

**CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL - UNINTER
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

BRENDA DE LIMA LOPES BELINO

RU: 2741548

**REFLEXÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**

CURITIBA

2022

BRENDA DE LIMA LOPES BELINO

**REFLEXÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, apresentado à disciplina e Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso - OTCC, do curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário Internacional UNINTER, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Prof. Juliana Rodrigues Galvão

CURITIBA

2022

BRENDA DE LIMA LOPES BELINO – RU: 2741548

**REFLEXÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, apresentado à disciplina de Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso - OTCC, do curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário Internacional UNINTER / Curitiba-PR, como requisito final para a obtenção do título de Bacharel.

Aprovado em: 15 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Professor 1 Mariana Patrício Richter Santos
Centro Universitário Internacional - UNINTER

Professor 2 Juliana Rodrigues Galvão
Centro Universitário Internacional - UNINTER

Eu dedico esse trabalho a cada periférico que foi criado por uma mãe solteira e cresceu em área de invasão e sentiu na pele todas as desigualdades que essa sociedade proporciona e que mesmo assim remou contra a maré e decidiu trilhar outro caminho dedico a cada favelado que contrariou as estatísticas e acreditou que seria possível.

AGRADECIMENTOS

Quando me perguntam sobre mim eu sempre repito que nasci numa família tradicional brasileira, mãe solteira, dois contra o mundo, cresci em área de invasão esquecida pelo Estado, desprovida de qualquer tipo de privilégio. Só quem vem de onde eu vim conseguir entender o peso de escolher estudar e trilhar um caminho árduo, mas não impossível.

E agora nesse processo final paro para refletir como foi meu processo até aqui e percebo que não seria possível sem atores principais que estiveram comigo nessa mudança gradual de construção do meu ser.

Por isso agradeço primeiramente ao movimento Hip Hop que foi responsável por instigar meu senso crítico e questionar essa sociedade desigual o que consequentemente me levou a escolha da minha profissão, as políticas públicas que me proporcionaram uma bolsa de estudo, a minha mãe que nunca desistiu de mim, aos meus irmãos que me apoiam e se mostram muito orgulhosos, ao meu padrasto que muitas vezes abdicou das suas vontades pessoais para me apoiar e ao meu companheiro que esteve presente no momento mais crucial dessa jornada e vem sendo meu pilar e por último e não menos importante a minha orientadora que me auxiliou na construção da minha pesquisa.

Um dos meus maiores sonhos, e
conseguir convencer a massa periférica,
de que o sinônimo literal de riqueza, não é
uma R1 ou um Audi com vidros filmados,
mas sim o saber.

A informação pode até não ampliar os
dígitos de sua conta bancária, porém
modifica radicalmente sua posição no
tabuleiro da vida.

Um cidadão informado não se sente
inferior a outro homem, mesmo que este
tenha cem palácios.

(TADEU. Eduardo, 2016, n.p)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso apresenta uma reflexão sobre a atuação do assistente social nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. A pesquisa vem para identificar os desafios enfrentados pelos assistentes sociais inseridos nos CAPS na atualidade. Para cumprir tal objetivo vamos percorrer uma linha histórica sobre a institucionalização da loucura, reforma psiquiátrica, reorganização da saúde mental e surgimento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, inserção do assistente social na saúde mental e desafios postos nesse campo. A metodologia utilizada foi a de revisão bibliográfica, através de consulta em artigos publicados, livros, periódicos científicos e legislações sobre o tema. O resultado possibilitou compreender que o Serviço Social é uma profissão de suma importância na saúde mental tendo muito a contribuir com seu olhar crítico e vem enfrentando o desmonte do sistema único de saúde – SUS e a falta de investimento em políticas públicas recorrente ao avanço do neoliberalismo.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Mental. Desafios.

ABSTRACT

This course completion work presents a reflection on the role of the social worker in the Psychosocial Care Center - CAPS. The research comes to identify the challenges faced by social workers inserted in CAPS nowadays. To fulfill this objective, we will go through a historical line on the institutionalization of madness, psychiatric reform, reorganization of mental health and prevention of the Psychosocial Care Center - CAPS, insertion of the social worker in mental health and jobs in this field. The methodology used was a bibliographic review, through consultation in published articles, books, scientific journals and legislation on the subject. The result made it possible to understand that Social Work is a profession of paramount importance in mental health, having much to contribute with its critical look and has been facing the dismantling of the unified health system - SUS and the lack of investment in public policies recurrent to the advance of neoliberalism.

Key-words: Social Service. Mental health. Challenges.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modalidades CAPS.....	31
----------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
COI	Centro de Orientações Infantil
COJ	Centros de Orientações Juvenis
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica brasileira
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	15
2.1	SÍNTESE SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	15
2.2	O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	20
3	POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL.....	25
3.1	CONTEXTUALIZANDO A CRIAÇÃO DAS PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES....	25
3.2	OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS.....	29
4	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	35
4.1	A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	35
4.2	DESAFIOS NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CAPS.....	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

O Presente Trabalho de Conclusão de Curso é fruto das inquietações acerca do tema saúde mental. No decorrer da graduação, enquanto aluna do Curso de Bacharelado em Serviço Social, teve-se despertado o interesse pelo campo da saúde mental, mais especificamente pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, tendo em vista que este é um espaço de atuação do assistente social. Logo, a aproximação e ânsia teórica pelo mesmo constitui sobretudo, em fazer novas descobertas.

Quando falamos em usuários do CAPS, a sociedade nem sempre compreende o que seria este serviço, acabando por estigmatizar os usuários ao se referirem a estes como “loucos” ou “drogados”, os reduzindo ao estereótipo. Desenvolve-se um pré-conceito sobre essa categoria social, a qual ainda se tem uma lógica de exclusão e uma história marcada pela estigmatização.

Como resultado da luta antimanicomial, os CAPS ofertam serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território, regulamentado pela Portaria nº 336/2002. Importa destacar que a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, representa um marco histórico para a reforma psiquiátrica brasileira, contribuindo para este novo modelo de assistência à saúde mental desinstitucionalizada.

Portanto, é preciso avançarmos nas discussões sobre os serviços direcionados as pessoas usuárias da política de saúde mental, disseminando um olhar integral ao sujeito, a fim de promover o cuidado, incentivo à participação social, utilização da arte, cultura e outras estratégias para promoção da cidadania e das políticas públicas, que envolvem esses cidadãos.

A atuação do Assistente Social na saúde mental, tem compromisso com a defesa e garantia dos direitos destes sujeitos, seguindo os preceitos do movimento da reforma psiquiátrica. Importa destacar que o debate sobre este tema, se faz necessário para a categoria profissional, considerando as contradições postas nesta realidade a partir da relação entre sistema capitalista e as expressões da questão social.

Diante do exposto e das reflexões sobre a temática em tela, elaborou-se o seguinte problema de pesquisa: Quais os desafios postos ao Assistente Social inseridos nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS?

Para responder ao problema de pesquisa definimos como objetivo geral identificar quais os desafios postos ao Assistente Social inseridos nos CAPS. Para atender ao objetivo geral, foram elencados os seguintes objetivos específicos: apresentar um breve histórico sobre a institucionalização da loucura e a trajetória percorrida até o momento que se dá a Reforma Psiquiátrica no Brasil, situar a Política de Saúde Mental desinstitucionalizada, a partir das principais legislações, com foco nos CAPS, e compreender os desafios na atuação do Assistente Social nos CAPS, considerando a atual conjuntura de avanço neoliberal e desinvestimento nas políticas públicas.

A pesquisa se justifica pela necessidade de inserir a categoria profissional, em temas contemporâneos, tal como é, a saúde mental, sobretudo em um contexto de recuo de investimentos públicos e do avanço do neoliberalismo, produzindo um sucateamento nas políticas públicas, e por consequência a fragilização de acesso à direitos. O assistente social tem sua atuação nos princípios do Código de Ética Profissional, dos Parâmetros de Atuação na Política de Saúde, bem como de outras normativas afetas a profissão e a política de saúde mental, dentre outras que dialogam de forma transversal. Neste sentido, é imprescindível pesquisas e estudos que possam contribuir para o trabalho profissional, interdisciplinar, desmistificando os serviços de saúde mental, sobretudo o que diz respeito aos usuários dos CAPS.

Com foco em compreender a história da política de saúde e a construção do equipamento CAPS e a inserção do Assistente Social em tal espaço, temos como método o materialismo histórico-dialético o qual leva em consideração o processo histórico da sociedade e as relações de classe

Em outras palavras, os fundamentos metodológicos da teoria social de Marx buscam estudar os fatos históricos em sua totalidade e em seus elementos contraditórios, de modo a encontrar o fator responsável por sua transformação em um novo fato. Dessa maneira, a perspectiva firmada pelo materialismo-dialético proporciona um contínuo processo de investigação e aprendizagem (VEREZONE, 2020, p. 128).

A partir desse entendimento e o que se busca com tal pesquisa é caminhar pelo concreto, levando em consideração a história da sociedade e as correlações de força que nela existem.

Nesta pesquisa a metodologia empregada foi a abordagem qualitativa que segundo Minayo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (2007, p. 21 – 22)

Ademais, Veroneze afirma que “a abordagem de pesquisa qualitativa consiste na relação dinâmica entre o pesquisador, o sujeito e o objeto, em que se busca analisar os fatores, objetivos e subjetivos da investigação” (2020, p. 196).

Os procedimentos de coleta de dados se deram por meio de uma pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2002, p.44) “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. E pesquisa documental, se deu das legislações que direcionam para estratégias da política de saúde mental de desinstitucionalização. A pesquisa aqui proposta, para alcançar seu objetivo, utilizou na pesquisa bibliográfica autores de referência como José Augusto Bisneto, Eduardo Vasconcelos, José Paulo Neto e Marilda Villela lamamoto.

A linha de pesquisa que se insere o estudo é a linha de Políticas Sociais e Direitos Humanos.

Sendo assim, no primeiro capítulo tratou-se de apresentar brevemente o que é a “loucura” e de que forma se deu sua institucionalização. Nesse sentido, cada sociedade, cultura e época escolheu como lidar com aqueles considerados “loucos”. Com o surgimento de razão e normalidade este aspecto muda, no qual aquele considerado “louco” é entendido sendo considerado “anormal” e “irracional” devendo ser controlado. Os conceitos de “loucura” diferem com o passar dos séculos, conforme nos sinaliza Foucault (1975), que cada época tem uma visão de “loucura”, e que nossa ação sobre o “louco” depende não somente do nosso conhecimento, mais sim da nossa cultura, da nossa ordem vigente. Ainda no primeiro capítulo, apresentamos a trajetória do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, o qual representa o marco histórico e contribuiu para uma reorganização da saúde mental.

