



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**GERSON ALVES DA SILVA**

**POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO  
DA SAÚDE MENTAL.**

**CAMPINA GRANDE- PB**

**2018**

**GERSON ALVES DA SILVA**

**POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO  
DA SAÚDE MENTAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento as exigências para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora prof.<sup>a</sup> Ms. Lúcia Maria Patriota.

**CAMPINA GRANDE- PB**

**2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva, Gerson Alves da.  
Possibilidades e desafios para o Serviço Social no campo da saúde mental [manuscrito] : / Gerson Alves da Silva. - 2018.  
26 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

"Orientação : Profa. Ma. Lúcia Maria Patriota ,  
Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Serviço social. 2. Saúde mental. 3. Reforma psiquiátrica.

I. Título

21. ed. CDD 362.2

## PARECER FINAL

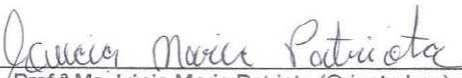
A banca examinadora instituída de acordo com a *Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da UEPB*, após a defesa seguida de uma análise do artigo apresentado resolve considerá-lo satisfatório, atribuindo ao aluno  
NOTA \_\_\_\_\_.

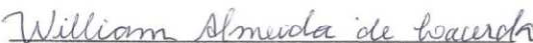
Aluno: GERSON ALVES DA SILVA

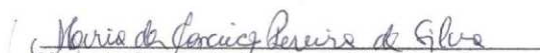
Artigo: **Possibilidades e desafios para o serviço social no campo da saúde mental.**

Data de Defesa: 11/07/2018.

## BANCA EXAMINADORA

  
Prof.ª Ms. Lúcia Maria Patriota (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
Mestre em Saúde Coletiva

  
Prof.º Ms. William Almeida de Lacerda (Examinador)  
Faculdade Integrada de Patos (FIP)  
Mestre em Ciências da Sociedade

  
Maria da Conceição Pereira da Silva (Examinadora)  
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS  
Assistente Social

Dedico este trabalho a minha mãe, Doralice por ter me concebido a vida; a minha amada esposa Adilsa Marinho, pela cumplicidade e estímulo; e aos meus filhos Samuel e Sarah, pela compreensão e paciência durante o processo de construção deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus pela oportunidade de me ter conduzido até aqui com retidão e obediência aos seus preceitos, conforme está escrito: “O sábio ouvirá e crescerá em conhecimento, e o entendido adquirirá sábios conselhos” (Provérbios 1:5).

Agradeço a todos os meus familiares, em especial minha amada esposa, Adilsa Marinho, pelo incentivo e força nos momentos mais difíceis dessa jornada que partilhamos juntos, exaltando a sua paciência e a dos nossos filhos Sarah e Samuel durante essa etapa de minha vida, da qual colhemos hoje os bons frutos da dedicação e sacrifício.

Agradeço à Universidade Estadual da Paraíba, por ter me proporcionado o amadurecimento intelectual e pessoal que levarei por toda a minha vida.

Também, não poderia esquecer alguns mestres do Departamento de Serviço Social, como William Almeida de Lacerda e Lúcia Maria Patriota, que marcaram significativamente minha trajetória acadêmica, não só como exímios mestres, mas também como excelentes amigos.

E aos colegas e amigos de curso que durante esse período representaram a minha segunda família; agradeço pelos momentos que vivenciamos juntos, aprendendo e compartilhando experiências que em muito contribuíram para meu crescimento como ser humano.

Grato à vida, por ter me proporcionado esplendorosas experiências; meu mais sincero obrigado

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. CONCEPÇÕES SOBRE A LOUCURA .....</b>	<b>7</b>
<b>3. A POLÍTICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....</b>	<b>10</b>
<b>4. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....</b>	<b>15</b>
<b>5. O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 A Reforma Psiquiátrica e os desafios para o Serviço Social .....</b>	<b>20</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.

Gerson Alves da Silva <sup>1</sup>

### RESUMO

As mudanças paradigmáticas ocorridas no campo da saúde mental vêm apresentando grandes desafios para a atuação dos profissionais da área, incluindo os assistentes sociais que encontram na saúde mental um importante espaço sócio-ocupacional. A área da saúde mental se apresenta como um campo fértil e repleto de possibilidades para o desenvolvimento de práticas profissionais comprometidas com a construção da cidadania dos portadores de transtornos mentais. Diante disso, o presente artigo, de natureza bibliográfica, tem por objetivo geral refletir sobre a interlocução do serviço social com o campo da saúde mental e como objetivos específicos apresentar as diferentes percepções de loucura; evidenciar como se constituiu a política de saúde e saúde mental no país; demonstrar como se deu o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. Ao qual imponhem desafios para o serviço social no campo da saúde mental, mas também oferecesse várias possibilidades para assistentes sociais, contribuírem com toda riqueza do seu saber no processo de reconstrução da vida dos portadores de transtornos mentais.

PALAVRAS CHAVES: 1. Serviço Social; 2. Saúde Mental; 3. Reforma Psiquiátrica.

### 1. INTRODUÇÃO

O campo da saúde mental vem sendo marcado por importantes transformações impulsionadas pelo processo de reforma psiquiátrica que propõe a construção de um novo modelo de cuidado substitutivo ao modelo asilar. Todo esse processo objetiva possibilitar que os portadores de transtornos mentais alcancem melhores condições de vida, por meio da prestação de um conjunto de ações que estimule sua autonomia e o exercício de suas funções pessoais e sociais.

A presença e contribuição do profissional de serviço social nesse processo de reconstrução da vida familiar e social dos portadores de transtorno mental, conforme previsto nos ideais da reforma psiquiátrica é de extrema importância e encontra respaldo no projeto ético-político e profissional do serviço social que tem como alvo

---

<sup>1</sup> Aluno de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – campus I.



a luta pelos direitos, a cidadania, a defesa da liberdade e a recusa a toda forma de discriminação e preconceito. Os portadores de transtornos mentais são, não exclusivamente, mas em sua grande maioria, vítimas de exclusão e discriminação, além de experimentarem condições de miséria e pobreza imposta pela sociedade capitalista.

