professora especialista **Angelita Martignago Carvalho** (2º membro).

O trabalho foi julgado APROVADO, mediante nota igual a 7,6.

Alterações ou observações: (x). Sim ( ). Não


E por não haver nada mais a tratar, foi lavrada esta ata que será assinada pelos presentes.

### BANCA EXAMINADORA



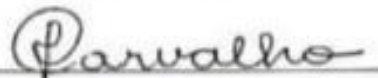
Prof. Esp. Elizângela Gomes Marinho  
Coordenadora de Serviço Social  
Portaria nº 024/2020  
CRESS 3252/97

Profa. Esp. **Elizângela Gomes Marinho**  
(Presidente - orientadora)




Eline da Silva Bispo

Profa. Esp. **Eline da Silva Bispo**  
(1º membro)



Profa. Esp. **Angelita Martignago Carvalho**  
(2º membro)



**Nelci Maria Daniel Cavalli**  
(Acadêmica)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente à minha força maior que é Deus, pois com sua graça hoje realizo mais um sonho. Não foi nada fácil, encontrei muitas dificuldades, abri mão de algumas coisas muito importantes, foi preciso muito esforço, ter muita determinação, paciência e muita garra para chegar até aqui, mas o esforço não foi só meu, foi das pessoas que estiveram comigo lado a lado, me apoiando, me dando forças e não seria possível se eu não tivesse contado com essas pessoas tão especiais.

Agradeço ao meu esposo Jaci meu companheiro da vida, minhas filhas Kelly Paula e Heloisa que compreenderam a minha ausência no tempo em que me dediquei aos estudos, me dando força, incentivo e que acreditaram em mim.

Agradeço a minha mãezinha Therezinha (in memória), que sempre foi minha fonte de inspiração, força e determinação.

Agradeço a meu pai Sergio, aos meus irmãos: Ademir, Valdecir, Neri, Nilton, Gelson e Cleci, minha família, que mesmo distante sempre me deram forças, confiança e que sempre torceram por mim.

Agradeço ao meu colega e amigo Cristian Eduardo Bonapaz, por me socorrer sempre nas minhas dificuldades, principalmente com orientações no que diz respeito a tecnologia... (sou péssima)

Agradeço a minha supervisora de campo Rosiane Francisca Miranda, pelo incentivo, paciência e profissionalismo, que me permitiu aprender muito.

Agradeço a minha orientadora Elizangela Gomes Marinho, pela dedicação, pela paciência, pela compreensão em todos os momentos de minhas dificuldades.

Caminhar, aprender e evoluir com vocês foi uma experiência única. Muito obrigada!

Agradeço a todas as pessoas que passaram pela minha vida e de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até este momento tão especial.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

***Carl Jung***

## RESUMO

O presente trabalho consiste em uma análise do processo de trabalho do Serviço Social na saúde mental. O estudo se deu na transformação histórica dessa doença. Sendo temida por muitos e por outros ignorada até mesmo hostilizada, fazer uma retrospectiva do que a saúde mental mundial e brasileira vivenciou na contemporaneidade e a trajetória das políticas públicas de saúde, o projeto de medicalização da loucura que se materializa com a criação dos primeiros hospícios para alienados, culminando com o processo de Reforma Psiquiátrica, permitindo assim um entendimento dos desafios sócio ocupacionais que a profissão enfrentou e enfrenta até os dias de hoje. Para efetivar esta análise foi necessário aprofundar o estudo nas políticas de saúde e políticas públicas como se desenvolveram e se envolvem na carreira do Serviço Social e entender como se deu o processo da gênese da profissão, dos princípios que a compõem, a dinâmica que envolve o processo de trabalho do assistente social na saúde mental, como isto se efetiva, e quais os desafios que atualmente estão presentes nesta atuação. Um dos objetivos se dá em compreender os limites e as possibilidades na garantia de direitos, inclusão social e cidadania e a importância da sua atuação, como também expor quais as principais possibilidades de enfrentamento das expressões da questão social encontradas nesta trajetória. A importância das articulações entre teoria e prática, na formulação e avaliação da profissão com a finalidade de construir respostas eficazes para traçar um perfil profissional que possa contribuir principalmente na saúde mental das pessoas.

**PALAVRAS CHAVE:** Serviço Social, Saúde Mental, Inclusão Social.

## **ABSTRACT**

The present work consists of an analysis of the Social Service work process in mental health. The study took place in the historical transformation of this disease. Being feared by many and by others ignored even hostile, to make a retrospective of what the world and Brazilian mental health experienced in contemporary times and the trajectory of public health policies, the project of medicalization of madness that materializes with the creation of the first asylums for the alienated, culminating in the Psychiatric Reform process, thus allowing an understanding of the socio-occupational challenges that the profession has faced and still faces today. To carry out this analysis, it was necessary to deepen the study of health policies and public policies as they developed and get involved in the career of Social Work and understand how the process of the genesis of the profession took place, the principles that compose it, the dynamics that involve the work process of the social worker in mental health, how this is effective, and what challenges are currently present in this performance. One of the objectives is to understand the limits and possibilities in guaranteeing rights, social inclusion and citizenship and the importance of their performance, as well as explaining the main possibilities for facing the expressions of the social issue found in this trajectory. The importance of the links between theory and practice, in the formulation and evaluation of the profession in order to build effective responses to outline a professional profile that can contribute mainly to people's mental health.

**KEY WORDS:** Social Work, Mental Health, Social Inclusion.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS: Ações Integradas de Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CFESS: Conselho Federal de Serviço Social

CRESS: Conselhos Regionais de Serviço Social

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA: Lei Orçamentária Anual

MEC: Ministério da Educação

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

PAS: Programação Anual de Saúde

PMS: Plano Municipal de Saúde

PPA: Plano Plurianual

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SNDM: Serviço Nacional de Doenças Mentais

SUS: Sistema Único de Saúde

UAPS: Unidade de Atenção Psicossocial

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	18
2 UM BREVE RELATO HISTÓRICO DA DOENÇA MENTAL .....	20
2.1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	24
2.2 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL .....	27
3 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO NO BRASIL .....	34
3.1 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL .....	36
3.2 CAMPOS DE JÚLIO: CONSOLIDAR AVANÇOS ENFRENTANDO DESAFIOS .....	40
METODOLOGIA .....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS.....	47

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na análise do histórico da doença mental, das políticas públicas e na relação entre o processo de inserção do profissional assistente social e da sua atuação na saúde mental.

Sabe-se que vários questionamentos, aflições, situações de indignações e de lutas já foram vividos e muitos desafios encontrados, e que a caminhada continua em busca da valorização, da integralidade nos atendimentos e de que todos os direitos sejam garantidos.

Diante disso, a formação do assistente social tem que estar sempre em sintonia com a sua atuação profissional, deve haver uma conexão entre teoria e prática, para que a atuação do profissional, seja mais qualificada, criativa e comprometida, para assim poder viabilizar respostas justas às necessidades apresentadas pelos seus usuários, buscar acima de tudo, obter novos conhecimentos para desenvolver por meio das suas competências e atribuições específicas, um trabalho que propõe, que cria, que sugere e que intervém na realidade, seguindo o que preconiza o Código de Ética.

O estudo partiu da seguinte indagação: O que é doença mental? Quais os mitos, estigmas ou verdades sobre ela? Como ela foi e vem sendo tratada? Como se deu a trajetória do Serviço Social e sua inserção na prática do trabalho na doença mental? Como está a política de saúde pública no Brasil?

A loucura é um transtorno psíquico presente na sociedade desde as mais antigas civilizações. O tratamento destinado aos doentes mentais (loucura) vem sendo discutidos desde os primórdios das civilizações, destacando marcos históricos, tais como os tratamentos referenciados por Phillippe Pinel e o atual modelo pensado por Franco Basaglia.