No segundo capítulo, situamos a Política de Saúde Mental desinstitucionalizada, a partir das principais legislações e portarias, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, bem como reorganizam à assistência à saúde mental no Brasil. Ainda, contextualizamos os CAPS, uma vez que este é um dos principais equipamento da política de saúde mental.

E no terceiro capítulo apontamos de que forma se deu a inserção do Serviço Social na saúde mental, refletindo sobre o contexto histórico no qual se deu a requisição desse profissional na saúde mental e assim compreender os desafios na atuação do Assistente Social nos CAPS, levando em consideração a atual conjuntura brasileira.

Por fim, a discussão sobre direitos humanos percorrerá de forma sucinta as entre linhas de todos os capítulos com o intuito de valorizar tal discussão e ressaltar que todo e qualquer ser humano deve ter sua dignidade reconhecida e protegida.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A institucionalização da loucura e o tratamento das pessoas com algum tipo de transtorno mental, até a década de 1970 no Brasil, foi marcada pela violência e pelo isolamento das pessoas consideradas "loucas".

Dessa forma, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira se deu a partir das reivindicações para o reconhecimento dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, sendo o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM de suma importância neste processo histórico.

2.1 SINTESE SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

O "louco" antes de ser tornar um problema era visto como parte da experiência humana, circulando pelas ruas sendo tema de expressões artísticas como literaturas e teatro, sendo a este atribuído um saber diferente, os "loucos" que produziam algo para a sociedade eram tolerados e aceitos.

Entretanto, esta visão começa a mudar no século XV a onde aqueles que eram considerados "estranhos" eram levados ao A Nau dos "loucos"¹, o objetivo era escorraçar os "loucos" da cidade, os colocando em navios sem rumo com a justificativa de realizar uma purificação por meio da água.

Segundo Foucault, "confiar o "louco" aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indevidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida" (1972, p. 16).

O navio era visto como símbolo do pecado e do mal pela sociedade da época, porém o autor não considera o momento histórico como um enclausuramento, pois o "louco" tinha sua liberdade e seu saber, não sendo reconhecido por todas as pessoas, mas por uma parte delas, sendo que em algumas cidades o "louco" era bem recebido sendo considerado intrigante. (FOUCAULT, 1972)

No século XVI temos o início da modernidade e com ela surge à ideia da razão, este momento em específico, a razão era algo muito importante, pois estamos falando da Era da Modernidade onde as pessoas buscavam pela razão sendo um momento

¹ A Nau dos loucos era uma espécie de barco onde os loucos eram conduzidos e levados a uma viagem sem destino, "barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra." (FOUCAULT, 1972, p. 13).

de muitos estudos direcionados ao tema, que era pauta para a construção dessa nova sociedade. (COUTO, 2018)

Neste momento, “a loucura” é considerada o oposto da razão e recebe a nomenclatura de alienação mental, tratando aquele considerado “louco” como alienado, ou seja, aquele que não tem capacidade de compreender o mundo a sua volta. Como a sociedade se organiza não dando conta das suas relações, a alienação impedia o indivíduo de reconhecer o que é verdade. Conceito totalmente ligado ao saber, a capacidade de razão que o indivíduo possui, sendo assim, algo visto como ruim como nos sinaliza Tavares e Hashimoto:

Um mal que abate o sujeito privando-lhe das faculdades da razão, caracterizando-o como que entregue às malhas do desatino e dos desejos desenfreados, indivíduo que não pode ser responsabilizado por seus atos dado sua incapacidade de julgamento sobre si mesmo e sobre as coisas do mundo de uma forma geral (2009, p. 2).

Este é um dos conceitos que encontramos sobre o “louco”, entretanto a nomenclatura e a forma como este indivíduo foi tratado ao longo dos anos está atrelado ao contexto histórico da época. Por vezes eram apreciados e em outros momentos combatidos, dependendo do momento histórico.

De acordo com Bisneto, “foram-lhes atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais.” (2011, p. 173)

Sobre isso, Foucault (1975) nos afirma que a “loucura” não é um dado biologicamente, apenas, e sim um reflexo da sua sociedade. Ainda, segundo o autor, tal fenômeno é compreendido a partir da cultura expressada naquele momento, é criado o que é normal e anormal e sociedade se baseia nessa criação e visão.

Neste sentido, Foucault (1975) nos alerta sobre a norma e a regra, sendo elementos que criam um modo correto de agir, criando uma regra informal de como se deve ser, o que cria um controle sobre os corpos, uma vez que se tem algo a ser seguido e idolatrado, não há de se querer ser ao contrário, sendo assim possível culpabilizar o indivíduo pelo suposto modo desviante de agir, criando um sistema de vigilância e controle. É assim que a sociedade da norma vai agir sobre a loucura, estigmatizando e excluindo tudo aquilo que não se encaixa na norma vigente.

Neste sentido, somente no século XVIII surge a “necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados” (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 984).

Portanto, até o século XIX os alienados eram somente assistidos, ou seja, os estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres surgiram como estruturas asilares, bem antes que a psiquiatria existisse como prática médica especializada.

Os manicômios ou hospícios eram dirigidos pelas igrejas locais, a qual sobrevivia de doações, o local contava com amparo médico, mas seu principal intuito era receber “os órfãos, os recém-nascidos abandonados (chamados “expostos”), os mendigos, os morféticos e os loucos” (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 985).

Percebemos que neste período os espaços direcionados aos alienados não ficam restritos a eles e sim a qualquer pessoa que esteja em risco social, havia uma lógica de segregação e higienista com discurso maquiado de cuidado.

Os hospitais começam a ganhar o nome de Hospícios Provisório de Alienados, elevando a nomenclatura de alienados para uma categoria social direcionado as pessoas com perfil para os hospícios além do "louco". Esses indivíduos eram excluídos do convívio familiar e social, era comum os pacientes passarem a residir de forma definitiva nas instituições, uma vez que não se tinha uma política de retorno familiar.

Hack nos relata que posteriormente esses espaços começaram a ser chamados de Santas Casas de Misericórdia a qual não contava com a presença significativa de médicos, sendo um espaço com foco ao acolhimento aos necessitados, a partir desse momento temos um novo contexto no qual o louco passa a ser visto como doente.

A criação e o funcionamento das Santas Casas antecedem a quaisquer ações do governo brasileiro em saúde. Motivadas pelo exercício da caridade cristã, essas instituições católicas tinham como missão atender o pobre e o doente. Dirigidas por religiosos e religiosas, cuja dedicação á missão era um proposito de vida, eram mantidas com recursos de doações das comunidades onde estavam inseridas e, em alguns casos com a participação de recursos públicos. (HACK, 2019, p. 37)

Diante da não atuação do Estado, a saúde fica à mercê da caridade e da benevolência, não sendo possível atender a todos de forma eficiente. É importante destacar que neste modelo vigente o sujeito sofre uma grande perda da sua

identidade, pois é afastado do seu núcleo familiar sendo descaracterizado, se tendo o foco na doença e não no sujeito. (HACK, 2019)

No caso brasileiro, temos como exemplo, o hospício que ficou conhecido e foi alvo de críticas pelo seu fluxo de atendimento, este ficava localizado na cidade de Barbacena em Minas Gerais, o qual tinha o nome de Colônia. O espaço foi construído em 1903 com o intuito de atender pessoas com transtornos mentais, porém Arbex (2013) afirma que cerca de 70% não tinha diagnóstico de doença mental, apenas eram rejeitados pela sociedade, como “homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documento e todos os tipos indesejados, inclusive os chamados insanos” (ARBEX, 2013, p. 25-26).

Arbex (2013), pontua que os pacientes chegavam de trem ao local, de vários cantos do Brasil, sem encaminhamento, documentos ou justificativa, chegavam sujos, com fome e doentes, eram levados ao setor de triagem a onde eram separados por sexo, características físicas e idade, tinham seu cabelo raspado, tomavam um banho coletivo gelado e eram obrigados a entregar seus pertences pessoais, sendo descaracterizados, padronizados com um uniforme azul e largados a própria sorte. O local era insalubre não tinha higiene, comida, remédios, insumos ou profissionais qualificados,

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhas. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e de invisibilidade. (ARBEX, 2013, p.14)

A autora chama o local de “Holocausto brasileiro” na tentativa de comparar o que acontecia ali com os campos de concentração nazista, com as torturas que os fascistas faziam com os judeus, afirmando “[...] um genocídio cometido sistematicamente, pelo Estado brasileiro, com a conivência de médicos, de funcionários e da sociedade” (ARBEX, 2013, p. 15).

Já os pacientes que eram lúcidos e sadios eram direcionados ao trabalho manual, mãos de obra sem remuneração, eram usados nos consertos de vias públicas, limpeza de pastos, abriram estradas na enxada e faziam a manutenção de

uma horta de 33 alqueires, onde os alimentos produzidos eram revendidos. Negócio muito lucrativo para o hospital. (ARBEX, 2013)

A barbárie não parava por aí os “loucos” de Barbacena não tinham paz nem em suas mortes, a autora menciona que havia um comércio de venda de cadáveres, o hospital vendia os corpos para as Universidades por um preço abaixo da média do mercado para a época, cerca de \$364, naquele momento, comércio muito lucroso, pois em registros do hospital em épocas de lotação chegavam a vim a óbito dissésseis pessoas por dia, chegando ao um ponto que não havia mais o que se fazer com os corpos os que não eram vendidos, eram diluídos com ácido, dentro de toneis no pátio, na frente dos pacientes, tal atitude tinha como intuito a comercialização das ossadas. (ARBEX, 2013)

Segundo Amarante (1995), houve uma mudança na concepção do “louco” do universo simbólico para o universo patológico, o louco é então descrito como um personagem de alto risco e periculosidade que deve ser institucionalizado segundo a psiquiatria. Sendo assim, com a institucionalização do louco tornou-se regra geral e princípio universal o isolamento do mesmo como pré-condição para a busca da cura da alienação mental.

Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo da diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecida como universo da verdade; ao passo que a visão crítica organizar um lugar de encerramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo de saber teórico/prático. A partir do século XIX, há produção de uma preocupação dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. Tal passagem tem no dispositivo de medicalização, e de terapeutização marca histórica da constituição da prática médica psiquiátrica (AMARANTE, 1995, p. 58)

Logo, temos um espaço racional que busca o controle do “louco” através do isolamento e do viés medicamentosos numa lógica de higienização social.