Dessa forma, o presente artigo tem por objetivo geral refletir sobre a interlocução do serviço social com o campo da saúde mental e como objetivos específicos apresentar as diferentes percepções de loucura; evidenciar como se constituiu a política de saúde e saúde mental no país; demonstrar como se deu o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil e desafios que coloca para o serviço social.

Para estruturação e desenvolvimento desse trabalho recorreremos a pesquisa bibliográfica, que se deu a partir de leituras dos principais autores que abordam a temática em questão a exemplo de Amarante (2003), Bisneto (2007) e Vasconcelos (2010), dentre outros.

Cabe aqui o registro de que a escolha/motivação pelo objeto em foco decorre de nossa inserção como técnico administrativo em um serviço substitutivo. Tal inserção suscitou o interesse pela a temática da saúde mental e, especificamente, pela interlocução do serviço social na respectiva área.

O estudo encontra-se dividido em quatro itens e um sub-item a saber: no primeiro item trazemos um breve histórico sobre as várias concepções construída socialmente em relação ao fenômeno da loucura; no segundo tratamos da construção histórica da política de saúde e saúde mental no Brasil; no terceiro demarcamos as principais fases no processo de construção da reforma psiquiátrica; no penúltimo item, contextualizamos a inserção do assistente social no campo da saúde mental; e para finalizamos trazemos a luz alguns dos desafios que se colocam para o serviço social na saúde mental com a emergência da Reforma Psiquiátrica brasileira e do neoliberalismo. Por fim apresentamos nossas considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas.

## **2. CONCEPÇÕES SOBRE A LOUCURA.**

A humanidade convive com o fenômeno da loucura há milênios, construindo diferentes percepções sobre a mesma ao longo da sua história. Na Grécia Antiga, a loucura possuía um caráter mitológico, sendo considerada uma manifestação divina. Os gregos acreditavam que os deuses se apossavam dos indivíduos loucos para revelarem suas vontades. Dessa forma, os loucos representavam uma espécie de mensageiro das divindades, que podiam circular livremente expressando sua loucura.

Com a ascensão da Igreja na Era Medieval, a loucura adquire status de manifestação demoníaca, compreendida como um castigo de Deus diante das faltas morais e pecados cometidos pelos homens. Nesse período, os loucos passaram a ser considerados hereges e malignos e deveriam ser exorcizados ou queimados pela Santa Inquisição, sob a acusação de serem bruxos ou estarem possuídos pelo demônio (VENÂNCIO, 2003).

A partir do século XVI, a concepção de loucura associada ao sobrenatural foi perdendo sentido em consequência da ascensão do pensamento racional cartesiano, que desperta na emergente sociedade burguesa o privilégio pela razão, causando assim, uma ruptura na relação razão/loucura, onde a loucura passa a significar uma falta de razão ou desrazão (FOUCAULT, 1978).

Os séculos XVI e XVII marcaram a transição do capital mercantil para o industrial, proporcionando a estruturação do Estado, a industrialização e a urbanização (AMARANTES 2003). Porém, havia a necessidade dos Estados monárquicos, atrelados aos interesses burgueses, oferecerem respostas ao agravamento da questão social, refletida pela pobreza e miséria que se alastravam pelas cidades europeias da época.

Como medida de enfrentamento à loucura, foi fundado na França, em 1656, o Hospital Geral de Paris, bem como outros estabelecimentos de internação que posteriormente se disseminaram pela Europa, ocupando os espaços vazios deixados pelos antigos leprosários medievais. Essas instituições surgem com o propósito de promover a higienização do espaço social, por meio do confinamento e exclusão arbitrária de indivíduos considerados preguiçosos e improdutivos para o trabalho. Esse período foi chamado por Foucault (1975) de a Grande Internação.

Nos meados do século XVII, bruscas mudanças: o mundo da loucura vai torna-se o mundo da exclusão [...] Criam-se (e isto em toda

Europa) estabelecimentos para internação que não são simples destinados a receberem os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros [...] encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda a espécie, pessoas a quem a família real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração (FOUCAULT, 1975, p.54-55).

A função social dessas instituições era prestar assistência e ao mesmo tempo reprimir para manter o controle social da miséria. Em pouco tempo esses lugares transformaram-se em verdadeiros depósitos sequestradores de vidas humanas, onde as pessoas viviam aglutinadas em condições subumanas, sofrendo maus tratos e obrigadas ao trabalho forçado. Os loucos eram tratados como animais, por não haver ainda o reconhecimento destes como pessoas doentes.

Esta forma de enfrentamento da loucura baseada na exclusão social arrastou-se até o século XVIII, quando entra em declínio em razão das revoluções burguesas (Revolução Francesa e Revolução Industrial) que provocaram profundas mudanças políticas, sociais e econômicas na Europa. A sociedade influenciada pelos ideais iluministas de liberdade, enquanto um dos pilares fundantes da concepção de cidadania, passou a exigir a abolição das medidas de aprisionamento compulsório (FOUCAULT, 1975).

Nesse contexto tem início o processo de libertação dos encarcerados, com exceção dos loucos que permaneceram presos, por ainda representarem uma ameaça perigosa para a família e para sociedade burguesa. O entendimento ainda predominante era o de que só a internação seria capaz de recuperar a razão e conseqüentemente a condição social do louco. Dessa forma, surge os manicômios como lugares destinados exclusivamente ao tratamento dos indivíduos loucos.

Por volta da segunda metade do século XVIII, a psiquiatria apropriou-se da loucura e a classificou como doença mental, causando o aparecimento de diversas formas de tratamento. Destaca-se nesse período o trabalho do médico Philippe Pinel, considerado o “pai da psiquiatria”, por introduzir uma nova maneira de lidar com a loucura, libertando os loucos das correntes e destinando-os ao tratamento em manicômios (AMARANTE, 2003).

O tratamento “moral” proposto por ele consistia numa espécie de adestramento da loucura, baseada na reeducação das condutas, no respeito as regras e no desencorajamento das atitudes indesejáveis. Acreditava-se que tanto a rigidez disciplinadora do médico como da instituição seria capaz de recuperar o indivíduo louco. Mas, no transcorrer do século XIX, a aplicação do seu método transformou-se em práticas institucionais violentas, torturantes e desumanas (AMARANTE, 2003).