A doença mental refere-se a vários problemas patológicos que afetam a saúde mental, e que são definidos como distúrbios que afetam o humor, pensamento e o comportamento. Entre as definições dos problemas de transtornos mentais estão a depressão, distúrbios de ansiedade, transtorno afetivo bipolar, autismo, esquizofrenia, distúrbios alimentares, distúrbios de comportamentos, dependência química entre outros.

Durante muitas décadas viveu-se uma cultura com diversos mitos a respeito da doença, acreditava-se que eram forças sobrenaturais, e considerada uma questão

particular, onde as próprias famílias eram responsáveis pelos seus familiares que apresentava algum transtorno mental e com isto, excluía essas pessoas do convívio social, e eram mantidos sob cárcere domiciliar, sem contato com o mundo externo. Apesar de atualmente a doença ser reconhecida como uma patologia, ainda causa a sensação de ameaça, perigo e medo.

As primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de “vigiar e punir” os “loucos” (Foucault, 1991) como se esta situação fosse um problema de conduta. As pessoas eram tratadas como se fossem culpados por apresentar alguma patologia.

Portanto, muitos portadores de doenças mentais, dos dias atuais que estão sem tratamento adequado, estão sujeitos a várias mazelas que vão desde o isolamento social, exclusão, abandono e até a mortalidade precoce. Os julgamentos, o pré-conceito e a falta de conhecimento e informação levam ao aumento da resistência ao tratamento e conseqüentemente as tragédias e suicídios.

“Todos os transtornos, sem o devido tratamento, oferecem riscos: 96% dos casos de suicídio estão relacionados a distúrbios não tratados ou tratados incorretamente”, aponta Nise da Silveira. “Quanto mais tempo o indivíduo demora a receber atendimento, mais complexo se torna o quadro e mais difícil a recuperação.”

E o compromisso para ter saúde é fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida. Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo.

## 2 UM BREVE RELATO HISTÓRICO DA DOENÇA MENTAL

Neste capítulo será relatado o conceito de loucura, as lutas pelo reconhecimento dos direitos humanos e sociais, desde o início da sociedade, onde era comum a violação desses direitos. Destacar também o histórico brasileiro, a importância das lutas e movimentos sociais para o reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de doença mental.

A concepção de “loucura” vem sendo formada desde a antiguidade, de acordo com a cultura de cada povo. Foucault se dedica ao tema da loucura em suas primeiras obras, partindo da compreensão de que os modos de entender e lidar com a loucura não foram os mesmos no tempo, ele faz um resgate histórico da loucura. No livro ‘Doença Mental e Psicologia’ (1954), ele reflete sobre as relações entre a doença mental e sua evolução, a doença e a história do indivíduo, a doença e a existência, questionando a relação entre loucura e cultura. Segundo Foucault, na Grécia antiga a loucura era considerada um saber divino, e acreditava-se que quem possuía alguma patologia, podiam comunicar-se com as divindades, eram tidos como mensageiros dos deuses, pois tinham um dom especial onde conseguiam ver uma realidade que a maioria não conseguia.

Foucault observou que na idade média, foi um período de grande dominação por parte da igreja católica, onde surgem as crenças, e o misticismo era visto como: possessão do demônio, êxtase, pacto com o diabo, feitiçarias, etc. A ignorância e o medo fizeram a sociedade afastá-los do convívio, os loucos não eram mais considerados sábios e eram excluídos, torturados e jogados ao fogo.

Com o aparecimento de alguns homicidas entre a população psiquiátrica, essa presunção da periculosidade e incapacidade foi se reforçando cada vez mais.

Segundo FREITAS:

Na Idade Média os portadores de deficiência, os loucos, os criminosos e os considerados “possuídos pelo demônio” faziam parte de uma mesma categoria: a dos excluídos. Deviam ser afastados do convívio social ou, mesmo, sacrificados. (FREITAS, 2000, p.13).

O próprio conceito de doença mental era muito restrito, pois limitava-se aos aspectos exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável, sobretudo

quando esse se constituía em estorvo para o ambiente familiar imediato e para a comunidade.

Conforme Birman 1978, foi o médico, Dr. Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que rompeu os paradigmas e passou a ver a loucura como doença e que os acometidos por ela necessitavam de atenção e cuidados. Segundo a descoberta de Pinel, a loucura era devido à distúrbios do Sistema Nervoso Central. Entretanto a doença mental era vista e tratada como desvio de caráter moral, e com o passar do tempo o tratamento moral de Pinel é modificado e permanecem as ideias corretivas, que consistia em medidas físicas como: duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias, sangrias. Atitudes torturadoras. O louco não tinha credibilidade e vivia num mundo alheio as outras pessoas, completamente ignorado.

Na Revolução Francesa, surgiu uma reestruturação social, no entanto consideravam que o louco não podia mais estar no espaço social, e que necessitava de tratamento, passando então a interná-los com o objetivo de curá-los; nasce então os manicômios.

Uma citação do livro “A história da loucura da idade clássica, 1961” de Foucault diz: “a loucura é um momento duro, porém, essencial no trabalho da razão; através dela, e ainda em suas vitórias aparentes, a razão se manifesta e triunfa”.

O portador de doença mental, rotulado como louco, carrega um estigma existente no imaginário social, de uma pessoa perigosa e incapaz, sem ser considerado cidadão, sujeito de direitos e ser humano.

Como discorre FOUCAULT, 1982, as primeiras tentativas feitas pelo homem para o controle das doenças surgem através do termo mágico-religioso. Até a idade média, a doença mental tinha uma concepção místico-religiosa, porém com a evolução da psicologia, os médicos começam a mudar esse conceito religioso, dando mais ênfase à ciência e usando a razão como guia, porém, sem muito entender sobre as patologias e suas reações, os portadores de doença mental passam a ser considerados perigosos, improdutivos e miseráveis, e o mundo da loucura, se transforma ainda mais num mundo de exclusão.

“Os loucos agora não são mais ‘possuídos’, mas ‘improdutivos’ e ‘vagabundos’, portanto, uma ameaça social e um problema moral” (VIETTA, KODATO; FURLAN, 2001, p.100).

A assistência aos doentes mentais, excluídos, sem casa, sem família e sem recursos, era extremamente precária. Muitos doentes eram cuidados por curandeiros, sacerdotes católicos (especialmente os jesuítas).

Os médicos com formação eram poucos, e se localizavam nos grandes centros, onde serviam principalmente as pessoas mais importantes, da burguesia.

Foucault relata como surgiu a estrutura de exclusão:

O marco histórico que melhor define esse período é a criação do Hospital Geral de Paris em 1656, local este onde os pobres, indigentes e miseráveis eram "internados" de forma aleatória e compulsória. [...] que de uma forma ou de outra eram "desagradáveis" à comunidade, sendo apenas confinados sem nenhuma medida terapêutica efetiva, até porque, na maioria dos casos, a questão não se relacionava com a saúde, e sim, com implicações sociais e assistenciais. (FOUCAULT, 2004)

Foucault observou, que a medida nada tinha a ver com uma política de saúde, mas sim de "uma instância da ordem", da ordem monárquica e burguesa.

Neste contexto, Foucault afirma:

"Ao primeiro olhar, trata-se apenas de uma reforma — unicamente, de uma reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos que já existiam são agrupados sob uma única administração. Todos são, contudo, afetados aos pobres de Paris" (FOUCAULT, 1978, p. 60).

Portanto, como o tratamento aos loucos estava sendo questionado, essa foi uma medida administrativa, que teve como objetivo, o de reorganizar as relações da sociedade francesa com os 'mendigos'.

Diante disso, ocorre profunda transformação e o número de pessoas que apresentam sofrimento mental aumenta, devido ao contexto de exploração e exclusão que se apresentava.

Em 1889, tem início um período que se caracteriza pelo "redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e pela legitimidade dos novos parâmetros definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização" (ENGEL, 2001, p. 331).