Nas palavras de Amarante e Torre a institucionalização regida pela psiquiatria transforma a “loucura” em um erro e isso justifica todas as atrocidades cometidas pelos médicos

A loucura é excluída da possibilidade de participação no pacto social, nas relações sociais, selando uma espécie de morte social para os sujeitos considerados alienados ou doentes mentais. Ou seja, é o asilo como nova instituição para os loucos, espécie de laboratório privilegiado de experimentação e verdadeira “estufa” de observação do novo objeto de conhecimento (a “alienação mental”), que permite o nascimento e

desenvolvimento de uma ciência da loucura, inicialmente chamada de medicina mental e, mais tarde, de clínica psiquiátrica. O confinamento da loucura no manicômio e seu submetimento como objeto de intervenção do alienismo produzem uma nova experiência da loucura, capturada pelo discurso médico, que de forma estratégica constrói a noção de loucura como erro e ausência de sentido, como desordem da razão e perda do juízo moral, e ausência de saúde psíquica. (2018, p. 1092)

Ademais, observamos que cada época escolhe como vai cuidar ou excluir seu “louco”, no caso brasileiro tivemos anos marcados pela segregação e barbárie, conforme observamos no exemplo do Colônia. Optou-se pela exclusão, tirando os indesejados do seio familiar e do convívio social, os internando em manicômios, em condições insalubres, submetidos a torturas, sem acesso a alimentação básica, vestimenta ou tratamento de saúde adequado, à hospitalização tendo caráter de controle social, regulando quais os corpos podiam viver em sociedade ou não, levando a uma serie de desrespeitos à dignidade humana.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A história da “loucura” é marcada pela exclusão e estigmatização das pessoas em sofrimento psíquico². Diversas denúncias contra o modelo psiquiátrico expuseram a violência contra os internos e sua evidente função de segregação de segmentos marginalizados da população.

Neste panorama, pautadas em novos paradigmas de atenção, propostas de reformulação do cuidado em saúde mental foram sendo construídas em diferentes países, essa organização popular ficou conhecida posteriormente como reforma psiquiátrica.

Precisamos perceber que historicamente as pessoas em sofrimento psíquico foram reduzidas a “loucura”, tornando-se vítima de diversos tipos de violência, sendo impedidas da convivência familiar e comunitária.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve início na década de 1970, impulsionado pela necessidade de superação do modelo manicomial de atenção, o

² Paulo Amarante (2011), discorre que o termo pessoa com sofrimento psíquico se afasta da doença, pois o sofrimento é causa humana sendo assim todos sofrem, não sendo necessariamente elencada como uma doença. O termo tem o intuito de olhar a pessoa primeiro e posteriormente sua demanda, propondo um olhar mais humanizado.

qual, para além da promoção da exclusão social, destacava a doença e não os sujeitos (AMARANTE, 1995).

Segundo Tenório (2002), além de propor a configuração de serviços substitutivos para o cuidado comunitário de pessoas em sofrimento psíquico, a reforma psiquiátrica brasileira advogou pela construção de propostas de inclusão social, promoção de direitos humanos e cidadania. Desta forma, o movimento foi marcado pela construção de novas formas de promover cuidado, incentivo à participação social na construção das políticas, utilização da arte e cultura e outras estratégias para promoção da cidadania.

Ainda na década de 1970 o Brasil se encontrava em regime ditatorial liderado pelas forças militares para além das atrocidades cometidas com as pessoas em sofrimento psíquico diversas pessoas passavam por torturas e perseguições por motivação política com o avanço da repressão estatal começaram alguns debates dentro da sociedade brasileira sobre o respeito e quais seriam os direitos fundamentais e essenciais com o ser humano tal discussão válida à temática exposta pelo movimento da reforma psiquiátrica. (SANTI, 2013)

O movimento da reforma psiquiátrica foi um processo político e social o qual teve a participação de vários integrantes dos trabalhadores da área da saúde mental, pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares, conselhos e movimentos sociais, misturando saberes e culturas, ambos buscavam uma sociedade mais justa com o intuito de construir um novo estatuto social respeitando o indivíduo e suas particularidades. (AMARANTE; NUNES, 2018).

Esta trajetória se inicia segundo Amarante e Nunes - 2018, com a formulação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM coletivo organizado pelos funcionários da área a fim de propor a reformulação da assistência psiquiátrica. O movimento é fundado em 1978, o qual houve uma série de acontecimentos para o seu reconhecimento:

com destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), praticamente ocupado pelos participantes do movimento e para o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Copacabana Palace, para o qual vieram personalidades internacionais de renome [...] (AMARANTE; NUNES, 2018. p. 2).

No mesmo ano o MTSM se aproxima do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, passando a promover Comissões de Saúde Mental em Estados a onde a entidade era mais presente. (AMARANTE; NUNES, 2018).

O movimento vai tomando força e agregando pessoas, o que começa com trabalhadores da área, logo ganha o apoio da sociedade, importante ressaltar que nesse momento histórico o Brasil se encontra em processo de redemocratização, e os movimentos sociais passam a ganhar visibilidade e a comunidade como um todo espera por mudanças como nos afirma Kauchakje:

No Brasil, se tomarmos os anos a partir da década de 1970, observamos que diferentes protagonistas, atores sociais, sujeitos coletivos e políticos, estiveram presentes no cenário nacional brasileiro, através dos movimentos sociais pela redemocratização do país e pela consolidação e garantia de direitos[...] (2002, p. 162-163)

Diante disso, os profissionais começam a se empoderar da causa e denunciar, como por exemplo, o ocorrido no Rio de Janeiro onde jovens psiquiatras denunciaram publicamente as condições desumanas ofertadas pelos manicômios. O caso foi investigado pela Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM e resultou em 260 demissões de pessoas que trabalhavam nas instituições (AMARANTE, 2011).

Na década de 1980 surgem algumas experiências inovadoras como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Brasil, localizado em São Paulo, conhecido como Professor Luiz da Rocha Cerqueira.

Realizado pela administração municipal de Santos em São Paulo, que iniciou o processo que se constituiria no Programa de Saúde Mental daquela cidade, por meio da criação de uma rede de cuidados, tendo os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, que funcionavam 24h, demonstrando uma nova possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivos (BRASIL, 2005).

Neste momento, as ideias que formulavam a reforma psiquiátrica passam a se materializar e o que se era uma expectativa retórica começa a ganhar forma. Em 1987 temos o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, São Paulo ele assume o lema "Por uma sociedade sem manicômios", sendo um marco legal para a Luta Antimanicomial, movimento o qual defendia uma sociedade sem manicômios.

Passa a se compreender que a pessoa em sofrimento psíquico não deve ser segregada, devendo ter o cuidado em saúde para atender suas especificidades, sem a exclusão, devendo-se pensar em políticas públicas de caráter comunitário a onde

as pessoas em sofrimento psíquico possam ter o atendimento médico especializado e seus direitos individuais resguardados (BRASIL, 2005).

Diante do exposto, e com o avanço do movimento no ano de 1989, começa a tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que visa à regulamentação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a erradicação dos manicômios do país. O movimento da reforma psiquiátrica ganha agora os campos do legislativo e normativo. (BRASIL, 2005).

Em 1988 acontece a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde, realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS e Organização Mundial da Saúde - OMS, a fim de debater sobre a insuficiência do modelo psiquiátrico tradicional, que não permitia uma atenção descentralizada, comunitária e participativa. A Conferência fica conhecida como a Declaração de Caracas, dando assim início as primeiras normas federais de regulamentação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005)

Neste momento histórico temos um movimento que luta pela desconstrução do modelo manicomial, buscando por um tratamento com base no território entendendo a integralidade dos sujeitos e que eles possuam autonomia passando a ocupar a sociedade como um todo, construindo uma assistência descentralizada, uma nova forma de olhar e cuidar da loucura. (AMARANTE; TORRE, 2018)

Com o avanço da discussão se contempla um marco histórico, a lei Paulo Delgado, é aprovada no Congresso Nacional no ano de 2001, doze anos depois da sua formulação, contribuindo para a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental, trazendo consigo um novo redirecionamento à assistência em saúde mental, dando prioridade agora aos tratamentos de base comunitária. A ideia é que os investimentos que eram direcionados aos manicômios fossem redirecionados aos tratamentos de bases comunitárias, trazendo o fim dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O movimento da reforma psiquiátrica contou com a organização da sociedade civil junto com os trabalhadores da saúde mental ambos questionaram e propuseram novas estratégias para a transformação do modelo biomédico e do paradigma da psiquiatria no Brasil, a reforma advogou pelo estabelecimento de uma nova orientação no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, propondo a indissociação entre

cuidado clínico, inclusão social e promoção da cidadania. Procurando construir subsídios para a reestruturação da atenção à saúde mental apresentando algumas novas bases para o modelo da Reabilitação Psicossocial que considerasse as pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos.

3 POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL

A partir da Reforma Psiquiátrica, avançamos na regulamentação da Política de Saúde Mental desinstitucionalizada, por meio das legislações e portarias que dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorganiza a assistência da saúde mental no Brasil.

Neste sentido, o CAPS representa o equipamento primordial para a organização dos serviços substitutivos aos manicômios, tendo como perspectiva o atendimento de base territorial e comunitário.

3.1 CONTEXTUALIZANDO A CRIAÇÃO DAS PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES

A partir do movimento da reforma psiquiátrica há uma nova forma de pensar e tratar as pessoas em sofrimento psíquico, indo contrário ao pensamento de exclusão e segregação das pessoas vistas como “loucas” e trancafiá-las, o movimento traz a ideia de que essas pessoas possam viver em sociedade sendo respeitadas como sujeitos de direitos.

Um dos marcos históricos que contribuiu para a política de saúde mental desinstitucionalizada no Brasil, foi a implementação da Constituição Federal de 1988 que apresenta em seus dispositivos sobre os Direitos Humanos discorrendo em seu Artigo 5º:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, (BRASIL, 1988)

Representando os direitos que se deseja para a sociedade como um todo e que as pessoas possam ser tratadas iguais perante a Lei propondo a defesa e promoção de tais direitos.

Outro surgimento inovador que a Constituição Federal de 1988 trouxe foi o Sistema Único de Saúde – SUS, o qual foi fruto de luta dos movimentos sociais, antes do SUS o cuidado em saúde ficava à mercê da caridade ou a médicos particulares que possuíam grande custo. Por tal motivo se começa o movimento da reforma sanitária o qual luta por um sistema único de saúde que atenda a população em suas

necessidades de forma universal e que os custos sejam supridos pelo Estado através dos impostos pagos pela população, a autora nos ajuda com esta definição:

O SUS é o sistema que organiza a política de saúde no Brasil, todos os seus serviços, seus benefícios e suas unidades. É a forma reconhecida por lei para viabilizar o exercício de todos os direitos relacionados á saúde, seja na esfera da promoção, seja na da prevenção ou da recuperação. Esse sistema estabelece padrões para o atendimento em todo o território nacional. (HACK, 2019, p. 85-86)

Sendo assim com esta organização em saúde o Brasil começa a olhar para a necessidade da organização na política de saúde mental onde o movimento da reforma psiquiátrica ganha força e prevê a criação de serviços extra-hospitalares com investimentos públicos.