No início do século XX a psiquiatria passa a ser influenciada pelos avanços alcançados pelas descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia. As teorias organicistas acabaram promovendo uma mudança na concepção de loucura: antes tida apenas como doença moral, passou a ser também associada a causas orgânicas. Apesar disso, as técnicas de tratamento utilizadas pela nova corrente não abriam mão das práticas institucionais da camisa de força, choques elétricos, banhos frios, sangrias, chicotadas, cadeiras giratórias e etc. (AMARANTE, 2003).

Em meados do século XX, surgiu na Itália um movimento que impôs severas críticas à forma de lidar com a loucura. Liderada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, o movimento de luta Antimanicomial tinha como bandeira o resgate da cidadania e a defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Os impactos causados por essa nova perspectiva de lidar com a loucura acabaram modificando o saber, o tratamento e as instituições psiquiátricas por todo mundo, e em especial no Brasil principalmente a partir do final dos anos 1970 com o Movimento de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2003).

### **3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL.**

A assistência médica prestada à população brasileira até o século XVIII resumia-se às ações filantrópicas e caritativas oferecidas aos pobres, velhos, órfãos e mendigos pelas Santas Casas de Misericórdia e por outras instituições de caridade. A loucura durante esse período, não representava uma ameaça social (RESENDE, 2001) e quando acometia os mais abastados estes eram tratados em domicílio ou enviados a Europa, enquanto os loucos pobres viviam diluídos na

imensidão do território nacional, sem nenhuma perspectiva de tratamento (TUNDIS,1987).

No século XIX, o país vivenciou um intenso processo de urbanização das cidades, dentre elas a do Rio de Janeiro. Nessa época, as epidemias assolavam a sociedade, constituindo-se num grave problema de saúde que ameaçava inclusive os interesses políticos e econômicos da burguesia nacional. Em decorrência desse quadro, o governo instituiu ações de “saneamento” que proibiam a circulação de doentes, mendigos, vadios e loucos nas regiões portuárias. O impedimento dos loucos transitarem livremente, associado aos maus-tratos sofridos nas prisões, motivou a criação do primeiro hospício público do país, na cidade do Rio de Janeiro, em 1852, o qual recebeu o nome de Hospício Pedro II, em homenagem ao Imperador (MACHADO, 1978).

Nos anos subsequentes, foram criadas em diversas províncias, outras instituições com a mesma finalidade. No entanto, vale destacar que essas medidas de remoção e exclusão desses indivíduos do espaço social, ainda não poderia configurar-se como uma política de saúde mental tendo em vista que:

A questão social como uma preocupação central do Estado, só se confirma a partir do século XX. A psiquiatria do século XIX cabia recolher e excluir. No século seguinte, além da remoção e exclusão, havia uma indicação clínica, o tratamento moral (SILVA, BARROS E OLIVEIRA, 2002, p. 4).

Cabe também destacar que foram criadas as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, em 1890, as quais foram anexadas ao Hospício Pedro II como meio de tentar amenizar os problemas de superlotação por ele enfrentado. Seguindo essa política Juliano Moreira assumiu a direção do Hospício e da Assistência aos Alienados, e a frente destes órgãos promoveu a expansão de dezenas de colônias agrícolas pelo país a fora.

O Estado brasileiro adentra o século XX esboçando preocupação com o quadro apresentado pela saúde pública e decretou várias medidas estatais (políticas sociais) para tentar debelar as epidemias e enfrentar a loucura (LUZ, 1991). Sob o comando de Oswaldo Cruz, foi instaurado no país o modelo de intervenção estatal sanitária, pautado na centralização, clientelismo, autoritarismo e populismo, próprios de um aparelhamento estatal fundado nos interesses da burguesia oligárquica.

Seguindo os ideais republicanos, ele também propôs a modernização do Hospício, substituindo o modelo de orientação da psiquiatria francesa, que até então vinha influenciando os hospícios brasileiros, pela psiquiatria alemã. Esse fato refletiu diretamente na discussão etiológica da doença mental, que passou a ser explicada pelo biologismo e outros aspectos, como étnicos, éticos, políticos e ideológicos, o que transformou a psiquiatria num mecanismo de dominação e manutenção da ordem social estabelecida que se consolidou através da promulgação da Lei Federal nº 1.132/1903, que reorganiza a assistência aos alienados e torna-se a única autoridade para tratar da loucura no território nacional (AMARANTE, 1994).

De acordo com Resende (2001), a tarefa comum da saúde pública (prevenção de epidemias) e da psiquiatria, era sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha dos cortiços e favelas que acabavam infectando as ruas da cidade com desocupados, maltrapilhos e doentes, cabendo, então, a Juliano Moreira, a função peculiar de recolher das ruas as “sobras”, juntá-las no asilo e, se possível, recuperá-las.

Assim, a política sanitária e intervencionista estendeu-se até os anos 1920 e 1930, quando passou a vigorar no Brasil o benefício da saúde associado a algumas ocupações produtivas formais. Nessa conjuntura, a saúde passa a estruturar-se em grupos ocupacionais privados, através das Caixas de Aposentarias e Pensões (CAP's), que foram incorporadas por Getúlio Vargas e transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS). Vale ressaltar que a ideia do governo com essa política era impulsionar o desenvolvimento industrial, assegurando a manutenção da força de trabalho através da concessão da política social de saúde, contribuindo assim, para a surgimento de uma estrutura de saúde predominantemente fundada na atenção médica individual e na assistência hospitalar em detrimento de ações coletivas de promoção e proteção à saúde (BRAGA, 1986).

As décadas de 1940 e 1950 foram marcadas pela expansão dos grandes hospitais públicos em vários estados do país, patrocinados pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão ligado ao governo federal que estabeleceu convênios com os governos estaduais para a construção das grandes instituições. Nesse período, a psiquiatria ainda buscava afirma-se como especialidade médica e adotava os seus mais avançados instrumentos de tratamento como o choque

cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia (SAMPAIO, 1988).