Em meio a tantas descobertas, existe uma sociedade que se fecha para a compreensão e vive em sua complexidade, sua arrogância, onde surgem muitas

dúvidas e inquietações, porem exclui e expulsa não só os doentes mentais, mas toda e qualquer pessoa que ameaçava a sua “suposta” tranquilidade.

Em consonância a isto, na idade média, as pessoas consideradas loucas eram confinadas em asilos e grandes hospitais, submetidos ao convívio com pacientes com doenças infectocontagiosas e venéreas, submetidas a tratamentos agressivos e que não contribuíam para estabilizar o estado emocional desses pacientes. Com relação as modalidades de combate ao surto, sabe-se que os mais violentos eram acorrentados e para os mais sociáveis, era permitido à saída para realizar mendicância nas ruas. (AMSTALDEN E PASSOS, 2012)

Conforme Mattos,2006, no final do século XVIII, os tratamentos realizados aos pacientes geralmente eram os eletrochoques, em internações desumanas, imorais, e simultânea com outros marginalizados sociais, (criminosos, mendigos, pessoas portadoras de deficiências). A família era discriminada socialmente por ter um membro dela portador de doença mental. Diante dessa situação conflitante, surge um novo modelo de tratamento destinado à loucura. Era a criação de hospitais, chamados manicômios, destinados apenas para a internação de pessoas com transtornos mentais, para combater as sequelas da doença mental.

Assim, para Foucault, 2005a, os tratamentos para conter um surto psicótico, realizado nos manicômios se constituía predominantemente em métodos que causavam muita dor e sofrimento, tais como: choques, camisas de força, banhos frios, isolamento, entre outros castigos físicos e psíquicos. Era uma verdadeira violação dos direitos humanos. Certamente, não realizava os cuidados necessários que os pacientes necessitavam e tinham direito, e o isolamento nesses hospitais, escondia e omitia a real situação do paciente.

Nesses hospitais manicômios, o objetivo não era de curar ou tratar doentes. Sua motivação médica era nula e o objetivo era enclausurar aquilo que a sociedade não queria ver e não poderia lidar a olho nu: a desrazão, revelando um verdadeiro pudor.

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não esqueçamos — que eles os abandonarão, sem deixarem de glorificar por terem-nos 'libertado'. A partir do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra do internamento, e ao gesto que lhe designava como o seu lugar natural. [...] A ducha, não refrescava mais, punia; não se deve mais aplicá-la quando o doente está “excitado”, mas quando cometeu um erro; em pleno século XIX ainda, Leuret submeterá seus doentes a uma ducha gelada na cabeça e empreendera neste momento, com eles, um diálogo durante o qual forçá-los-á a confessar que sua crença é apenas delírio. O século XVIII havia também inventado uma máquina rotatória onde

se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa ideia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. O século XIX aperfeiçoa o sistema dando-lhe um caráter estritamente punitivo: a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu (FOUCAULT, 1994, p. 58-59)

## 2.1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

“A loucura era até agora uma ilha perdida no oceano da razão”, escreveu Machado de Assis (1839-1908)

Na maioria das vezes, os portadores de doenças mentais viviam confinados em hospitais psiquiátricos, isolados de tudo e de todos, até a morte. Sem diagnóstico precoce e terapia adequada, portadores de doenças mentais estão sujeitos a mazelas que vão de incapacidade social a mortalidade precoce.

“Em linhas gerais, podemos dizer que tudo aquilo que foge dos padrões mais aceitos dentro de uma sociedade é considerado loucura”, explica a médica Maria Tavares Cavalcanti, diretora do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. “Não há uma separação nítida entre o que é normal e o que é patológico. O que há são normas que mudam de acordo com a cultura.” (CAVALCANTI, 2015)

Conforme coloca Foucault 1978, em 1830, quando a recém-criada Sociedade de Cirurgia e Medicina do Rio de Janeiro lança palavras de ordem que se tornaram um bordão bastante conhecido: "aos loucos o hospício." Clamavam pela necessidade de construção de um local específico para o abrigo dos loucos, especialmente dos loucos pobres, que vagavam perigosamente pelas ruas. (FOUCAULT, 1978, pp. 166-167).

E no Brasil a situação dos doentes mentais não era diferente dos outros países, como nos relata Passos:

Aos loucos que apresentassem “comportamento agressivo não mais se permitia continuar vagando nas ruas, principalmente quando sua situação socioeconômica era desfavorável, e “seu destino passou a ser os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado” (PASSOS, 2009, p. 104).

Segundo ELIA, 2014, em relatório datado de 15 de julho de 1841, o diretor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, faz referência



a necessidade que havia na época de construir um hospital especializado para o tratamento dos loucos. Segue o ofício:

O zelo de melhorar a sorte dos infelizes que tendo a desgraça de perderem o juízo, não encontrarão nesta Capital hospital próprio, onde possam obter tratamento adequado á sua moléstia, por serem insuficientes as enfermarias, onde são recebidos no hospital da Santa Casa, me faz lembrar a necessidade de dar-se princípio a um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados; e debaixo destas vistas dei princípio a uma subscrição aplicada ao dito fim, que monta já á quantia de 2:500\$; e espero que hoje mesmo esteja elevada a mais, segundo informações de pessoas encarregadas de a promoverem em diversos lugares desta província.

Nessa época, conforme Amarante 1998, a psiquiatria no Brasil ainda era bem escassa, e seguia os padrões da escola francesa de Pinel e Esquirol, onde a qual também serviu de modelo para a construção do primeiro hospital hospício no Brasil.

Porém, depois de ter sido socialmente ignorada e mistificada por quase trezentos anos, a loucura só começa a ser objeto de intervenção por parte do Estado com a chegada da Família Real ao Brasil. Segundo Amarante, assim que chegou D. Pedro II assinou o decreto de nº 82 deliberando sobre a criação e construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, em 18 de junho de 1841.

O engenheiro que ficou encarregado para a construção da obra foi Domingos Monteiro, e que tomou como referencial arquitetônico o hospital de Chareton, França, o qual era considerado um referencial da psiquiatria francesa no tratamento dos doentes mentais. Entretanto, o hospício Pedro II o “Palácio dos loucos” foi inaugurado em cinco de dezembro de 1852, como parte da comemoração da Declaração da Maioridade do Imperador Pedro II, porém, tendo seus trabalhos de construção prosseguidos até 1855. Situado na praia Vermelha, Rio de Janeiro, tinha capacidade para 350 pacientes e passou a receber alienados de todo o território brasileiro.

O hospício foi dirigido pelas Irmãs de Caridade e por um corpo médico que possuía pouca influência junto à direção do hospital. O Hospício do Rio de Janeiro hoje é utilizado como Reitoria da UFRJ.

Conforme aponta Resende, 2007, p.38, durante esse Segundo Reinado (1840-1889), foram criadas outras instituições, que se denominavam “exclusivas para alienados”, cuja realização foi propiciada pela aprovação do decreto-lei 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava a realização de convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos; em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886).

Novas propostas para o tratamento da loucura, surgiram a partir da segunda metade do século XX, na Itália, por Franco Basaglia, psiquiatra, com um modo revolucionário, criado para conduzir as instituições e hospitais destinados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais e seu método inovador é difundido por toda a Europa como também foi implantado no Brasil.

Franco Basaglia, 1978, em discurso propôs que o tratamento da “loucura” fosse realizado de forma igualitária e humanizada, e que os manicômios fossem substituídos por instituições voltadas ao tratamento e reabilitação de pacientes com transtornos mentais. Neste sentido, Yasui afirma que Basaglia:

[...] ao se deparar com a violência do manicômio e a destruição das pessoas internadas, inicia um radical processo de crítica e de transformação da instituição. Seus escritos problematizaram a condição da pessoa internada e os significados do manicômio, questionando a Psiquiatria, seus instrumentos e sua finalidade como ciência. Basaglia destacava que a transformação da condição do paciente internado exigia a criação de propostas que tivessem por princípio a sua liberdade. (YASUI, 2015, p. 17).