Posto isso, no ano 1990 temos um acontecimento de relevância histórica, a II Conferência Nacional de Saúde Mental a qual foi convocada pela Organização Mundial de Saúde - OMS e Organização Pan-americana de Saúde – OPAS. A Conferência levou o nome de Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Dentro dos Sistemas Locais de Saúde onde todos os países da América latina se reúnem a fim de debater a presente política. (BRASIL, 1990)

A Conferência destacava sobre a necessidade de pensar a assistência psiquiátrica, visto que nosso continente estava-se pensando na organização do sistema de saúde, de formar a organizar sistemas locais de saúde onde o SUS é direcionado a atender de forma regionalizada se baseando nos territórios construindo um atendimento local.

Frente ao exposto, os representantes legais dos países que se reuniram nesse momento constataam que a centralização dos recursos humanos, financeiros e físicos voltados somente para os hospitais psiquiátricos produzia uma desassistência no atendimento as pessoas em sofrimento psíquico, concluindo que o sistema hospitalocêntrico é danoso para o bom atendimento em saúde mental da população. (BRASIL, 1990)

Neste contexto, os países definem que o modelo hospitalocêntrico devia ser substituído, sendo assim, se comprometem a mudar o modelo de atenção dentro dos processos locais respeitando a dinâmica de cada país a fim de construir uma saúde mental de base comunitária. Para tal fim os países assinam um pacto que fica conhecido como a Declaração de Caracas. (BRASIL, 1990)

Diante disso, é a partir do compromisso assumido os países começam a organizar as tomadas de decisão. No ano de 1992 foi implementada a portaria 224/92 que tinha o intuito de estabelecer diretrizes e normas a Assistência à Saúde Mental. Suas diretrizes se assimilaram aos princípios do SUS sendo elas:

organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. (BRASIL,1992, n.p)

O presente documento, além das diretrizes, tinha o propósito estabelecer normas para o atendimento ambulatorial e Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial, normas para o atendimento hospitalar, disposições gerais e recursos humanos. Dessa forma, surgem as primeiras leis que determinam a substituição gradual dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. (BRASIL, 1992)

Com avançar da política pública de saúde mental, no ano de 2001, temos um marco histórico no Brasil que é a Lei 10.216, a qual prevê a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona e organiza todos os serviços voltados para o tratamento de saúde mental, com uma proposta que busca a autonomia do paciente de acordo com o seu próprio desejo e que ele também se responsabilize pelo seu tratamento em liberdade. (BRASIL, 2001).

A Lei nº 10.216, dispõe as seguintes conquistas em decorrência da Reforma Psiquiátrica.

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

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

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

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

II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. (BRASIL, lei nº 10.216, 2001 p. 01)

Neste momento histórico, finalmente a reforma psiquiátrica se torna política pública, como esse processo se constrói dentro do Sistema Único de Saúde - SUS, encontrasse agora o desafio de transformar um modelo hospitalar, centrado em hospitais psiquiátricos, em um modelo de atenção comunitária.

Desse modo o Estado começa a tomar as devidas providências para a reformulação dessa política, que segundo relatório do ministério da saúde, se divide em dois momentos “a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro” (BRASIL, 2005, p. 9). Para enfrentar ambos os momentos o Estado cria as seguintes estratégias:

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (BRASIL, 2005, p. 9).

A partir da necessidade de assegurar que as pessoas em sofrimento psíquico não ficassem desamparadas frente a esse movimento, é implementada pela Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, as Residências Terapêuticas sendo locais reesponsáveis por abrigar esses indivíduos, tendo caráter de moradia, devendo estar localizada no espaço urbano, devendo atender egressos dos hospitais psiquiátricos que possuam transtorno mental grave, tendo o intuito de auxiliar na reintegração do mesmo com a comunidade além de auxiliar nas necessidades do dia a dia contando com profissionais especializados.

Nesse mesmo período, com foco na desinstitucionalização, é elaborado o programa De volta para casa instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, pelo Ministério da Saúde, sendo um “auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas, nas quais ficaram submetidos à privação de liberdade.” (ARBEX, 2014, p. 53-54). O programa tinha o intuito de fornecer o pagamento mensal de um auxílio-reabilitação proporcionando ao usuário uma renda para garantir sua autonomia. Outro benefício que poderia ser acessado pelas pessoas em sofrimento psíquico era o Benefício de Prestação

Continuada – BPC, benefício concedido a idosos e pessoas com deficiência, pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, o qual concedia o valor de um salário-mínimo.

Essas ações foram realizadas em conjunto pelo governo Federal, Estadual e Municipal, com foco na redução dos leitos psiquiátricos.

No Brasil foi implementado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2002, com o intuito de planejar e pactuar a redução e fechamento de leitos, sendo um instrumento de avaliação que posa proporcionar aos gestores um panorama da qualidade do serviço prestado.

Fundamentado na aplicação, todos os anos, em cada um dos hospitais psiquiátricos da rede, de um instrumento de coleta de dados qualitativo, o PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. É parte deste processo de avaliação, a realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. Este instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer revistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população. (BRASIL, 2005, p. 14-15)

O PNASH foi um instrumento de suma importância para o processo de desinstitucionalização no Brasil, pois o programa conseguiu promover a vistoria desse processo proporcionando qualidade ao mesmo, o que culminou no fechamento de hospitais psiquiátricos e reduziu leitos, sem desassistir a população usuária, além do programa ter tido peso fundamental para a reorganização da rede em saúde mental.

Ao longo do processo de consolidação das principais legislações podemos perceber que o atraso brasileiro em relação à política de saúde mental era gigantesco. Apesar do avanço significativo com a implantação das legislações considerasse necessário à continua discussão e renovação de estratégias pois apesar do progresso conquistado ainda existe fragilidades e resistência ao novo modelo.

3.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

A partir da reforma psiquiátrica no Brasil foi se construindo dispositivos de atenção em saúde mental, um dos dispositivos primordiais foi o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo o serviço fundamental na substituição aos hospitais psiquiátricos, considerado a porta de entrada para as pessoas em sofrimento psíquico e importante estratégia de transformação do modelo asilar em assistência à saúde mental.

O CAPS foi implementado pela portaria 336/2002, a qual prevê seu funcionamento e organização, prevendo recursos humanos e modalidades diferentes “os CAPS são definidos como serviço ambulatorial, que funciona segundo a lógica do território, devendo priorizar o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.” (PINTO 2020, p. 20).

Neste sentido, esse equipamento deve atender as pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente prestando o acolhimento a fim de preservar os laços sociais construídos em seu território, promovendo a autonomia e protagonismo do paciente em seu tratamento. (BRASIL, 2005)

Essa portaria traz a ideia de território, a qual devemos demarcar, pois as pessoas em sofrimento psíquico eram afastadas de seus familiares não tendo seus laços sociais e culturais respeitados, na lógica manicomial e hospitalar. Sendo assim, esse equipamento reverte essa lógica, afirmando então que as pessoas em sofrimento psíquico devem ser atendidas em seus territórios ou seja

O território é entendido como a esfera da gestão da vida cotidiana da pessoa com transtorno mental. Limita-se assim, os espaços construídos e reconstruídos permanentemente como resultado do jogo entre diversos atores sociais. Desse modo, cabe à intervenção dos CAPS propiciar laços sociais e melhorar a vida cotidiana da pessoa com transtorno mental. O cuidado oferecido deve ir além da extinção dos sintomas, abarcando o lazer, as relações sociais, as condições de moradia, as atividades da vida diária, a esfera da geração de renda/trabalho, dentre outras. (PINTO, 2020, p. 20).

Portanto, o território é um dos pilares desse equipamento que passa a considerar muito mais do que só uma lógica de uma área geográfica mais sim onde esse indivíduo nasceu, cresceu criou laços afetivos e culturais, a onde ele possui familiares e uma rede de apoio e todos os cuidados oferecidos a ele devem ser em sua comunidade.

Conforme Pinto (2020), o CAPS busca dar suporte ao seu usuário não somente nos momentos de crise, mas em suas atividades diárias, criando uma rotina e oferecendo serviços recreativos, o equipamento se constitui em ampliação de cuidados e diversidade de serviços oferecidos, sempre com intervenções baseadas no território a fim de assegurar a intenção ou reinserção do paciente no contexto social.

Para que esse conceito de território seja contemplado se deve haver uma articulação na Rede, outro princípio de que o CAPS se baseia. A Rede pode ser entendida como o conjunto de serviços oferecidos em um município, sendo saúde, educação, lazer e assistência social todos esses serviços articulados se forma uma Rede, ou seja, o usuário que é atendido no CAPS pode estar sendo assistido pela rede de educação e assistência social, sendo assim o CAPS deve estar em contato com essas instituições a fim de proporcionar um atendimento integrado e de melhor qualidade ao seu usuário de serviço. (BRASIL, 2005)

Desse modo, os CAPS são dispositivos que, articulados na rede de saúde, fazem frente à complexidade das demandas de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico e trabalham na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários os quais são protagonistas do seu tratamento sendo atendidos em sua singularidade incluindo seus familiares nesse processo e os incentivando a participar desse espaço como parceiros de tratamento.

Os CAPS possuem diferentes modalidades, segundo a portaria 336/2002 o equipamento deve contar com uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, auxiliar de serviços gerais entre outros, dependendo da sua modalidade ou necessidade. Para melhor entendimento observe a tabela.