Mesmo com a criação dos novos hospitais a situação da assistência psiquiátrica era caótica em razão da superlotação, falta de pessoal, maus tratos de pacientes e instituições similares aos piores presídios do país, as quais exerciam apenas a função social de excluir. Segundo Silva, Barros e Oliveira (2002), em razão disso a incorporação tardia da assistência psiquiátrica pública aos serviços dos (IAPS) somente ocorreu no final dos anos 1950 devido a:

[...] psiquiatria ainda não gozar do status científico das outras especialidades médicas, em virtude da ineficácia de seus tratamentos, da situação deplorável de seus hospitais e pelo fato de não dispor ainda de medicação específica, pois os neurolépticos só chegaram ao país em 1955 (SILVA, BARROS E OLIVEIRA 2002, p.5).

Embora hegemônico na psiquiatria brasileira, esta forma de tratamento baseado na segregação e cronificação dos pacientes, não era uma unanimidade absoluta entre os profissionais. Pois ainda em 1946 a médica psiquiatra Nise da Silveira já discordava da forma de tratamento utilizada pela psiquiatria tradicional. A frente do setor de Terapia Ocupacional do Hospital Psiquiátrico Nacional, ela introduziu um trabalho que revolucionou a maneira de tratar os doentes mentais, utilizando técnicas artísticas baseadas na pintura e no desenho como terapia de recuperação. Mas apesar do seu trabalho inovador que alcançou bons resultados com os usuários, esta proposta mostrou-se incipiente para promover a crítica as instituições objetivando substituí-las (VASCONCELOS, 2002).

Após o golpe de 1964, o governo militar implantou uma reforma institucional que privatizou a saúde através da contratação de instituições particulares para prestação de serviços de saúde à população. Esse favorecimento ao setor privado acabou criando as empresas médicas-industriais que patrocinaram um processo de medicalização em massa da sociedade. Conforme relata Amarante (2003):

O modelo de privatização do setor saúde, e não apenas no âmbito da saúde mental, assumiu tamanha dimensão que contribuiu significativamente no desencadeamento da crise institucional e financeira da previdência social, que teve lugar no início dos anos 80: em parte, pela grande quantidade de serviços comprados, em parte

pelas fraudes e irregularidades que a imprensa regularmente denunciava (AMARANTE, 2003, p. 38).

No âmbito da saúde mental, a prática implantada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi denominada “indústria da loucura” (BARROS, 1996), que registrava um aumento expressivo da oferta de leitos e de internações em instituições privadas, fortalecendo ainda mais o setor privado centrado no modelo asilar, que no período recebeu a maior parte dos recursos destinados ao setor.

Com o declínio do regime ditatorial na década de 70, os movimentos sociais rearticulam-se suas forças e passaram a exercer fortes pressões pela redemocratização do país. Nesse contexto, o movimento da reforma sanitária surge como parte integrante desse projeto maior, propondo mudança políticas, jurídicas, sociais e institucionais no setor da saúde (BRASIL, 2005). Destacamos nesse processo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através das leis Federais 8080/90 e 8142/90, os brasileiros passaram a dispor gratuitamente de um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos federais, estaduais, municipais e pela iniciativa privada em caráter complementar, conforme estabelecido na sessão Saúde da Constituição Federal de 1988, em seus Art. 196 a 200. (BRASIL, 1988, p. 55).

A atenção à saúde mental torna-se parte integrante dessa rede de serviços de saúde oferecidos pelo (SUS), que alinhada as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, estimula o progressivo deslocamento do centro do cuidado em saúde mental para fora do hospital, em direção à comunidade, e nesse processo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se em dispositivos estratégicos para a consolidação desse movimento (BRASIL, 2004).

Entretanto, na saúde, especificamente, inicia-se nos anos 1990 um processo de contrarreforma que vem se dando de forma sistemática no Brasil nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) e até o tempo presente. O fato é que a população brasileira, particularmente a classe trabalhadora, vem enfrentando a maior ofensiva da história deste país nos últimos tempos contra o conjunto das conquistas pós Constituição de 1988. Tal argumento pode ser evidenciado nas diversificadas e inúmeras medidas



tomadas, desde a posse de Michel Temer: aprovação de reforma trabalhista, aprovação de teto de gastos por 20 anos, encaminhamento de projeto de reforma da previdência social, entre outros.

Com o governo Temer, a contrarreforma do Estado brasileiro e precisamente da política de saúde entra em uma nova fase de explicitação do processo. Ainda em suas declarações iniciais, o ex-ministro da saúde Ricardo Barros afirmava abertamente à imprensa a necessidade de rever o tamanho do SUS. Tal estratégia é reveladora da direção das alterações impetradas pelo governo Temer e, ao mesmo tempo, do momento do Estado brasileiro e seus vínculos com o capital nacional e internacional. Ou seja, tal política de saúde mostra-se completamente antagônica ao projeto de reforma sanitária, ferindo de morte seus princípios basilares, principalmente três: a universalidade do acesso à saúde; a publicidade do direito à saúde; e o controle social (SOARES, 2018).

#### **4. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASILEIRA.**

O processo da reforma psiquiátrica brasileira é contemporâneo ao surgimento do movimento sanitário que exigia mudanças no modelo de atenção e gestão das práticas de saúde nos anos 1970, posicionando-se a favor da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Embora, paralelo à reforma sanitária, o movimento de reforma psiquiátrica no país assumiu sua própria identidade, enquanto parte de um processo de mudanças que vinha ocorrendo em diversos países do mundo, impulsionado pelo movimento que buscava superar a violência institucional praticada contra os portadores de transtornos mentais. Deste modo, a Reforma Psiquiátrica brasileira define-se como um:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião

pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

Para Vasconcelos (2010) o processo de constituição da reforma psiquiátrica pode ser apreendido a partir de quatro grandes fases que estão interligadas e demarcadas por diferentes períodos e importantes acontecimentos:

A primeira fase (1978-1992) que se caracteriza como um período de críticas inspiradas nas ideias de Franco Basaglia que condenava o modelo de assistência psiquiátrica centrada no confinamento dos pacientes em hospícios; tendo início com a mobilização social protagonizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), surgido em 1978, que passa a denunciar os abusos e a violência praticada contra os pacientes. Essa fase é marcada pela ocorrência, em 1987, de importantes eventos como a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a integração de diversos movimentos ao Movimento de luta Antimanicomial e as primeiras experiências de serviços alternativos baseado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado de São Paulo, além disso, em 1989 foram implantados os Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPs) no município de Santos-SP que posteriormente seriam reconhecidos como CAPS do tipo III.