Este novo modelo de tratamento deveria ser baseado no respeito aos direitos humanos e cidadania de todos os que sofrem com transtornos mentais, porém, segundo Oda e Dalgarronda (2005, p. 1005) identificam “uma clara contradição entre o discurso que enunciava um projeto de assistência oficial e moderno aos loucos e uma prática realmente efetivada”. E explicada Conforme Resende:

[...] as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (RESENDE, 2007, p. 38).

No Brasil, muitos internos nem eram doentes mentais, temos como exemplo o maior hospício em nosso país, localizado em Barbacena (MG), conhecido como Colônia: foi fundado em 12 de outubro de 1903. Inicialmente, como um hospital para tuberculosos, e depois como hospital psiquiátrico, com capacidade para 200 leitos, mas contava com cerca de cinco mil pacientes em 1961. Para o Colônia, eram enviadas as "pessoas não agradáveis", como opositores políticos, prostitutas, homossexuais, mendigos, pessoas sem documentos, entre outros grupos marginalizados na sociedade. (ARBEX, 2013.)

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p. 13.14)

No Brasil a doença mental durante muitas décadas foi estigmatizada, e todo o tratamento que vinha sendo destinado às pessoas acometidas por ela, nos reporta a atos de intensa violação de direitos humanos, caracterizando assim uma forma de expressão da questão social, estima-se que, só no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, mais de 60 mil internos, entre dependentes químicos, ativistas políticos e até mães solteiras, tenham morrido, vítimas de negligência, isolamento social e tortura. “Os manicômios não foram construídos com o objetivo de tratar, mas, sim, de excluir aqueles que não se encaixavam no que se pensava ser um cidadão normal”, analisa o psiquiatra Marco Aurélio Soares Jorge, doutor em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

## 2.2 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

As políticas de saúde mental na atualidade, nos mostra os avanços e os progressos feitos até aqui, porém, sem esquecer as dificuldades e obstáculos que ainda persistem e que buscamos por respostas.

No cenário mundial, depois da Segunda Grande Guerra, o Estado passa a ser responsável não somente por garantir o direito à vida, mas também o direito à saúde, como forma de superação dos horrores da guerra (FEITOSA; ROSA, 2008, p. 38).

Da construção dos hospitais hospício e da colônia, até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem organização institucional. A partir de então, iniciou-se uma série de mudanças e transformações, foram criados diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, porém o Brasil enfrentou diversas dificuldades, principalmente, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania, pois nesse período a psiquiatria ainda seguia apoiada com o princípio de

exclusão do sujeito do convívio social por meio de sua internação em hospitais psiquiátricos ou colônia, por longos períodos de tempo. Nos hospitais psiquiátricos a miséria era real e pouco era realizado de terapêutico.

De acordo com Venâncio (2007), as ações político-assistenciais para a área da psiquiatria, foram iniciadas em 1930, articuladas a uma reforma das políticas de saúde, com a criação de serviços nacionais por doenças produzindo uma verticalização das ações, atreladas a enfermidades específicas. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM).

Aquele foi um período em que a psiquiatria procurava se estabelecer na condição de especialidade médica e seu espaço de atuação passou a ser reconhecido como tal. O próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações 'hospício', 'asilo', 'retiro' ou 'recolhimento', reconhecendo a categoria 'hospital'. (SAMPAIO, 1988.).

Entretanto, a criação de novos hospitais não amenizou a situação caótica dos hospitais públicos que viviam em total abandono, onde a assistência aos pacientes era lenta por apresentar excesso de pacientes internados, continuando os hospitais psiquiátricos a terem basicamente a função social de exclusão.

Na busca por um tratamento que priorizasse os direitos humanos, a dignidade e o respeito, surge o movimento de reforma psiquiátrica composto por pessoas que lutavam com bravura e que faziam parte da sociedade, instituições, trabalhadores da área da saúde mental, e também familiares das pessoas com patologias psicológicas, através de movimentos sociais e opinião pública, conforme (OLIVEIRA e ALESSI, 2005). O objetivo desses movimentos não era apenas de denunciar os maus tratos, o ambiente violento e insalubre em que os pacientes eram submetidos, mas buscavam mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defendiam a saúde coletiva, equidade nas ofertas dos serviços, e poder de decisão por parte dos trabalhadores de saúde no processo dos cuidados. Este movimento iniciou-se no final da década de 1970, e foi marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Segundo o relatório do Ministério Público e Tutela à Saúde Mental: Na segunda metade do século XX, especificamente nos anos 70, “este modelo de cuidado começa a ser repensado pela inclusão ou associação de um modelo que, nos casos indicados, substituísse o isolamento do hospital especializado e fosse centrado no convívio com a família e a comunidade”. (BRASIL, 2005).

Conforme registros do Ministério da saúde, com a realização da Constituição da República, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. E como resposta as reivindicações feitas pela sociedade, trazia mudanças significativas no que diz respeito à proteção social no Brasil. Também expressou a necessidade da promoção de políticas intersetoriais com ações transversalizadas que contemplassem não somente a saúde, mas também a reinserção social do paciente, através da geração de oportunidades de trabalho, lazer, habitação e assistência social em geral, de modo a promover a sua valorização e erradicar o estigma. Contudo, apesar das inovações constitucionais, a ausência de uma proposta nacional, capaz de impulsionar de forma estratégica todas essas mudanças, levou a saúde pública brasileira, a uma relevante falha na política pública de saúde, pois não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública.

Conforme Silva Filho, 2001, os critérios usados para diagnosticar os transtornos mentais também sofreram uma transformação importante. Um exemplo foi a homossexualidade. Em 1990 ele foi banido da lista de distúrbios mentais.

Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 1989 deu início um processo de intervenção, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. E esta intervenção, que teve repercussão nacional, e que nos mostrou de forma clara que havia a necessidade e a possibilidade de construção de uma rede de cuidados eficaz e substitutiva ao hospital psiquiátrico. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, e foi a primeira demonstração, com grande repercussão.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/1989 do deputado Paulo Delgado (PT/MG), com proposta de regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, e tem o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no âmbito do legislativo, e é a partir deste período que a política do Ministério da Saúde, se direciona com um olhar para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, e começa a ganhar sustentabilidade e visibilidade.

Porém, somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, no ano de 2001, é sancionada no país a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001

A natureza inclusiva das políticas sociais está no fato de que há uma tendência dessas políticas a se formularem políticas setoriais em um leque cada vez mais abrangente (NETTO, 1992).

Mais uma das conquistas significativas foi instituída no Brasil na década de 90, a rede de atenção à saúde mental brasileira, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas redes são compostas por: Centros de atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. As redes devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de saúde e as Conferências de Saúde Mental, garantem que haja a participação e o protagonismo dos usuários de saúde mental e de seus familiares na gestão do SUS, assim como na construção da rede de atenção à Saúde Mental. (BRASIL, 2005).

O artigo 198 da Constituição Federal/88, preconiza que as ações e serviços de saúde devem ser organizados para dar atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, relata o funcionamento da rede de atenção da saúde mental que contém as diretrizes:

- I — Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II — Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III — Combate a estigmas e preconceitos;
- IV — Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V — Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI — Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII — Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII — Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX — Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X — Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI — Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII — Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011).

De acordo com a proposta trazida pela Política Nacional de Saúde Mental, busca-se o resgate da cidadania ao portador de transtornos mentais através da inclusão social, reinserção familiar e respeito aos seus direitos e liberdade, garantindo-lhe a livre circulação e interação com a comunidade. A saúde passa a ser considerada como um elemento em constante transformação, e a pessoa/paciente, a não mais ser encarada apenas como um objeto para a intervenção médica, mas sim como um sujeito integral com necessidades e valores – uma mudança que ainda se segue.