Tabela 1 – Modalidades CAPS

Categorias Dos CAPS	População Referenciada	Equipe Mínima	Públicos-Alvo
----------------------------	-------------------------------	----------------------	----------------------

<p>CAPS I Funcionamento 08 às 18 horas, em 02 turnos, durante os cinco dias úteis da semana.</p>	<p>População entre 20.000 e 70.000 habitantes.</p>	<p>1 Médico com formação em saúde mental. 1 Enfermeiro. 3 Profissionais de nível superior. 4 Profissionais de nível médio</p>	<p>Usuários de todas as faixas etárias.</p>
<p>CAPS II Funcionamento 08 às 18 horas, em 02 turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Podendo inserir um terceiro turno se necessário até as 21:00.</p>	<p>População entre 70.000 e 200.000 habitantes.</p>	<p>1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental. 4 profissionais de nível superior. 6 profissionais de nível médio.</p>	<p>Usuários de todas as faixas etárias, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.</p>
<p>CAPS III Funcionamento 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.</p>	<p>População acima de 200.000 habitantes e referência para um território com uma população de até 150.000 habitantes.</p>	<p>2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível universitário; 8 profissionais de nível médio.</p>	<p>Usuários de todas as faixas etárias.</p>
<p>CAPS i II Funcionamento 08 às 18 horas, em 02 turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Podendo inserir um terceiro turno se necessário até as 21:00.</p>	<p>População acima de 200.000 habitantes.</p>	<p>1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior; 5 profissionais de nível médio.</p>	<p>Crianças e adolescentes até 17 anos.</p>
<p>CAPS AD II Funcionamento 08 às 18 horas, em 02 turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Podendo inserir um terceiro turno se necessário até as 21:00.</p>	<p>População acima de 70. 000 habitantes.</p>	<p>1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, 4 profissionais de nível universitário; 6 profissionais de nível médio.</p>	<p>Usuários de todas as faixas etárias com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, incluindo álcool.</p>
<p>CAPS AD III Funcionamento 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.</p>	<p>População de 200.000 a 300.000 habitantes.</p>	<p>1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário; 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio.</p>	<p>Usuários de todas as faixas etárias com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, incluindo o álcool.</p>

Tabela 1 Elaborada pela autora com pesquisa em (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012)

Observasse as modalidades do equipamento com diferentes características e funções a fim de melhor atender as particularidades e contemplar as necessidades dos usuários criando uma cobertura assistencial, considerando o número de habitantes por município, sendo um ambiente aberto e acolhedor que busca proporcionar

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004, p.13)

Constata-se que houve uma mudança no modelo de atenção em saúde mental o qual agora procura novas propostas de cuidado considerando o usuário como um ser intersetorial e não mais isolado do seu contexto social.

Para expandir o cuidado comunitário em saúde mental no Brasil, no ano de 2011 foi instituída a atual política nacional de Saúde Mental, conhecida como Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (BRASIL, 2011). A RAPS assumiu como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial em todos os pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos serviços no território, buscando assim qualificar o cuidado por meio de acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Tal normativa, ainda, afirmou como um dos objetivos da RAPS a necessidade de promover a reabilitação e reinserção das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia. (BRASIL, 2011).

A portaria nº 3.088/2011 a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS apresenta o conceito psicossocial, ou seja, a rede de atenção a saúde mental agora segue o modelo biopsicossocial contando com dimensões biológica, psicológica e social entendendo o indivíduo em sua totalidade como nos confirma Mielke et al.

Os profissionais do serviço em estudo consideram que o cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial e espiritual, não fragmentando o cuidado. Apontam também como sendo um cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado. (2009, p. 161)

Em vista disso é preciso buscar novos saberes e integrantes, diferente do modelo antigo que o saber predominante e restrito era o do médico, compreendendo que a pessoa em sofrimento mental necessita de um olhar integral, por meio de outros saberes que precisam dialogar de forma interdisciplinar, por isso a importância de o CAPS apresentar equipes multiprofissionais.

Apesar da implementação dos equipamentos substitutivos, a partir do aparato legal, que representam avanços, apenas sua existência não é suficiente para garantir a materialização da reforma psiquiátrica e a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico não podemos perder de vista que:

As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

Por isso, é de suma importância pensarmos na conjuntura e os desafios postos na contemporaneidade.

4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O processo de Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças significativas como já visto ao longo desse trabalho, culminando em um novo modelo de assistência à saúde mental, sendo este um campo de atuação profissional do assistente social. Contudo, para relacionarmos o serviço social com a saúde mental e identificar seus desafios na contemporaneidade, se faz necessário contextualizar sua inserção nesta política e em qual contexto se deu sua requisição.

A partir disto, é possível compreender os diversos desafios postos ao assistente social, inseridos nos CAPS, e as possíveis estratégias de enfrentamento aos desafios, sobretudo na garantia do acesso aos direitos sociais destes usuários, diante de um contexto neoliberal e recuo nos investimentos públicos na política de saúde mental.

4.1 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O Serviço social atua em diversos espaços sócios ocupacionais, sendo uma profissão de formação generalista contribuindo nas diversas áreas, inclusive no campo da saúde mental.

A inserção do serviço social na saúde mental aconteceu, segundo Bisneto (2011) de forma tardia, pois na década de 30 a 45 o número de profissionais era pequeno e não havia profissionais que trabalhassem exclusivamente com a saúde mental, outro motivo, é que os números de hospícios eram reduzidos tendo somente um em cada Capital.

A relação entre serviço social e a saúde mental começa por volta de 1946, com o surgimento das instituições Centro de Orientações Infantil – COI e os Centros de Orientações Juvenies – COJ, tais instituições tinham como propósito o estudo de técnicas de trabalho a fim de profissionalizar os profissionais que atuavam com a ajuda psicológica de adolescentes e crianças vistas como desajustadas. A profissão atuava com base na metodologia psicológica numa tentativa de ajustar o indivíduo. (BINESTO, 2011)

Conforme Vasconcelos (2010), a atuação do assistente social na saúde mental pode ser entendido a partir dos ensinamentos prestados nas primeiras escolas de Serviço Social a qual debatiam temáticas higienistas ligada a um viés psicologizante e que consequentemente refletia nas práticas adotadas na área da saúde mental.

Os primeiros assistentes sociais brasileiros que atuaram na saúde mental tinham como norteamento duas práticas em comum, sendo o primeiro modelo, as oficinas terapêuticas, que tinham como objetivo incentivar os indivíduos a buscar suas potencialidades, o segundo modelo, perdurou da década de 1940 a 1950 e foi denominado como “porta de entrada e saída” e reduzia o assistente social a realização de levantamento de dados sobre os pacientes que passavam pelo hospital sendo um mero executor não refletindo sobre sua prática. (VASCONCELOS, 2010)

É importante ressaltar “que nesse período a psiquiatria estava organizada conforme o modelo manicomial, baseado na exclusão do sujeito do convívio social por meio de sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo.” (MOURA, 2015, p. 3)

O serviço social nessa época era considerado como diagnóstico e clínico adotando práticas de um:

“Serviço Social Clínico”, em que se predominavam abordagens higienistas. Nesse processo, o Serviço Social atuava junto com as famílias do chamado “cliente” a fim de ajudá-la a prover um ambiente adequado ao tratamento psiquiátrico da criança, além de fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, contato com os familiares para a preparação de alta, confecção de altas sociais e encaminhamentos. (MOURA, 2015, p. 3)

Nesse sentido, atuavam com terapias individuais e familiares a fim de aconselhar os indivíduos sobre boas práticas de convivência para que houvesse harmonia nas relações familiares.

De acordo com Vasconcelos (2010) na década de 1960 a 1970, os assistentes sociais adotaram o modelo de comunidades terapêuticas para a sua atuação, que tinha o intuito da criação de vínculo entre usuário e profissional estabelecendo uma relação mais democrática.

Segundo Bisneto (2011), houve uma reestruturação no quadro hospitalar brasileiro, com a implementação da ditadura militar em 1964, com a ideia de modernização, na qual houve a privatização das clínicas psiquiátricas e a criação da rede de hospitais do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, destinado aos trabalhadores que possuíam carteira de trabalho registrada, estes tinham acesso a saúde sem pagamento prévio, pois parte do seu salário era destinado ao instituto o qual garantia direito a saúde e direitos previdenciários como nos confirma Hack

Em 1966, a cobertura de previdência social foi expandida a todos os trabalhadores devidamente registrados sobre o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, passando a ser gerida por um único instituto, de abrangência nacional: o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, que compreendia coberturas previdenciárias e de saúde. Em 1977, as questões de saúde passaram a ser de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, e pela Central de Medicamentos – Ceme, que compunham o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas, ao lado do INPS e de outros institutos do campo previdenciário e de assistência social. Nesse contexto, grande volume das ações governamentais no campo da saúde era vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e não ao Ministério da Saúde. O Sinpas evidenciou a gestão interligada das políticas de saúde, previdência e assistência. No período, trabalhadores que contribuíam com a previdência e seus dependentes eram cobertos pelos serviços do INPS e do Inamps, sendo este último o responsável pela atenção em saúde. (2019, p. 35)

Neto (2015) nos chama atenção para esse momento do governo militar, no qual foi justamente o momento em que aconteceu a expansão capitalista a onde o Estado ditatorial buscava pelo desenvolvimento do país tendo como meta o crescimento da produção industrial e optou pela exclusão das forças populares em relação a democratização desse processo.

Dessa forma, Paes (2017), relata que a loucura nesse período de expansão do capitalismo, foi vista como uma ameaça social, pois “com a emergência do modo de produção capitalista, a “loucura” vai estar associada a improdutividade, pois não obedecem a prerrogativa principal desse modelo, a venda da força de trabalho,[...]” (2017, p. 2).

Bisneto (2011), afirma que esse processo de expansão do capital foi desgastante para os trabalhadores, que atuavam em péssimas condições de trabalho, o que levou ao adoecimento mental dos mesmos, que recorriam ao INPS para o requerimento de pensões e auxílios previdenciários demandando ao Serviço Social.

Nesse sentido, com a nova política do INPS e da privatização da saúde mental houve um aumento dos hospitais no Brasil, pois a rede privada construiu diversas clínicas e conseqüentemente aumentou a contratação de assistentes sociais nesse espaço, momento em que a “loucura” foi muito lucrativa, pois o governo militar adotou um posicionamento a fim de beneficiar o produtor privado. (BISNETO, 2011)

Outro determinante que leva ao aumento da contratação dos assistentes sociais na área da saúde mental é o surgimento do conceito biopsicosocial que prevê a participação de outras áreas de conhecimento na saúde, não mais exclusivamente o saber médico, conceito que surge devido ao agravamento de saúde da população,

principalmente em países periféricos, aonde o quadro de profissionais é tido como solução para se trabalhar na prevenção e educação. (BRAVO; MATOS, 2004)

Para Bisneto (2011), a inserção efetiva do Serviço Social nos hospitais psiquiátricos se deu por exigência do INPS que coloca no quadro de funcionários a importância das equipes interprofissionais e determina o assistente social como um dos profissionais que deve estar presente neste espaço.

Bisneto (2011), afirma que essa obrigatoriedade acontece de forma racionalizada e passa a ser determinado ao assistente social lidar com a pobreza pois nesse espaço não haviam somente pessoa com transtornos mental e sim pessoas em vulnerabilidade social as quais incomodava o governo da época, aqueles que tinham algum transtorno mental eram controlados pela psiquiatria e medicação, ficando destinado ao assistente social o controle daqueles em vulnerabilidade social e/ou situação de pobreza.