A segunda fase (1992-2001) compreende o período de consolidação do Movimento de Luta Antimanicomial, adesão do Estado brasileiro as diretrizes norteadoras da Reforma Psiquiátrica inspiradas na proposta do modelo de desinstitucionalização italiano. Destaca-se, em 1992, a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. A partir dessa fase Brasil o reconhece e passa a financiar os novos serviços substitutivos ao modelo asilar. Importante registrar que é exatamente nesse período que o país incorpora a política de ajuste neoliberal.

A terceira fase (2001-2010) refere-se ao período de institucionalização do modelo reformador da rede serviços de atenção psicossocial através da aprovação da Lei 10.216/2001 de autoria do deputado Paulo Delgado. Aconteceu no período a III e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental; a ampliação da rede e a criação de novos serviços como os CAPSi, CAPS ad III, serviços residenciais e o Programa de Volta pra Casa. Os primeiros sinais de retrocesso produzidos pela adesão do país ao ideário neoliberal sobre as políticas sociais públicas tornam-se evidentes com a

precarização e privatização dos contratos de trabalho na rede de atenção psicossocial. Tal processo não é exclusivo da saúde mental, mas revela o direcionamento dado aos serviços e políticas públicas no contexto de contrarreforma do Estado.

A quarta fase desse processo (2010- aos dias atuais) representa um período de retrocessos e limitações agravados pela política de ajuste neoliberal e pela recessão econômica que afetou o mundo no final da década, o que contribuiu para o desfinanciamento das políticas sociais, em particular a da saúde pública representada pelo SUS; a disseminação do consumo de drogas principalmente do crack, e o despreparo da rede de atenção psicossocial em prestar uma assistência eficaz, gerando a possibilidade de abertura de um processo de limpeza urbana, com internações compulsórias e disseminação de comunidades terapêuticas de cunho filantrópico ou privado, baseadas no tratamento moral. Enfim, o período é marcado pela crise política e ética do sistema político brasileiro, sustentado pela corrupção sistêmica, que advogam a favor dos setores conservadores, pondo em risco eminente de retrocessos as conquistas alcançadas no setor da saúde mental (VASCONCELOS, 2010).

## **5. O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO SAÚDE MENTAL.**

O Serviço Social é uma profissão que se insere na divisão social do trabalho tendo como objeto de trabalho as múltiplas expressões da questão social, as quais se manifestam de acordo os espaços sócio ocupacionais dos assistentes sociais (IAMAMOTO, 2008).

A inserção do serviço social no campo da Saúde Mental brasileira ocorreu em 1946, quando os assistentes sociais passam a atuar nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), que eram instituições destinadas ao atendimento de crianças e jovens socialmente problemáticos. Nesses espaços eles executaram suas primeiras práticas baseadas no “Serviço Social Clínico” em que predominavam abordagem do tipo higienista junto as famílias, no intuito de adaptar os sujeitos ao meio social e a reforma moralizadora imposta pela sociedade capitalista urbana (VASCONCELOS 2002).

Nessa época, os assistentes sociais atuavam de forma assistencialista e acrítica influenciada pelo Serviço Social Norte-Americano, que buscava integrar teorias estruturais funcionalistas e metodologias de intervenção baseadas no Serviço Social de Caso, Grupo, Comunidade.

Em fins da década de 1940 e início dos anos 1950, os assistentes sociais formados nos primeiros cursos do país, foram incorporando-se gradativamente aos hospitais psiquiátricos estatais, onde passaram atuar como “porta de entrada e saída” das instituições. Geralmente ocupando posições de subordinação em relação aos médicos e a direção, na execução de tarefas burocráticas como levantamento de dados sociais, preparação de altas, elaboração de relatórios, atestados sociais, encaminhamentos, orientações para acessar benefícios sociais e etc. Além dessas demandas institucionais estes profissionais também atendiam as necessidades imediatas dos internos como fornecimento de roupas, cigarros, recursos financeiros e sociais (VASCONCELOS, 2002).

Assim, no geral, o padrão geral de práticas dessas equipes era nitidamente uniprofissional, subalterno, burocrático, superficial (sem poder se dedicar ao estudo e intervenção mais complexa de casos ou a intervenções familiares, grupais e comunitárias) e, em alguns casos assistencialista (VASCONCELOS, 2002, p.187).

Esse modelo de prática profissional adotado pelo serviço social nos hospícios além de atender os interesses funcionais do Estado capitalista, também contribuíam para legitimação da medicina tradicional dos saberes “psi”, ao reproduzirem uma concepção prática que desconsiderava as interligações entre o sofrimento dos sujeitos e sua patologia com os contextos macroestruturais que perpassa todas as intervenções, tais como os econômicos, sociais, históricos, etc. Dessa forma a profissão assumia uma perspectiva prática tecnicista, empiricista e pragmática.

Após o golpe militar de 1964, os governos ditatoriais implementaram reformas para modernizar a saúde e a Previdência Social, fato que provocou uma divisão nos serviços de assistência psiquiátrica brasileiro. De um lado destinou os asilos públicos a população indigente sem vínculo empregatício, do outro criou-se a rede privada de serviços voltada para o atendimento dos trabalhadores contribuintes da previdência e seus dependentes (BISNETO, 2007).

Com a implementação dessa política adotada pelo Instituto Nacional Previdência Social (INPS), o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos das

instituições conveniadas para atender a nova demanda, o que transformou a loucura numa mercadoria rentável para os empresários que rapidamente expandiram a rede de instituições psiquiátricas por todo país, abrindo as portas do mercado de trabalho para os Assistentes Sociais no setor.