A Redes de Saúde Mental é uma rede ampla, não se restringindo apenas aos serviços de saúde mental do município. Para a construção dessa rede estão articuladas, de forma permanente, outras associações, instituições, cooperativas, e vários espaços da cidade, com o objetivo de promover a emancipação das pessoas em sofrimento mental. A rede de Saúde mental também busca incluir essas pessoas, que foram estigmatizadas ao longo do tempo, promovendo autonomia e a cidadania dessas pessoas. (BRASIL, 2005)

O funcionamento dos serviços deve ser articulado, estrategicamente, em torno do CAPS, na organização da porta de entrada e da regulação da rede, oferecendo atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por equipe multiprofissional.

Sobre a implantação e organização:

No processo de implantação e organização dessa Rede nos municípios, deve-se levar em consideração o território. Porém, não se deve pensar território apenas como a área geográfica que se pretende organizar a Rede, mas olhar para as pessoas, as instituições, e o cenário daquela comunidade como um todo. É necessário conhecer esses componentes do território, trabalhando com os saberes ali presentes, com as questões e demandas trazidas pela comunidade, a fim construir objetivos que são comuns a esse território. Fundamentado no resgate dos recursos da comunidade, assim como dos seus saberes, potencialidades e riquezas emergentes nesse contexto, as propostas devem ser construídas de forma coletiva, priorizando as trocas entre as pessoas e os cuidados a saúde mental (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, criou no ano de 2000, Residências Terapêuticas, sob a Portaria 106/2000, e estas Residências Terapêuticas, fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, e tem como compromisso, a implantação e consolidação de um modelo de atenção à saúde mental, que redireciona os recursos que eram destinados a assistência psiquiátrica hospitalar, para um modelo que é baseado em serviços de base comunitária e territorial, e que esteja voltado para a inserção social de todos os portadores de transtornos mentais, capaz de desenvolver

intervenções voltadas a atividades de trabalho, atividades escolares, atividades domésticas da própria casa, lazer e cultura, entre outras.

Conforme exposto pelo Ministério da Saúde, em 2008, “Memória da Loucura”, em todo o país, é possível encontrar muitos usuários dos serviços de Saúde Mental, produzindo, pintando, gravando, escrevendo, expondo e se expondo, orgulhosos de seus dons e valores.

As Residências Terapêuticas surgem num contexto, conhecido como Reforma Psiquiátrica, marcado por muitas transformações nos conhecimentos teóricos, nas estratégias de intervenção, nos valores culturais e sociais que se materializaram no processo de intervenção do Assistente Social nos serviços de atenção à saúde mental no Brasil.

A aprovação, no entanto, é um substitutivo do Projeto de Lei original, e que traz modificações importantes no texto normativo.

Essas ações se consolida e ganha mais impulso com a promulgação da lei 10.216, que foi sancionada no ano de 2001, a qual possibilitou a pessoa com transtorno mental os seguintes direitos:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração. (BRASIL, 2001)

E finalmente a Lei 10.216, que teve sua promulgação em 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004), dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acompanhando o processo de desinstitucionalização, a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004) cria mecanismos de financiamento próprio para a rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ampliando, assim, a abrangência dos serviços substitutivos.

A criação da terceira lei federal no campo da saúde mental: é a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2004). Essa lei se refere à criação do Programa de Volta Para Casa, responsável por instituir o auxílio reabilitação psicossocial para



assistência, acompanhamento e integração social de pessoas acometidas de algum sofrimento psíquico com história de longa internação psiquiátrica.

### 3 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO NO BRASIL

No Brasil o Serviço Social iniciou como profissão regulamentada e inserida na técnica do trabalho na década de 1930, quando a população reivindicava por melhores condições de trabalho e justiça social.

O Serviço Social é uma profissão que tem um interessante histórico, com origem dentro da igreja católica, seus fundamentos foram estruturados através da Ação Católica Brasileira.

Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no 'mundo temporal', nos inícios da década de 30. Na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa (IAMAMOTO, 2011, p. 18).

Ocorreu um movimento político no Brasil em 1930, conhecido como Revolução de 30. A partir da queda da República Velha, a Igreja busca uma reaproximação com o Estado. No ano de 1931, duas grandes demonstrações de força são engendradas pela hierarquia Católica na cidade do Rio de Janeiro que na época, era capital da república, e algumas instituições sociais surgem dentro do movimento de reação católica e visam atender as demandas que surgiam do processo de desenvolvimento capitalista. Essas ações podem ser consideradas como o embrião do Serviço Social brasileiro.

A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 167).

Nesse período, a igreja passou a oferecer a formação de assistente social, à princípio, especificamente para as moças de famílias tradicionais, com o intuito de exercer ações sociais, para atender os mais necessitados.

Assim, em 1936 foi fundada a primeira Escola de Serviço Social, em São Paulo, com a coordenação e administração de Albertina Ferreira Ramos e Maria Kiehl,

ambas eram sócias do Centro de Estudos de Ação Social, que estava vinculado a Igreja Católica. Nas palavras de Yamamoto (1992), uma

[...] especialização da ação social da Igreja", que viu a necessidade da formação de profissionais capacitados para assumirem os novos postos de trabalho gestados no sistema de industrialização e surgimento da "questão social". "o Serviço Social emerge como uma atividade com bases mais doutrinárias que científicas, no bojo de um movimento de cunho reformista-conservador. (IAMAMOTO, 1992, p. 21).

Entre os anos de 1960 e 1970, iniciou-se o movimento de revisão e renovação da profissão, que buscou a reatualização do tradicionalismo profissional, havendo assim uma ruptura do conservadorismo.

Já no final da década, em 1979, ocorreu o Congresso da Virada, quando a categoria deu uma nova direção ético-política à profissão. Nesse evento, entre várias decisões e aprovações, a profissão se tornou laica e passou a fazer parte das Ciências Sociais. São princípios que regem a profissão como: a defesa da democracia e da liberdade e a luta pela construção de uma nova ordem societária, justa, igualitária e livre de exploração e de opressões.

Na década de 1990, a Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957, foi alterada pela Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993, cujo texto legal expressa um conjunto de conhecimentos particulares e especializados, em relação as questões sociais, no que diz respeito aos direitos à cidadania, ética e moral, e a partir dos quais são elaboradas respostas concretas para as demandas sociais. A nova lei de regulamentação da profissão e o código de ética de 1993, forneceram respaldo jurídico e uma nova dimensão aos instrumentos normativos legais, superando os limites apontados até então, e o código de ética da profissão que vem se atualizando ao longo da trajetória profissional e concretizando-se nas diretrizes curriculares de 1996.

O Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, e desde 1953 os conteúdos e disciplinas do curso de Serviço Social eram definidas pelas instituições representantes da categoria e aprovado pelo Ministério da Educação (MEC), Porém em 2012, por determinação do próprio MEC, num processo de contrarreforma da educação, os currículos mínimos foram substituídos por diretrizes curriculares, mais flexíveis e sem determinação de disciplina, apenas conteúdos mais gerais, onde cada unidade de ensino organiza seu projeto político-pedagógico e sua

matriz curricular, não havendo mais a necessidade de currículos nacionalmente prontos.

Desde a criação do primeiro curso já se passaram mais de 80 anos, e a profissão ganhou novos sentidos e objetivos, e muitos foram os projetos pedagógicos e os direcionamentos políticos que ajudaram a construir o processo histórico da profissão, mas nos últimos trinta anos é que registram um importante amadurecimento do posicionamento crítico ao projeto capitalista de sociedade. A profissão de Serviço Social ainda continua em constante transformação, com o compromisso de defender os direitos, preservando os valores, crenças, razão e emoção de cada cidadão, com qualidade nos serviços prestados.