Nesse sentido, Santos e Guimarães afirmam que o assistente social foi contratado “para o controle das contradições no sistema manicomial (no que corresponde a superlotação e suas consequências para qualidade dos serviços prestados aos usuários).” (2014, p. 384) tendo como papel a manutenção do Estado ditatorial.

Pinto pontua que o assistente social era exercido como subalterno às demais profissões e trabalhava na lógica da assistência, tendo como principais funções o “levantamento de dados sociais dos usuários e seus familiares; confecção de atestados sociais; encaminhamentos para a rede sócio assistencial e difusão de informação e acessar benefícios sociais e aposentadorias.” (2020, p. 37)

Sendo um executor terminal de políticas sociais, determinado pelo governo militar a atender os necessitados.

Portanto, o Serviço Social é demandado pelo Estado que “visa a regulação das relações sociais, econômicas, políticas e ideológicas a fim de reiterar a acumulação capitalista e controlar os trabalhadores.” (MOURA, 2015, p. 5)

Logo, essa necessidade do Estado é suprida pela mão de obra do assistente social que atende a lógica implementada.

Sendo assim, a inserção do assistente social na saúde mental brasileira foi uma estratégia adotada pelo Estado a fim de controlar as expressões da questão social que se elevavam, ou seja, o assistente social era um profissional acrítico, executor

final das políticas públicas e considerado subalterno as demais profissões agindo numa lógica higienista e controladora.

4.2 DESAFIOS NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CAPS.

Segundo Bisneto, o assistente social atualmente é requisitado para atuar na saúde mental por três aspectos principais

- a) por parte dos usuários, devido à penúria social em que se encontram e à necessidade de assistência social conjugada à assistência psiquiátrica, como por exemplo, a atenção à família e a concessão de benefícios previdenciários;
- b) por parte dos profissionais de Saúde Mental que aderiram ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, que vêem o problema social dos transtornos mentais como fundamental no processo de desinstitucionalização;
- c) por parte dos donos e dirigentes de hospitais psiquiátricos ou serviços alternativos, que vêem o Serviço Social como benefício em termos de lucratividade ou redução de custos. (2011, p. 60)

Dessa forma, os assistentes sociais compõem a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS que atuam de forma multidisciplinar, na qual possui profissionais de diversas áreas tendo como objetivo proporcionar o bem-estar do paciente tendo como premissa a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado.

No modelo de atenção psicossocial buscamos olhar integralmente para o usuário, sua família e seu projeto de vida. O hospital psiquiátrico convencional reduzia o usuário a poucas necessidades físicas: alimentação e medicação. Ele não tinha nenhuma outra atividade, ficava internado naqueles grandes terreiros fechados, com perda da dimensão de futuro, e normalmente morria de doenças infectocontagiosas, dadas as más condições de vida e higiene, pelo alto nível de estresse e depressão que sua situação gerava. Na atenção psicossocial você reconhece que o usuário tem outras necessidades, além do próprio tratamento psicológico e psiquiátrico. Ele quer ter vínculos sociais, quer ter acesso à educação, à cultura, quer participar da sociedade, quer trabalhar. Você reconhece que os familiares também precisam de cuidados. (VASCONCELOS, 2016, p. 217-218)

O modelo biopsicossocial, é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que considera a experiência brasileira para a implementação da reforma psiquiátrica como uma das mais avançadas comparada com outros países (VASCONCELOS, 2016).

Dessa forma os assistentes sociais na saúde devem atuar em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão assessoria, qualificação e formação profissional.

Esses eixos devem ser à base do exercício profissional não devendo ser entendidos de forma desconectada e sim articulados sem hierarquia ou dicotomia. (CFESS, 2010)

A ação profissional, portanto, deve ser fundamentada nas três dimensões teórico-metodológica, ético-política e teórico-operativa se estruturando no conhecimento da realidade e na definição dos instrumentais. Tendo como princípio o Código de Ética Profissional 1993, a Lei 8.662/93 que regulamenta a profissão e a Lei 8.080/90 que regula a promoção em saúde. (CFESS, 2010)

O projeto ético político do Serviço Social é um projeto profissional e societário, pois os princípios estabelecidos no mesmo vão além de preceitos que adquirimos em nossa profissão e sim princípios para a construção de uma nova ordem societária sem nem um tipo de exploração e um desses princípios fundamentais e a defesa intransigente dos direitos humanos que prega a empatia, alteridade e que todos possam ser atendidos em suas diferenças e ter acesso a cidadania. (CFESS, 1993)

Os direitos humanos têm como premissa que todos, sem exceção, tenha as condições necessárias para levar uma vida digna, como nos afirma Klazura “A luta por direitos humanos tem como substrato central o reconhecimento da dignidade do outro.” (p.24 2019). Portanto, direitos humanos são princípios e valores que reconhecem que a vida e a dignidade das pessoas devem ser respeitadas independente da sua raça, sexo e condição física ou financeira.

O Serviço Social como profissão interventiva luta por uma sociedade mais igualitária e sua atuação profissional é embasado na defesa dos direitos humanos, seus princípios se materializam no respeito as diferenças e lutando para a ampliação dos direitos fazendo parte de um processo coletivo pois “[...] a dimensão normativa dos direitos humanos, que é fundamental para a construção do Estado democrático de direito.” (KLAZURA p.33 2017).

Importa considerar que o assistente social tem como objeto de trabalho a questão social que “é entendida como resultado da exploração do trabalho pelo capital e da concentração de renda e propriedade que configuram a desigualdade social” (MEIRELLES, 2018, p. 19) Ainda, segundo a autora, a questão social tem as suas expressões que se manifestam na fome, desemprego, violência, situação de rua, uso abusivo de álcool e outras drogas.

Nesse sentido, segundo Robaína (2010), o assistente social atua na perspectiva do enfrentamento às expressões da questão social, com estratégias

relevantes para inserção dos usuários na sociedade, promovendo acesso aos seus direitos sociais, na inclusão dos usuários e suas famílias nas políticas públicas.

Ao observar os princípios do Código de Ética do Serviço Social, o assistente social atua na perspectiva da ampliação e consolidação da cidadania, emancipação do sujeito de direito frente a uma sociedade capitalista e excludente.

Portanto, o assistente social deve trabalhar em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica e contribuir para sua materialização. Contudo, é de suma importância que sua

atuação que preserve a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito. Neste particular, a ofensiva neoliberal e a forma como essas forças têm se apropriado da Reforma Psiquiátrica brasileira ao materializá-la enquanto política social têm colocado enormes desafios à contribuição do Serviço Social (ROBAÍNA, 2010, p. 345)

Segundo Vasconcelos, o projeto ético-político do Serviço social se assemelha a reforma psiquiátrica e ao movimento antimanicomial pois “apresentam, sem dúvida alguma, diversos pontos em comum em seus valores mais gerais.” (2016, p. 43) Ambos possuem o interesse por uma sociedade mais justa que atenda as particularidades dos indivíduos. “o Serviço Social brasileiro, com o seu projeto ético-político, tem muito a fertilizar e colaborar com o movimento antimanicomial e com o campo da saúde mental” (2016, p. 45).

Nesse sentido, o assistente social deve ter uma atuação crítica pautada nas legislações com foco na emancipação dos usuários percebendo a ligação existente entre saúde mental e sistema capitalista detectando que o adoecimento mental esta intrinsecamente ligada às contradições e a exploração de classe. Como contribui Bisneto

No Movimento da Reforma Psiquiátrica o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica á sociedade burguesa e á loucura na sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico. (2011, p. 61)

O Serviço Social nos CAPS atua diretamente com as políticas públicas e benefícios estatais, portanto sua atuação neste espaço é impactada, tendo em vista o

avanço do neoliberalismo e o sucateamento do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como na política de saúde mental, diante do não investimento por parte do Estado.

O sistema vigente e o neoliberalismo³ que visa por um Estado mínimo com a redução de gastos e investimento nas áreas sociais, a transformando em uma espécie de mercado transferindo a responsabilidade estatal para o setor privado causando o desmonte das políticas públicas como nos confirma Bisneto

A crise do Estado e das políticas sociais exerce influência sobre a sociedade, as organizações institucionais e as práticas cotidianas. Calçado no projeto neoliberal, o planejamento econômico faz contenção de gastos na área da saúde pública pela racionalização dos serviços, implicando a diminuição da oferta do atendimento, a passagem da responsabilidade para o setor privado que objetiva principalmente o lucro, a descentralização da saúde com isenção de compromisso e o atendimento às camadas pauperizadas através de serviços mínimos e assistência apenas básica, essencial. (2011, p. 42).

Apesar das conquistas e dos avanços que a reforma psiquiátrica alcançou o cenário atual de precarização das políticas públicas se torna um desafio para atuação do serviço social nos CAPS, pois a falta de investimentos públicos no setor de saúde mental coloca em risco a continuidade de suas propostas.

Nesse caminho, a lógica neoliberal além de provocar o sucateamento das políticas públicas na área da saúde mental estimula ações filantrópicas e do terceiro setor tais instituições tem um caráter seletivo o que leva a perda da lógica de universalidade comprometendo o acesso ao direito. (MOURA, 2015)

De acordo com Vasconcelos (2016), a privatização é uma ameaça para atenção psicossocial, pois instituições privadas visam o lucro e não necessariamente o bem-estar do paciente proporcionando aos mesmos um modelo de internação convencional o qual leva ao retrocesso dos princípios da reforma psiquiátrica, quanto mais repasse de verba se tem para instituições do terceiro setor menos investimentos temos nos CAPS abrindo brecha para o modelo de psiquiatria mais conservadora.

É importante colocarmos vigilantes pois:

os desafios para a efetividade da reforma psiquiátrica estão relacionados ao Estado, que deve se manter comprometido para a inclusão da pessoa com

³ Para Bisneto “o neoliberalismo almeja, pretensamente, diminuir a regulação social, deixando assim que a sociedade seja regida pelas leis “naturais” do mercado, a lei da oferta e procura.” (2011, p. 41)

sofrimento mental e que os tratamentos oferecidos vislumbrem o interesse da pessoa a que se destina a assistência, e no sentido de que a internação se constitua de fato, em última medida; [...] (CEVI; DELI'OLMO, 2017, p. 216)

Tal afirmação se constitui como desafio, pois temos um Estado que delega a sua responsabilidade ao setor privado que visa o acúmulo do lucro e determina internações compulsórias.

Diante do exposto, importa destacar o relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS, o qual é realizado de três em três anos em nível global, tendo como objetivo verificar se as metas estabelecidas no âmbito da saúde mental foram cumpridas, ele apontou que no ano de 2020, aplicado a 171 países, nem uma das metas estabelecidas pelas lideranças de governo se fez eficaz revelando um cenário decepcionante onde a OMS conclui um déficit global de investimentos em saúde mental. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021, n.p)

Neste cenário, contraditório, atua o assistente social em um contexto de não investimento em políticas públicas, no qual enfrenta a falta de recursos e o sucateamento do SUS e dos CAPS.