Uma grande quantidade de assistentes sociais passou a trabalhar na saúde mental por demanda do governo da ditadura, para legitimá-lo através de políticas sociais dúbias no atendimento ao trabalhador e para abafar as contradições no sistema manicomial, mais sem o apoio de referenciais teóricos para guiar a profissão, caindo a atuação numa definição prática e teórica (BISNETO 2007, p.43).

Entretanto, a efetivação do serviço social no setor psiquiátrico aconteceu na década de 1970, quando o INPS passa a exigir equipes multiprofissionais nestas instituições e dentre os profissionais que a compõe, o assistente social. Com isso, a profissão combinava a tradição do serviço social clínico baseada no modelo porta de entrada e saída com a influência da psiquiatria social para tentar minimizar as contradições expostas pelo sistema capitalista e legitimar os saberes “psi” que não conseguiam dar conta das demandas socioeconômicas trazidas pelos usuários. O serviço social apresentava-se para o Regime Ditatorial como sendo executor terminal de políticas sociais na área de saúde mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda para as elites para atender aos necessitados. (BISNETO, 2007).

Vale ressaltar, que desde a década 1960, o Serviço Social Latino Americano vivenciava o Movimento de Reconceituação que representaria para a categoria:

[...] um marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente [...]. Dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ideológicos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi (IAMAMOTO, 2015, p.206).

Sob a influência do Movimento Reconceituação, o serviço social brasileiro passa a contestar o tradicionalismo profissional, tentando alinha-se a perspectivas práticas mais comprometidas com o projeto social dos trabalhadores. Assim, durante as décadas de 1960 e 1970 a categoria organiza-se para debater as questões que perpassavam o âmbito da profissão.

Nesse sentido, a reflexão profissional desenvolveu-se em três direções distintas: perspectiva modernizadora, que buscava adequar o Serviço Social às exigências sócio-políticas do período ditatorial, inserindo os valores e concepções “tradicionais” em uma nova teoria e metodologia; a perspectiva de reatualização do conservadorismo, que teve como base teórico-metodológica a fenomenologia, buscando fundamentar o exercício do Serviço Social na ajuda psicossocial; e a perspectiva de intenção de ruptura, que buscava romper com o pensamento conservador e com o reformismo, recorrendo à tradição marxista. Esse processo de renovação foi um movimento cumulativo, com diferentes momentos de dominância teórico-cultural e ideopolítica, que se entrecruzaram e se sobrepunham (NETTO, 2010).

Somente a partir da década de 1980, com a crise do Regime Ditatorial e a ascensão da classe trabalhadora ao cenário político, foi possível que o serviço social estabelecesse vínculo com a vertente Intenção de Ruptura, que se transformou na principal interlocutora dos assistentes sociais, pois até então, os seus princípios norteadores progressistas confrontavam-se com a ordem no plano teórico, cultural, profissional e político. Sendo que com o avanço da maturidade intelectual e teórica dessa perspectiva e sua aproximação com as ciências sociais, o serviço social alcançou seus fundamentos teórico-metodológico, técnicos-operativos e ético-político para atuar criticamente na realidade brasileira (NETTO, 2010).

Paralelo a todo esse processo tem-se o avanço do movimento de Reforma Psiquiátrica no país e o Serviço Social, apresenta-se como profissão indispensável ao processo de desinstitucionalização, que objetiva a busca pela garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, a partir da substituição de antigos modelos manicomiais por instituições inovadoras que possibilitem um atendimento humanizado e esteja voltado para a efetivação de direitos das pessoas com transtornos mentais.

Durante a década 1990, o Serviço Social foi consolidando-se no campo da saúde mental como uma profissão legitimada por princípios de um projeto ético-político profissional que alinha-se aos princípios defendidos pela Reforma psiquiátrica, que impulsionou um processo de contratação de um grande número de assistentes sociais para atuarem nas equipes dos novos serviços substitutivos que fora sendo criados, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), as Residências Terapêuticas (BISNETO, 2007).

Os serviços substitutivos, fruto da Reforma Psiquiátrica, têm requerido um maior número de profissionais de Serviço Social em relação aos serviços de internações, o que tem ampliado a contratação de assistentes sociais desde o ano de 1990 na saúde mental se assimilando a “onda” de contratação produzida nos anos 1970 com a resolução do INPS (BISNETO, 2007. p. 38).

Porém, paralelamente a esse processo de expansão da profissão, o Estado brasileiro adotou a política de ajuste neoliberal o que, segundo Robaina (2010), acaba produzindo enormes desafios à contribuição do Serviço Social neste campo. O enfrentamento dessa nova configuração desafiadora que se instituiu com a Reforma Psiquiátrica passa a exigir dos assistentes sociais um fazer profissional amparado pelo Código de Ética Profissional, pela Lei de Regulamentação e pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (PEREIRA; GUIMARÃES, 2013).

### **5.1 A Reforma Psiquiátrica e os desafios para o Serviço Social.**

A atuação do assistente social na Saúde Mental é multideterminada pelo entrelaçamento de forças que se enfrentam no contexto macrosocietário, estabelecendo relações que recaem sobre as políticas sociais públicas, delimitando as fronteiras e imprimindo as diretrizes norteadoras dos serviços a serem implementados. Assim, a atuação do serviço social:

[...] está localizado na trama das relações loucura/exclusão/discriminação e política social/ políticas públicas, que vão se delineando e se particularizando no cotidiano da questão social. É nessa relação que se movimenta e realimenta o habitus profissional (dimensão subjetiva orientada pela formação) [...] e o campo socioprofissional (dimensão objetiva e estruturante) (MACHADO, 2009, p.43).

Há ainda de se considerar que a atuação dos assistentes sociais na saúde mental vai depender do tipo/modelo de instituição na qual o profissional está inserido e da direção do processo de trabalho institucional adotado. Se aquela pautada no

modelo asilar tradicional, onde os profissionais tendem a assumirem abordagens mais comprometidas com a legitimação do modelo biomédico, ou aquelas instituições que compõe o conjunto de novos serviços substitutivos instituídos pela Reforma Psiquiátrica, as quais favorecem processos de trabalho mais horizontais e abordagens psicossociais.