“não se restringe à dimensão técnico-operativa da prática profissional, mas sim à unidade das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, portanto, não como um ato tecnocrático e burocratizado que determina uma prática neutra e reprodutora das normas institucionais e dos padrões sociais, mas, sim, uma prática crítica e reflexiva que deve ser informada por uma teoria social e por procedimentos metodológicos - em consonância com os valores expressos no código de ética - que possibilitem ao profissional uma análise do movimento do real e a proposição de estratégias e táticas para o seu enfrentamento sem perder de vista a intencionalidade do seu trabalho e as possibilidades de construções coletivas de táticas e estratégias na relação com os movimentos sociais. (Cardoso, 2013, p. 225)

Mesmo diante das adversidades e desafios impostos no dia a dia, os assistentes sociais seguem reafirmando suas lutas, ajustando as liberdades, os direitos coletivos e individuais, com participação dos direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, não confundindo o assistencialismo com assistência, nem deixando a demagogia tomar conta e ofuscar a realidade.

### 3.1 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A literatura registra a inserção do profissional de Serviço Social na saúde mental, compondo as equipes multidisciplinares dos hospitais psiquiátricos a partir da década de 1940, mais especificamente em 1946, influenciado pela Doutrina Social da Igreja, no âmbito dos chamados “serviços sociais psiquiátricos” fazendo parte integrante da saúde mental. Os assistentes sociais eram considerados como a “porta de entrada e saída” dos hospitais, e ocupava um lugar de inferioridade em relação aos médicos e a direção da instituição. Segundo Vasconcelos (2000), na época a

hierarquia dos médicos em relação ao profissional de Serviço Social era de subordinação, de fazer subalterno, assistencialista e acrítico, e essas práticas possuíam um caráter de “Serviço Social Clínico”, em que se predominavam abordagens higienistas. Vale lembrar que nesse período a psiquiatria estava estruturada conforme o modelo manicomial, baseado na exclusão do sujeito do convívio social por meio de sua internação em hospitais psiquiátricos por longo tempo.

Netto descreve o movimento de renovação da profissão no pos-1964 em três vertentes:

[...] a perspectiva modernizadora revela um feixe de profundas vinculações com a ordem sociopolítica oriunda do golpe de abril. (...) No âmbito estrito da profissão, ela se reporta aos seus valores e concepções mais “tradicionais”, não para superá-los ou negá-los, mas pra inseri-los numa moldura teórica e metodológica menos débil, subordinando-os aos seus vieses “modernos”; (...) a perspectiva de reatualização do conservadorismo faz-se legatária das características que conferiram à profissão o traço microscópico da sua intervenção e a subordinaram a uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional, mas o faz com um verniz de modernidade ausente no anterior tradicionalismo profissional, à base das mais explícitas reservas aos limites dos referenciais positivistas; a perspectiva que se propõe como intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional” ao contrário das anteriores possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador) (NETTO, 2010, p. 154-159)

A partir de 1964, e principalmente 1968, no período ditatorial, o Estado brasileiro assume um caráter de antinacional, antidemocrático e centralizador. A profissão se deparava com novas demandas, novas exigências de um capitalismo monopolista, seguindo um regime autoritário e burguês. Inquietações e insatisfações passaram a fazer parte da categoria da profissão, pois as antigas ações de moldes conservadores tradicionais já inseridos na profissão, não mais atendiam as novas exigências, porém O Serviço Social estava sendo requisitado, nesse período turbulento de ditadura militar, a desenvolver nada mais que a essência de sua função para a sociedade capitalista, isto é, participar das formas de enfrentamento das expressões da questão social que eram expressas na realidade da população. Bisneto (2007) resume esse momento afirmando:

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria,

que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados”. (BISNETO, 2007, p.25)

A partir da década de 1970, mais especificamente em 1973, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) reforça a importância e a necessidade da equipe multiprofissional para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, exigindo a inserção de profissionais de Serviço Social para compor a equipe de tratamento. (Vasconcelos, 2000)

Mas foi em 1980, que a segunda fase da Reforma Psiquiátrica impôs as esferas de Governo nas instituições, visando três direções principais:

- O gerenciamento e controle geral do sistema, principalmente das internações fáceis e do processo de mercantilização da assistência na rede de hospitais conveniados;
- A crítica e “humanização” da realidade interna dos asilos e hospitais, com eliminação das formas mais severas de controle dos pacientes e ensaios de programas de reabilitação social, principalmente via oficinas expressivas e atividades laborativas, e alguns processos de desospitalização;
- A criação de equipes de saúde mental (psiquiátrica, psicólogo e assistente social constituíam a equipe mínima) em ambulatórios e postos de saúde, com regionalização das ações para uma atenção primária e preventiva em saúde mental, dentro do que foi chamado de “Ações Integradas de Saúde” (AIS), esboço do que constituiu mais tarde o Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 2000, p.193).

Em 1980, o Serviço Social passa a pensar a história brasileira e a gênese da profissão de maneira mais crítica, tendo como suporte as tendências marxistas, possibilitando o questionamento das perspectivas profissionais até então presentes na profissão.

Em 1993 um novo Código de Ética Profissional do assistente social é publicado e é possível verificar que os valores e os compromissos éticos da profissão, como a liberdade, a defesa dos direitos humanos, a ampliação e consolidação da cidadania, estão em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, dessa forma torna-se possível o processo de ruptura do conservadorismo, fazendo da busca de garantia dos direitos uma realidade.

As ações dos assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde mental, são determinadas por etapas: o cuidado ao indivíduo, desde o planejamento e execução de ações de prevenção, até o acolhimento, a reabilitação e a reinserção social do mesmo a comunidade.

Conforme GUIMARÃES, 2013, os profissionais assistentes sociais inseridos no campo da Saúde Mental, seguem uma postura com base no Código de Ética profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da profissão, que se assemelham entre si em princípios e valores, na busca constante pelas melhorias dos serviços públicos, com propostas que contribuam com a cidadania, mantendo um olhar crítico sobre o usuário de Saúde Mental e seus familiares, e que se assemelham entre si em princípios e valores, na busca constante pelas melhorias dos serviços públicos

Conforme o CEFESS o Assistente Social, em razão daquilo que conhece e da experiência que tem, a sua atuação na equipe interdisciplinar é fundamental, pois contribui de forma enriquecedora e única no olhar “circular” e na intervenção “empática, acessível e resolutive” junto ao usuário, sujeito principal do atendimento multidisciplinar e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Amarante, 1998a, em 1978 e 1979, após o fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste Franco Basaglia vem ao Brasil. Conhecendo nosso antigo sistema manicomial, Basaglia, em pouco tempo, pôde fomentar de diversas formas o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, ao nos servir de referência, expondo suas experiências de luta na saúde mental, como demonstra a história da reforma italiana.

Inspirando pessoas por onde passou, Franco Basaglia conheceu o Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Seus discursos, baseados em sua vida e conhecimentos, guiaram militantes da luta no Brasil por melhores condições na saúde mental e direitos ao povo; uma importação de materiais e reflexões extremamente ricas.

Como nos relata Arbex, 2013, a visita de Basaglia ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena foi marcada pelo imenso impacto causado a ele próprio em decorrência das precárias e desumanas condições em que se encontravam os internos do manicômio. Basaglia ficou tão horrorizado com a realidade daquele manicômio que o comparou a um “campo de concentração nazista”. A partir dessa influência, a Reforma Psiquiátrica brasileira seguiu o seu caminho conduzido pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Tamanha influência que suas contribuições causaram, cabe a nós manter os ideais pelos quais Basaglia defendeu, reinventando e superando, a cada dia, nossa forma de pensar e agir em saúde mental, tornando-a mais inclusiva, sensível e de fácil acesso a todos.