Sendo o Serviço Social uma profissão que trabalha diretamente com as relações sociais e com as injustiças socialmente produzidas, é importante ressaltar que o assistente social tem um compromisso com a classe trabalhadora assumido em seu código de ética devendo pautar sua atuação a fim de garantir os interesses dela facilitando o acesso ao direito e cidadania. (CFESS, 1993)

A partir da afirmativa no que tange a saúde mental:

O assistente social tem um grande desafio que lhe é imposto, é desenvolver a capacidade do entendimento da realidade dos usuários, construindo estratégias que busquem à efetivação de direitos, utilizando de suas atribuições e de seus instrumentais. No campo da Saúde Mental a busca desses direitos parte do princípio do relacionamento com as redes, e do relacionamento com a equipe multidisciplinar. (LIMA; HONORATO; SILVA, 2022, p. 1197)

Apesar dos desafios enfrentados e o cenário atual que desfavorece a atuação do assistente social o profissional deve sempre se lembrar do compromisso assumido e buscar alternativas para uma atuação ética e comprometida como complementa lamamoto

O desafio é redescobrir 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. (2000, p. 70)

A autora pontua prerrogativas para a atuação do assistente social que em vista dos novos desafios deve se mostrar propositivo e inovador buscando possibilidades de atender as demandas dos seus usuários.

Em consonância com Ferreira e Araújo o trabalho do assistente social na saúde mental e de suma importância, pois

“o assistente social participa de todas as etapas da atenção em saúde mental desde planejamento até a execução das ações de promoção e prevenção das situações de risco de adoecimento mental nas atividades de acolhimento, reabilitação e tratamento terapêutico até a consolidação da reinserção social do usuário. (2015, p. 21)

Tendo uma atuação insubstituível contribuindo com seu olhar crítico e particular tendo conhecimentos políticos e sociais construídos através do seu processo de formação e repertório teórico/prático.

Ainda neste sentido, Bredow e Dravanz o trabalho do assistente social na saúde mental “possui como objetivo mais importante propiciar a conquista de autonomia dos usuários, através do exercício do empoderamento (empowerment), que visa ao incentivo à participação e à ocupação por parte dos usuários e familiares [...]” (2010, p. 8). Tendo como premissa que o indivíduo é sujeito de direitos e deve ter autonomia para tomar as decisões a respeito da sua singularidade.

Por fim, consideramos importantes os questionamentos propostos por Robaína, acerca dos desafios postos.

Para tanto, penso que temos que dar conta de algumas questões: a primeira é mantermos uma permanente análise crítica da política de saúde mental e sua articulação com o projeto da Reforma Sanitária e os princípios inscritos no SUS, porque, para ser substitutivo, o acesso ao serviço tem que ser universal, e o número reduzido de CAPs e sua distribuição desigual entre as regiões estão longe de condenar à morte o hospital psiquiátrico; para ser integral, além de funcionar 24 horas, os serviços devem estar abertos à pluralidade de saberes na sua condução; para ser equânime, teremos que estreitar a relação com a política e equipamentos de saúde em geral de forma a sustentar a oferta de serviços de atenção básica em saúde mental, superando o foco na neurose e psicose grave, nos espaços dos postos de saúde, assim como a emergência psiquiátrica em hospitais gerais. [...] Além disto, se a crítica central da Reforma ao modelo psiquiátrico clássico é a redução da loucura a sua dimensão de doença, é imperioso corresponsabilizar as demais políticas sociais nos processos de atenção às pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico. Ou seja, instituir ações em

rede intersetoriais passa a ser horizonte de intervenção também para os assistentes sociais. (2010, p. 347)

Ademais, não se esgotam aqui os desafios postos ao assistente social no CAPS, considerando a atual conjuntura brasileira, que já vivenciava um aumento na desigualdade social, pobreza, fome, dentre outras situações, as quais impactam a vida dos usuários do CAPS, que por vezes, são usuários de outras políticas públicas. As questões expostas acima, reverberam de forma direta no processo de adoecimento mental dos sujeitos. Questões estas agudizadas durante o período de pandemia⁴ e que estão sendo sentidas atualmente e ainda produzirá efeitos para os próximos anos.

Se esta realidade é devastadora em qualquer área, na saúde mental ela se torna plena de significados, justificados por duas dimensões centrais. No âmbito político, os antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) apontam o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) como o principal ator social que provocou o esgarçamento do modelo segregacional e privatista psiquiátrico e forjou as possibilidades para o surgimento do Movimento de Luta Antimanicomial, com as conquistas observáveis nos dias de hoje. Na esfera assistencial, segundo a perspectiva basagliana, a principal tecnologia de cuidado está centrada no profissional, conforme já destacamos. Desta forma, a precarização do trabalho implica a precarização da política social. Outra exigência na qualificação do trabalho do Serviço Social na saúde mental é utilizar a pesquisa como instrumento para construção de uma metodologia de intervenção do Serviço Social, a partir dos marcos legais da profissão, do projeto Ético-Político e da Reforma Psiquiátrica na sua raiz. (ROBAÍNA, 2010, p. 349)

Portanto, são diversos os desafios postos ao assistente social, que atuando nos CAPS, diante da ofensiva neoliberal que também precariza a sua contratação e sua permanência neste espaço, lidando por vezes, com falta de recursos humanos, equipe sobrecarregadas, espaços precarizados, entre outras.

⁴ Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde – OMS, declarou que estamos em uma pandemia, causada pelo Coronavírus - COVID-19.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando nosso objeto de pesquisa que são os desafios postos ao Assistente Social nos CAPS. O presente trabalho permitiu identificar que estes são inúmeros, uma vez que a materialização da reforma psiquiátrica não se dá somente por meio da existência da lei, nem tampouco os direitos à saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico serão garantidos com a implantação dos CAPS.

Logo, considerar a atuação do assistente social neste equipamento, pressupõe compreender os processos contraditórios, produzidos pelo avanço neoliberal, que sucateia as políticas públicas, mas também que o adoecimento mental pode ser produzido ou agravado pela própria inserção nesta sociedade.

Neste sentido, é importante compreender que o usuário do CAPS é um sujeito que demanda um olhar integral, portanto, somente a existência do equipamento não é o suficiente para garantir a intersetorialidade, por exemplo.

Ainda que de temos superado a lógica de enclausuramento essa prática foi enraizada na nossa sociedade, na qual permanece uma cultura de exclusão, aonde as pessoas em sofrimento psíquico, apesar de não serem mais confinadas em hospitais, ainda estão sujeitas ao não acesso a todos seus direitos.

Apesar de todos os avanços conquistados pela reforma psiquiátrica é importante colocarmos vigilantes para garantir que seus princípios estão sendo cumpridos, pois quando se trata de políticas públicas temos avanços e retrocessos.

Importa lembrar que o assistente social, se insere na saúde mental por volta de 1946, conforme demonstrado na pesquisa, sendo demandado pelo Estado para atuar na saúde mental dentro de uma lógica higienista e de ajuste. Após o movimento de reconceituação, o serviço social rompe com a lógica conservadora e assumi um compromisso com a classe trabalhadora, materializado em seu Código de Ética Profissional.

Historicamente a sociedade brasileira criou uma imagem social sobre a loucura, sobre o adoecimento e sobre o sofrimento psíquico das pessoas. A imagem social construída ao longo da história foi associada ao perigo, ao medo daquele que era considerado “louco” e a resposta dada as essas pessoas era a segregação como forma de um suposto tratamento.

A partir desse pensamento os ditos loucos foram institucionalizados e submetidos a condições sub-humanas, sendo excluídos do convívio social e familiar,

controlados por medicamentos, servindo de cobaia para psiquiatria e sem direito de escolha ou resposta. Toda essa barbárie acontece pautada numa lógica de cuidado aonde a medicina com o seu saber supremo tinha consentimento para as escolhas das práticas em que envolviam as pessoas consideradas loucas.

Para além disso, foi evidenciado que o espaço dedicado ao dito louco não era somente a ele e sim aos grupos sociais que incomodavam e não eram aceitos, sendo mal vistos pela sociedade, numa lógica de higienização social de excluir e segregar as pessoas consideradas “diferentes” ou fora do padrão vigente, as privando de qualquer tipo de direito. Os hospícios além dos loucos tinham como público-alvo os pobres e os vulneráveis.

Todo esse cenário acontece antes da Constituição Federal de 1988 a onde não se tinha uma política de saúde e saúde mental, ou mesmo uma fiscalização dos fluxos hospitalares e isso gerava abuso de poder onde qualquer pessoa com autoridade podia interditar outra, alegando ser uma pessoa “alienada”. Desta forma, usada como uma ferramenta de controle excluindo não somente aos considerados loucos, mas os grupos sociais veneráveis.

Ao longo da história foi se percebendo que esse modelo de cuidado se forjava em um falso cuidado, pois seu princípio era excluir aquele que sofria, sendo um período marcado pela exclusão e estigmatização.

A lei 10.216 de 2001 consolidou legalmente a Reforma Psiquiátrica no Brasil, redirecionando a assistência em saúde mental ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico estabelecendo a prioridade por cuidado em serviços de base comunitária o que origina o Os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS.

Os Centros de Atenção Psicossociais - CAPS surgem como dispositivos que, articulados na rede de saúde, fazem frente à complexidade das demandas de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico e trabalham na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários. Sendo o principal equipamento direcionado a saúde mental hoje.

Neste sentido, o processo de exclusão e de violação de direitos, vivenciado pelas pessoas em sofrimento psíquico, pode não ser rompido totalmente, uma vez que a existência da lei ou dos equipamentos, sem profissionais, sem espaço físico,

sem interesse político, dentre outras coisas, não se materializa os preceitos da reforma psiquiátrica.

Portando, o assistente social na saúde mental não é apenas um profissional que pensa somente o “cuidado”, mais um profissional capaz de relacionar a saúde mental com as desigualdades produzidas pelo sistema capitalista, enxergando que o adoecimento mental pode estar ligado a essa desigualdade. Neste sentido, sua atuação profissional não deverá ser de ajuste ou de culpabilização do indivíduo, nem acrítica, mas sim propositiva, de reflexão crítica a conjuntura histórica, ao sistema capitalista, promovendo de fato, uma intervenção dentro da perspectiva da teoria social crítica.