Assim, nas instituições denominadas “renovadas” (que correspondem aos serviços substitutivos) o serviço social apresenta mais possibilidades de atuação profissional, o que implica numa melhor intervenção junto as demandas apresentadas pelos usuários. Enquanto que nas chamadas instituições “tradicionais” (que correspondem aos ainda existentes hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas), este profissional passa a encontrar fatores limitantes no seu processo interventivo, que podem implicar negativamente nas respostas dadas aos usuários destes serviços, e até mesmo confronta-se com os objetivos propostos pelo seu Código de Ética Profissional (BISNETO, 2007).

Assim, verifica-se que apesar dos assistentes sociais estarem inseridos no mesmo campo sócio-ocupacional esses acabam sendo condicionados a atuarem de formas distintas, o que implica no surgimento de grandes desafios a serem enfrentados pela profissão.

O primeiro deles é apontado por Duarte (2007), que chama a atenção para a forte presença de processos de “hierarquização profissional” nas instituições, onde o saber médico se sobrepõe aos conhecimentos dos outros profissionais que compõe as equipes na prática do cuidado em saúde mental, sendo que nem mesmo os novos dispositivos técnico-assistenciais criados pela Reforma Psiquiátrica estão isentos de serem absorvidos, por essa velha lógica institucional. Ou seja, verifica-se que mesmo na atualidade a profissão ainda continua a reproduzir práticas de hierarquização e subordinação instituídas pela ordem médica, tanto nos velhos como nos novos serviços psiquiátricos.

De acordo como bisneto (2007) outro desafio que se apresenta neste cenário está relacionado ao denominado “objeto institucional”. Este objeto está ligado ao processo de tratamento dos pacientes destas instituições. Segundo o autor este objeto acaba se reduzindo ao processo de continuidade do tratamento. Entendemos que o assistente social, deve transpor os aspectos da doença apresentada pelo usuário da instituição, devendo analisar criticamente a realidade e as relações que



permeiam a sua vida, no seu contexto familiar, na comunidade, devendo intervir em todas as questões que estejam de acordo com suas competências profissionais. É preciso que os assistentes sociais estabeleçam relações de proximidade com os usuários, como pré-condição para propagar ações inovadoras que visem o reconhecimento e o atendimento das reais necessidades dos segmentos subalternos da sociedade (CFESS, 2010).

Ainda de acordo com Bisneto (2007), no contexto das instituições psiquiátricas atuais os assistentes desempenham ações com a finalidade de atender três objetivos:

- Necessidade de prestar atendimento à população - que consiste na atuação junto às situações que envolvem as pessoas com transtornos mentais no seu contexto de vida, englobando questões relacionadas a doença, a pobreza, as relações familiares.
- Necessidade de ressocializar os usuários - que objetiva a reintegração dos pacientes a suas famílias e a sociedade. Conforme o referido autor, nesse processo torna-se fundamental a capacitação do profissional em processos psicossociais, respeitando os limites e objetivos do Serviço Social.
- Necessidade institucionais de demanda de Serviço Social - que consiste na ação profissional do Assistente Social objetivando o atendimento das necessidades institucionais, como por exemplo aquelas voltadas para promover a redução de custos da instituição, através da racionalização dos leitos e administração da entrada e saída dos pacientes, favorecendo a lógica econômica institucionalizada principalmente pela direção dos hospitais psiquiátricos (BISNETO, 2007).

Assim, pode-se identificar outras demandas que não são privativas do assistente social, mas que lhes são imputadas pelas instituições como supostas demandas sociais que necessitam de intervenção profissional. Com isso, as instituições buscam viabilizar um meio de reduzir custos adicionais com a contratação de outros profissionais para realizar tais atividades. Esta ação, acaba revelando questões de ordem econômica e política que se intensifica com o modelo neoliberal e apoiada na justificativa da formação generalista do Assistente Social. De acordo com Bisneto:

[...] questões financeiras se tornam sociais, e da mesma forma os problemas legais. Questões de moradia e transporte também são

consideradas como sociais. No atendimento [...] do SUS não é obrigatório o trabalho profissional de economistas, advogados, contadores, urbanitários, administradores, entre outros. Muitos problemas contextuais caem nas mãos dos assistentes sociais. Na contratação de mão - de obra especializada, a lógica do capital não é otimizar os serviços, mas minimizar os custos (otimizar o lucro), não é dar mais empregos, mas reduzir a folha de pagamento. Sob essa visão, o Serviço Social executa várias ações de disciplinas diferentes por conta de sua 'generalidade social' (BISNETO, 2007, p.132).

As entidades de representação da categoria como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) vêm alertando para o avanço da política de ajuste neoliberal e seus rebatimentos nas instâncias de atuação dos assistentes sociais. Segundo o CFESS, nesse processo promove-se a precarização ampliada do trabalho, sendo o serviço social designado a amenizar a situação da pobreza que assola a classe trabalhadora. Diante dessa conjuntura desfavorável e desafiante é necessário que os profissionais possam:

[...] re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade. Essa discussão é parte dos rumos perseguidos pelo trabalho profissional contemporâneo (IAMAMOTO, 2015, p.75).

Para isso, os assistentes sociais devem estar apoiados nos documentos que lhes oferecem as bases e as diretrizes norteadoras do trabalho profissional tais como: os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde que indicam mecanismos que possibilitam a construção de propostas alternativas de atuação, o Código de Ética dos Assistentes Sociais que é o único da área da saúde que reconhece o indivíduo como sujeito portador de direitos, alinhando-se aos princípios defendidos pela Constituição Federal de 1988, e pela Reforma Sanitária, na luta em defesa de princípios e valores humanísticos, libertários, democráticos e igualitários. E no cumprimento das garantias constitucionais de acesso às políticas sociais, enquanto direito do cidadão e dever do Estado (VASCONCELOS, 2007).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância

com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p.19).

Nos serviços de saúde mental os assistentes sociais atuam junto a demandas desafiadoras, sobretudo no que diz respeito ao tratamento, acompanhamento, resgate da cidadania, inserção social e autonomia dos sujeitos e na busca da sua reabilitação. Para Silva:

[...] além da luta contra a violência exercida às pessoas com transtorno mental, também houve uma preocupação com o reconhecimento da diversidade desses sujeitos. Significa perceber nas pessoas com transtorno mental uma capacidade discursiva, narrativa, de produção de arte, de identidade que é potente. Ao construir uma forma de identificação com o coletivo, se oferece uma nova condição de possibilidade de saúde mental que é a da pessoa não se sentir constrangida por ser quem é, por ter um sofrimento mental, sua diversidade mental, mas ver nisso também uma das suas formas de identidade (SILVA, 2014, p.92).