A compreensão histórica do Serviço Social, nos faz compreender, o enfrentamento do Assistente Social frente as múltiplas expressões da Questão Social, com os desafios frente a Saúde Mental, onde o Assistente Social irá trabalhar a inserção e a reabilitação do usuário, em que na maioria dos casos, são pessoas em extrema vulnerabilidade social, e dentre os múltiplos desafios, à a inclusão dos usuários ao sistema para a viabilização dos direitos sociais.

### 3.2 CAMPOS DE JÚLIO: CONSOLIDAR AVANÇOS ENFRENTANDO DESAFIOS

Conforme a proposta da Reforma Psiquiátrica inclui Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura Assistidos, Cooperativas de Trabalho Protegido (economia solidária), Oficinas de Geração de Renda e residências terapêuticas, descentralizando e subdividindo em territórios o atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Mas como o perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Campos de Júlio não se enquadrava no perfil para a criação do CAPS, e a tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla e com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Por esta razão, o município de Campos de Júlio/MT, financiou a implantação e criação de uma Unidade de Atenção Psicossocial (UAPS), capacitada em manter o tratamento psiquiátrico acessível as populações vulneráveis, com atendimento e suporte de equipe multidisciplinar. E o município estava estruturado com equipes de Atenção Básica, e atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, as diretrizes estabelecidas pelas políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde, que visam ampliar e tornar mais eficazes as intervenções. O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com história de transtorno mental. E o município tem se destacado pelo papel



estratégico que vem desempenhando na inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Para compreender e pensar criticamente sobre este tema foi fundamental o estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social, ter sido realizado no ambiente da UAPS de Campos de Júlio/MT, pois foi uma experiência e um aprendizado, ímpar e muito enriquecedor.

A criação da UAPS-Unidade de Atenção Psicossocial, em 2013, foi motivada pela grande demanda de pacientes de Saúde Mental, apesar do tamanho do município à época de aproximadamente 6 mil habitantes, e a distância do serviço de referência que era o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Pontes e Lacerda/MT, distante 285 km.

O perfil econômico do município de Campos de Júlio, essencialmente agrícola, atrai pessoas de todas as regiões do país e até imigrantes, que estando distantes de seus núcleos familiares e de sua cultura, estão mais suscetíveis a apresentarem problemas relacionados ao uso e abuso do álcool e outras drogas, bem como o de transtornos mentais, em especial a depressão e a ansiedade.

Ainda, na época da criação, havia egressos das Comunidades Terapêuticas, de pacientes que não finalizam o tratamento e necessitavam de acompanhamento psicoterapêutico.

Por se tratar de instituição pública a criação se deu através da Resolução nº 03 de 20 de fevereiro de 2013 do Conselho Municipal de Saúde de Campos de Júlio, estando desde então inserida nos instrumentos de planejamento e gestão da Prefeitura Municipal de Campos de Júlio e da Secretaria Municipal de Saúde de Campos de Júlio: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal de Saúde (PMS) e Programação Anual de Saúde (PAS).

Além das atividades cotidianas da unidade (atendimento individual, em grupo, rodas de conversas e visitas domiciliares) desenvolve projetos próprios, e o principal deles é a Oficina Terapêutica – ReciclARTE: Um Novo Olhar, foi elaborado por: Cristian Eduardo Bonapaz e Fabiana Pegorer, e é um projeto de reabilitação psicossocial pela arteterapia, desenvolvido na UAPS- Unidade de Atenção Psicossocial Bem Viver, com o objetivo principal de incentivar a confecção de artesanatos com princípio a reciclagem, num Espaço terapêutico de socialização,

aprendizagem, recuperação e reinserção social, para desenvolvimento de habilidades e melhora das patologias individuais e realizado por equipe multiprofissional, e as atividades da Oficina Terapêutica também contribui para a geração de renda familiar dos usuários atendidos.

A reinserção e manutenção da pessoa portadora de sofrimento/transtorno mental em seu território de convivências, local de significados, afetos, onde se faz e mantém “os laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político de cidadãos” (NUNES et al, 2007, p.2380)

O atendimento ao público beneficiário, assim como pressupõe o SUS, é universal, sem distinção de qualquer critério como sexo, raça, idade ou religião, sendo que atualmente tem pacientes que vão de zero a 103 anos de idade.

Os pacientes atendidos na UAPS, tem acesso, mediante projeto terapêutico individual, aos serviços de: psicologia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia e oficinas terapêuticas na própria unidade; psiquiatria e ortopedia via Consórcio de Saúde.

O Serviço Social foi inserido na Saúde de Campos de Júlio em 2010, e seu papel na instituição é atuar no sentido de minimizar as expressões da questão social, contribuindo com a inserção social e familiar, bem como a ampliação de sua autonomia e na busca por seus direitos.

Quando observamos a cronologia da instituição percebemos a evolução e a transformação constante, de forma ascendente, do trabalho desenvolvido, bem como seu reconhecimento a nível municipal, estadual e federal.

É nesse contexto que a UAPS se fundamenta, buscando uma melhor qualidade de vida para seus pacientes, através de projetos e serviços inovadores que facilitam a integração do indivíduo com o meio social.

A descentralização e a autonomia conquistada por nosso município refletem positivamente na gestão, bem como na qualidade dos serviços.

Na tarefa da reabilitação psicossocial, contamos com uma série de recursos (afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e lazer) que integram a comunidade que o sujeito está inserido. É com essa noção de comunidade que a rede de atenção à saúde mental se justifica, tornando possível o olhar integral à saúde daquele que sofre psicicamente.

Sobre os desafios, nada se dá sem dificuldades, além do desafio da mudança efetiva do modelo de atenção à saúde mental no município, implica em

transformações culturais e emocionais da sociedade, e esse processo exige dos gestores uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, e a burocratização dos serviços externos depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

A UAPS é subfinanciada, ou seja, é mantida exclusivamente com recursos do município de Campos de Júlio, sem contrapartida estadual ou federal. Outra grande dificuldade que a unidade enfrenta, por vezes, é a falta de comprometimento dos profissionais da rede regionalizada quanto ao processo de contra referência dos pacientes, comprometendo desta forma o cuidado integral e prejudicando o tratamento.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa qualitativa de caráter descritivo e participativo, pois descreve fatos ocorridos durante as abordagens, ainda como aparato de pesquisa foi utilizado o diário de campo para os registros das mesmas. Para compreender e pensar criticamente sobre o tema foi essencial a preparação através de estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social, bem como, por ter sido realizado no ambiente da UAPS de Campos de Júlio/MT, e foi uma experiência e um aprendizado, ímpar e muito enriquecedor.

Além das atividades cotidianas da unidade (atendimento individual, em grupo, rodas de conversas e visitas domiciliares) desenvolve projetos próprios, e o principal deles é a Oficina Terapêutica. Para análise dos dados foram aplicadas as técnicas fatoriais como: “ mudança social nos grupos de análise, as relações desse grupo e ainda a psicologia social” para de fato obter análise concisa dos dados, o que facilitou para levantamento de gênero, idade e ainda mais informações sobre a identidade dos indivíduos que foram o objeto de pesquisa.

A problemática que justifica esta pesquisa, é saber se o objetivo principal de incentivar a confecção de artesanatos com princípio a reciclagem, num Espaço terapêutico de socialização, aprendizagem, recuperação e reinserção social, para desenvolvimento de habilidades e melhora das patologias individuais e realizado por equipe multiprofissional, e as atividades da Oficina Terapêutica também contribuem para a geração de renda familiar dos usuários atendidos e uma grande recuperação em sua saúde mental.

Essa pesquisa de cunho qualitativo teve como objetivo geral conhecer na prática se a Lei acontece onde o atendimento ao público beneficiário, assim como pressupõe o SUS, é universal, sem distinção de qualquer critério como sexo, raça, idade ou religião, sendo que atualmente tem pacientes que vão de zero a 103 anos de idade.