Assim, cabe ressaltar a importância da atuação do profissional de serviço social nos processos que visem a eliminação das diversas formas de preconceito, conforme estabelecido no artigo VI do Código de Ética dos Assistentes Sociais, o qual trata do compromisso assumido pela categoria no empenho da eliminação de todas as formas de preconceito, como meio de promover o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão sobre as diferenças existentes no corpo social. (CFESS, 2011).

Vale ainda, salientar que a profissão exerce um papel fundamental no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, já que o projeto de Reforma Psiquiátrica se encontra entrelaçado com o projeto ético-político da profissão em seus valores mais gerais. Não é por acaso, como destaca Vasconcelos (2016), que o conjunto CFESS/CRESS têm atuado de forma conjunta e em permanente aliança nas principais lutas e mobilizações em torno da política de saúde mental.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

No campo da saúde mental as expressões da questão social revelam-se para além da doença, ou seja, abrange situações ligadas a vida e a existência das pessoas que sofrem transtornos mentais, sendo o assistente social o profissional capaz de entender essa dinâmica e contribuir para que essas pessoas se tornem sujeitos de sua própria história.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica vem transformando o campo da saúde mental ao implementar novas propostas no que se refere ao cuidado dos portadores de transtornos mentais, visando romper com a lógica de tratamento baseada no modelo asilar, possibilitando assim ao assistente social desenvolver ações que se relacionam com o projeto ético político profissão.

Entretanto, esse campo ainda é permeado por muitas ambiguidades que podem comprometer os objetivos tanto da Reforma Psiquiátrica como trair o mandato da profissão, pois, as armadilhas impostas pelos interesses institucionais que delimitam e focalizam as ações dos assistentes sociais no trato com as demandas de saúde mental, são ainda mais intensificadas em razão do avanço da política neoliberal.

Para enfrentar esses desafios na atual conjuntura, os assistentes sociais não devem reduzir seu papel apenas ao cumprimento dos objetivos institucionais, mas sim transpor para além deles, tendo em vista, sua capacidade reflexiva e crítica que lhe capacita a descortinar a realidade social na qual o usuário está inserido, identificando e intervindo em demandas que lhe são próprias, enquanto possibilidade de lutar pela garantia dos direitos dos usuários.

É importante também destacar, que a construção da Reforma Psiquiátrica nunca foi, e nunca será de responsabilidade apenas de uma profissão ou de um grupo social, mas de todas as forças que sejam capazes de contribuir com esse processo a exemplo dos familiares, usuários, profissionais e a sociedade civil como um todo. Que são constantemente chamados a empreender lutas não só a favor da Política de Saúde Mental, mas de todas as políticas sociais públicas.

## **SOCIAL SERVICE AND MENTAL HEALTH: PSYCHIATRIC REFORM AND CHALLENGES FOR SOCIAL SERVICE.**

### **ABSTRACT**

The paradigmatic changes in the field of mental health have revealed great challenges for the work of social workers, but it also presents itself as a fertile field full of possibilities for the development of professional practices committed to the construction of citizenship of people with mental disorders. Therefore, the present bibliographic study has as objective to reflect on the interlocution of the Social Service with the mental health field. Addressing some issues raised to the profession from the psychiatric reform and intensified with neoliberal politics. That demands from the social workers the daily exercise of their professional critical capacity to unveil the reality put in the field, thus contributing, so that the subjects affected by mental illnesses reach better living conditions and that the psychiatric reform is fully consolidated.

KEY WORDS: Social Work; Mental health; Psychiatric Reform; Neoliberalism.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org.); **Bases conceituais e históricas do campo da saúde**. In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/ FIOCRUZ, 2003;

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil**. In: Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003;

\_\_\_\_\_. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica** – Rio de janeiro: FIOCRUZ; 1994;

BARRO, S. **O louco a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem sub judice. São Paulo. (Doutorado) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996;

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009;

BRAGA J.C.S, PAULA S.G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005;

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do assistente social**. 10.ed. Brasília: CFESS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**.  
Brasília: CFESS, 2010.

DUARTE, M. J. O. **Por uma cartografia do cuidado em saúde mental**: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). Saúde e serviço social. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 150-164.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978;

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. Trad. Lilian Rose Shalders. Coleção Biblioteca Tempo Universitário. Vol. 11. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975;

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015

\_\_\_\_\_, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da "transição democrática" - anos 80**. Rio de Janeiro: Relumé/Dumará; 1991;

MACHADO, G. S. Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: **O trabalho dos Assistentes Sociais nas equipes dos CAPS**: in: VASCONCELOS, E. M (org). Abordagens Psicossociais, V.III: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Hucitec, 2009.

\_\_\_\_\_. **Danação da norma**. Rio de Janeiro: Graal; 1978;

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Serviço Social e Saúde**. Formação e Trabalho Profissional: Brasília; 2010.

PEREIRA, S. L. B.; GUIMARÃES, S. J. **Serviço social e saúde mental**. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação, 2013.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis, A. S., & Costa, N. R. do (Org.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**. nº. 102. São Paulo. 2010;

SAMPAIO, J. J. 1988. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ. Dissertação de Mestrado.

SILVA A.T.M.C, BARROS S, OLIVEIRA M.A.F. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil**: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Revista de Enfermagem, USP 2002; 36 (1): 4-9;

SILVA, C. A. B. Serviço social e saúde mental. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 11, 2014. p. 88-95.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. In: **Revista Argumentum**, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

TUDIS A.S; COSTA N.R. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ Abrasco; 1987;

VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: dialogo com o marxismo e com o serviço social. Campinas: Pape ISocial,2016.

\_\_\_\_\_. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura**: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, A.M. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.p. 48-76.

VENÂNCIO, Escola Politécnica de Saúde (org). **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.