E com o estudo, obtivemos a resposta de que os pacientes atendidos na UAPS, tem acesso, mediante projeto terapêutico individual, aos serviços de: psicologia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia e oficinas terapêuticas na própria unidade; psiquiatria e ortopedia via Consórcio de Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Brasil na implementação de uma política de saúde mental levou a uma profunda transformação do sistema nacional de saúde mental e a muitas melhorias significativas, na acessibilidade, na equidade e qualidade dos cuidados dessa área. “A legislação dos países devem ajustar-se de modo que, a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais”. (Brasil, 2004, p.12).

Apesar de todos os progressos alcançados, permanecem ainda muitos desafios importantes, e só poderão ser enfrentados se for possível definir uma política centrada nas necessidades prioritárias, e um processo contínuo de luta pela construção e efetivação de direitos.

A realização deste estudo foi de grande importância, além do saber profissional, o amadurecimento intelectual foi primordial, pois através das pesquisas da história, pode-se aprofundar os conhecimentos teóricos, e assim, aproximar mais da realidade encontrada no trabalho, e conhecer todo um histórico de lutas da sociedade brasileira em busca do direito universal à saúde mental.

Na graduação de Serviço Social, e no trabalho de conclusão de curso, foi possível ver a grandeza que essa profissão é, a qual envolve ação, reflexão e reflexão e ação e percorre os diferentes níveis de apreensão e dimensões da vida, mexendo com a razão, a emoção, os valores, as crenças, a criatividade, entre outras, mas deve-se manter crítico, reflexivo e interventivo. Um profissional que saiba fazer uma leitura da realidade e que a interpreta com coerência, respeito e verdade.

No Serviço Social e suas exigências da atualidade, é necessário pensar uma formação que consiga dar respostas às demandas provenientes da “questão social” que é objeto da intervenção profissional.

Além há a necessidade real de qualificar, capacitar, educar continuamente as pessoas que trabalham na saúde, e faz-se necessário construir espaços políticos coletivos de reflexões e iniciativas sobre as condições e a organização as relações intersubjetivas, do trabalho.

Novos desafios são inseridos no dia a dia de trabalho do Serviço Social que se vê repleto de contradições, na qual o sistema capitalista e os avanços do neoliberalismo impõem limites à prática profissional e aos usuários do serviço que tem acesso aos seus direitos de forma precária, e o assistente social é desafiado não só em seu exercício profissional, mas em sua coragem e capacidade de negação dessa

burocratização perversa, é desafiado a lutar por direitos, por melhores condições de trabalho e de vida.

No projeto ético-político e no Código de Ética do Assistente Social, um dos compromissos é com a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários, no sentido de seu fortalecimento como sujeito, individual e coletivo. Assim, é necessário que este profissional desenvolva um cenário capaz de mostrar a sua importância e a sua contribuição na construção do processo que se refere à organização política quanto ao acesso aos bens e serviços, como status de existência. Hoje, manter serviços de qualidade, nesse contexto, requer uma grande resistência. Trata-se de um desafio permanecer firme na luta pela defesa dos direitos sociais, cabe ao Assistente Social, porém, ir além dos objetivos institucionais e enfrentar esses desafios que se colocam na sua realidade de trabalho, pois o Assistente Social tem como um de seus princípios, proposto pelo Código de Ética profissional, a busca pela garantia e consolidação dos direitos das pessoas.

Por fim, “O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários. (IAMAMOTO, 2005).

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. 1998a. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

\_\_\_\_\_. Rumo ao fim dos manicômios: Editora Fiocruz, 2006.

AMSTALDEN, Ana. PASSOS, Eduardo. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental**. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/VPC/reforma.html>>. Acesso em: 10 maio 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**– 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de (1839-1908) em *O Alienista*.

BASÁGLIA, F. 1985. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro, Ed. Graal.

\_\_\_\_\_. a "negação da psiquiatria" como discurso e prática hegemônicos sobre a loucura. 1978.

BIRMAN, J. *A psiquiatria e o discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007, P. 25

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: . Acesso em: 20 maio 2010.  
**Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília – DF, 2006.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **“Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”**. In: **Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília. DF. 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>.

\_\_\_\_\_. Legislação Informatizada - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 - Publicação Original. 2001.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. “**Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**”. In: **Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília. DF. 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Editora MS, 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005). **Reforma psiquiátrica e Tutela à saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministro de Estado da Saúde. **PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000**

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Institui a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011(\*). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 13 nov. 2016.

CARDOSO, P. F. G. **Ética e Projetos Profissionais: os diferentes caminhos do Serviço Social no Brasil**. Campinas, SP: Papel Social, 2013, p.225. [ [Links](#) ]

CAVALCANTI, Maria Tavares, diretora do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

CFESS. **Atuação dos Assistentes Sociais no Sociojurídico: Subsídios para reflexão**. Brasília – DF, 2014.

ELIA, Francisco Carlos da Fonseca. **Doença mental e cidade: o Hospício de Pedro II**. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1996, p. 167



ENGEL, M. G. 2001. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

FEITOSA, L.; ROSA, L. C. Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios. *Sociedade em Debate*, Pelotas, EDUCAT, n. 38, p. 135-152, 2008.

FOUCAULT M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. História da loucura na idade clássica, p.133. Trad. J. T. Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2005b.

\_\_\_\_\_. 1961, p.48; História da loucura na idade clássica. São Paulo, Perspectiva

\_\_\_\_\_. Microfísica do poder. Tradução de R. C. M. Machado. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004

\_\_\_\_\_. Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2000.

\_\_\_\_\_. 1991 Vigiar E Punir: O Nascimento Das Prisões - 1st Part

FREITAS, José Hamilton Araújo. A sexualidade da pessoa portadora de deficiência mental e a presunção de violência do direito penal brasileiro. 2000. P.13

GUIMARÃES, S. J. Serviço Social e saúde mental. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas - O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação, 2013, São Luís. Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2013. v. 1. p. 1-9.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. São Paulo, Cortez, 2005. P.55

\_\_\_\_\_. Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992. [ [Links](#) ]

\_\_\_\_\_. Renovação e conservadorismo no serviço social. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. De. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço uma interpretação histórico-metodológica**. 4. ed. São Paulo/Lima: Cortez/Celats, 1985.

MARX, Karl. **Mercadoria e moeda**. In: Capital. São Paulo. Editora: Conrad Editora do Brasil, 2004.

MATTOS, Virgílio de. *Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. 01 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2006

NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. **Editora: Cortês, 1992**

\_\_\_\_\_. Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NUNES, M. et al. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, RJ. Out, 2007; 23(10): 2375-2384.

ODA, A. M. G. R.; DALGARRONDO, P. 2005. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, 12 (3): 983-1010).

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. 2005. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Jan./Mar. 10 (1): 191-203.

PASSOS, I. C. F. 2009a. *Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte, Argvmentvm Editora

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, 40 2007. Ed. Vozes.

\_\_\_\_\_. 2007, p.38. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes.

SAMPAIO, José Jackson, 1988, Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Rio de Janeiro

SILVA FILHO, J.F. (2001). A medicina, a psiquiatria e a doença mental. Em: S.A. Tundis & N.R.Costa (Orgs.). *Cidadania e loucura – políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes.

SILVEIRA, Nice; A cena faz parte do filme *Nise – O Coração da Loucura* (2015)

Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2000, p. 17.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 2000

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000, P. 193

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. 6ª ed. São Paulo: Cortez 2009

VENÂNCIO, A. T. A. 2007. Sobre a desinstitucionalização psiquiátrica: história e perspectivas. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, 14 (4): 1415-1420.

VIETTA, Edna Paciência; KODATO, Sérgio; FURLAN, Reinaldo. **Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 97-103, 2001.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. p. 208