Desta forma, observamos que o assistente social, inserido nos CAPS, trabalha diretamente com as políticas sociais, que são entendidas como uma ação do Estado para o atendimento das necessidades sociais. Entretanto, na contemporaneidade, as políticas sociais não assumem um papel redistributivo, mas sim compensatório, ou seja, elas não têm a real intencionalidade de acabar com as desigualdades socialmente produzidas mais sim amenizar as contradições do sistema capitalista.

Contudo, como profissional da saúde é necessário criticidade sobre a qualidade dos serviços oferecidos e à defesa intransigente do Sistema Único de Saúde e dos princípios da reforma psiquiátrica.

Diante disso, o assistente social buscar novas formas de intervenção explanando aos seus usuários que a garantia de seus direitos também está ligada aos investimentos em políticas públicas, neste caso na política de saúde mental, ou seja, o desmonte nas políticas públicas e falta de investimento na saúde mental proporciona a precarização dos CAPS, sendo importante também defendam e reivindicarem a qualidade dos serviços prestados, como um direito seu e dever do estado.

Na atual conjuntura, houve um desfinanciamento na saúde e na saúde mental, portanto, para que o equipamento CAPS cumpra com o seu papel, é preciso que o Estado realize os investimentos necessários, seja em recursos humanos adequado, adequação do número de CAPS pelo número de habitantes, dentre outras questões que afetam sua atuação.

Apesar da relação contraditória das políticas públicas que ora atende os interesses do Estado ora atende a classe trabalhadora, num contexto neoliberal a tendência é a retração da intervenção do Estado no campo social ainda a valorização

da área econômica pregando à privatização da esfera pública, a desregulamentação financeira, a flexibilização das relações de trabalho.

O avanço do neoliberalismo encontrasse como um dos desafios enfrentados, também pelo assistente social na saúde mental, uma vez que isto reverbera na sua atuação no cotidiano profissional. As políticas públicas proporcionam ao usuário a redução da exclusão e a consolidação da cidadania. Sem investimento em políticas públicas temos uma limitação na atuação do profissional que trabalha numa sociedade excludente.

O Código de Ética do Serviço Social possui semelhança aos princípios da reforma psiquiátrica ambos reivindicam uma sociedade mais justa que atenda as particularidades dos indivíduos. Ficou evidenciado que o Serviço Social é de suma importância nos CAPS pois se trata de uma profissão crítica com conhecimentos políticos e sociais capazes de compreender a totalidade.

O assistente social é um profissional que abarca a realidade social e tem papel fundamental na materialização da reforma psiquiátrica e no acesso ao direito das pessoas em sofrimento psíquico, podendo contribuir na autonomia dos indivíduos e na emancipação do sujeito, que estão à frente no campo dos direitos sociais e da inclusão, sendo reconhecido como profissional do campo da saúde e compondo a equipe multidisciplinar do CAPS.

O assistente social é um profissional que se compromete com a defesa intransigente dos direitos humanos, explicitado em seu código de ética. Para além disso, a defesa dos direitos humanos visa a luta pela autonomia dos sujeitos que em uma sociedade tão desigual posam ter dignidade e acesso aos direitos sociais.

Ademais, salienta-se a necessidade de novas pesquisas direcionadas à reflexão dos desafios enfrentados pelos assistentes sociais na contemporaneidade no campo da saúde mental, a fim de investigar as melhores estratégias para o fomento das iniciativas de superação dessa realidade.

Diante disto, evidenciamos que o presente trabalho contribuiu com a formação acadêmica, apresentando um debate e análise crítica sobre a saúde mental, sobretudo, no que diz respeito atuação do assistente social inserido nos CAPS.

O cenário atual brasileiro não é favorável para o fortalecimento das políticas públicas, seja na saúde mental e demais políticas, dificultando a materialização da reforma psiquiátrica.

Concluimos que diante da pesquisa, que é preciso resistir a este avanço, e sugerimos que a categoria profissional de Serviço Social, usuários, sociedade civil, dentre outros atores sociais, participem dos espaços de participação popular, se articulando com outras categorias profissionais, exatamente com o intuito de fortalecimento e resistência das consequências de um Estado cada vez mais mínimo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMARANTE, Paulo; Nunes, Mônica, **A reforma psiquiátrica no SUS e a Luta por uma sociedade sem manicômios**: Ciência & Saúde Coletiva. Mangueiras, p. 01-08, 2018. Disponível em: <[Fhttps://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018)> Acesso em: 05/12/2022

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. **“De volta á cidade, sr. Cidadão!” – Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial**: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 52(6): p. 1090 – 1107, nov.-dez. 2018. Disponível em: <[file:///C:/Users/USD/Downloads/Reforma%20psiqui%C3%A1trica%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USD/Downloads/Reforma%20psiqui%C3%A1trica%20(2).pdf)> Acesso em: 05/12/2022

ARAÚJO, Kesia; FERREIRA, Alexandre. **A Importância do Serviço Social na Assistência à Saúde Mental**: Revista Projeção Direito e Sociedade, v.6, n.1: p. 11-27, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/USD/Downloads/480-1648-1-PB_221115_180015.pdf> Acesso em: 05/12/2022

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

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

BRASIL, [Constituição de (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF. Art. 5. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.> Acesso em: 21/03/2023

BRASIL, **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 05/12/2022

BRASIL, **Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003**, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm> Acesso em: 05/12/2022

BRASIL. **Declaração de Carracas, 1990**. Disponível em: <file:///C:/Users/USD/Downloads/declaracao_caracas%20(1).pdf> Acesso em: 05/12/2022

BRASIL. **Ministério da Saúde, 2021**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/8-10-2021-relatorio-da-oms-destaca-deficit-global-investimentos-em-saude-mental>> Acesso em: 16/11/2022

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <file:///C:/Users/USD/Downloads/Portaria%20GMMS%20n%C2%BA%20336,%20de%2019-02-1992.pdf> Acesso em: 05/12/2022

BRASIL. **Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html> Acesso em: 05/12/2022

BRASIL. **Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000**. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>> Acesso em: 05/12/2022

BRASIL. **Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011**, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011> Acesso em: 05/12/2022

BRASIL. **Portaria nº 224/ SAS/MS de 29 de janeiro 1992.** Disponível em: <<https://saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>> Acesso em: 05/12/2022

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.

BRASIL, **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária:** elementos para o debate, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/USD/Downloads/ceJ472Fic4P2HK6fVV92_221113_115756.pdf> Acesso em: 05/12/2022

BREDOW, Suleima; DRAVANZ, Glória. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva:** Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7384/5785>> Acesso em: 05/12/2022

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília: 1993. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 09/12/2022

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas políticas Sociais, Brasília. CFESS, 2010.

COUTO, Bruno. **A relação entre razão e história na modernidade:** uma leitura dos processos de racionalização a partir de Simmel, Weber e Elias: Dossiê Práticas Editoriais e Intermediações da Cultura Arquivos do CMD, Volume7, N.1. Jan/Jun 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/USD/Downloads/48650.pdf>> Acesso em: 30/09/2022

DALGALARRONDO, Paulo; ODA, Ana, **História das primeiras instituições para alienados no Brasil:** Revista História, Ciências, Saúde, Manguinhos, v12, n.3, p. 983-1010, set. dez. 2005. Disponível em: <[file:///C:/Users/USD/Downloads/download%20\(15\)_220930_173149.pdf](file:///C:/Users/USD/Downloads/download%20(15)_220930_173149.pdf)> Acesso em: 03 de outubro 2022

DEL'OLMO, Florisbal; CERVI, Taciana. **Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil:** Revista Seqüência Florianópolis, n. 77, p. 197-220, nov. 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/seq/a/ZWCmZY7Mby855yPqRVzwcwYD/?format=pdf&lang=pt>>
> Acesso em: 05/12/2022

TADEU, Eduardo. **Frases e Versos.** Disponível em:
<[https://www.google.com/search?sxsrf=ALiCzsapWNoOHreMxLsPXP-
eaH6m8QQSGg:1669130404447&source=univ&tbm=isch&q=Um+dos+meus+maior
es+sonhos,+e+conseguir+convencer+a+massa+perif%C3%A9rica,+de+que+o+sin%
C3%B4nimo+literal+de+riqueza,+n%C3%A3o+e+uma+R1+ou+um+Audi+com+vidro](https://www.google.com/search?sxsrf=ALiCzsapWNoOHreMxLsPXP-
eaH6m8QQSGg:1669130404447&source=univ&tbm=isch&q=Um+dos+meus+maior
es+sonhos,+e+conseguir+convencer+a+massa+perif%C3%A9rica,+de+que+o+sin%
C3%B4nimo+literal+de+riqueza,+n%C3%A3o+e+uma+R1+ou+um+Audi+com+vidro)>
> Acesso em: 07/12/2022

FOUCAULT Michel, **Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** 1ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

HACK, Neiva Silvana. **Política Pública de Saúde no Brasil: história, gestão e relação com a profissão do serviço social.** 1ed. Curitiba: Intersaberes, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 2000. Disponível em:
<<https://wandersoncmagalhaes.files.wordpress.com/2013/07/livro-o-servico-social-na-contemporaneidade-marilda-iamamoto.pdf>> Acesso em: 05/12/2022

KAUCHAKJE, Samira. **Participação Social no Brasil Diante da Desestruturação das Políticas Sociais:** novas configurações da sociedade civil organizada como alternativa para recompor os laços sociais e a civilidade nas relações societárias: Revista Emancipação, 2(1): p.159-176, 2002. Disponível em:
<<https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/35>> Acesso em: 05/12/2022

KLAZURA, Marcos. **A luta Pelo Reconhecimento dos Direitos Humanos.** Revista Humanidades em Perspectivas | vol.1 n.1 | p. 24-30 jan/jun 2019. Disponível em:
<<file:///C:/Users/aluno/Downloads/A%20LUTA%20PELO%20RECONHECIMENTO%20DOS%20DIREITOS.pdf>> Acesso em:21/03/2023

KLAZURA, Marcos. **O Serviço Social e a Defesa Intransigente dos Direitos Humanos.** Caderno Humanidades em Perspectivas – v.1 n.1, p. 31-37 – 2017 Disponível em:
<<file:///C:/Users/aluno/Downloads/O%20SERVI%20SOCIAL%20E%20A%20DEFESA%20INTRANSIGENTE%20DOS.pdf>> Acesso em: 21/03/2023

LIMA, Valdeci; SILVA, Ivone; HONORATO, Lorena. **O Assistente Social na Saúde Mental:** Atuação profissional em unidade de saúde mental. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.8.n.06. p. 1184-1199, jun. 2022. Disponível em: <<file:///C:/Users/USD/Downloads/80-o-assistente-social-na-sade-mental-atuao-profissional-em-unidade-de-sade-mental.pdf>> Acesso em: 05/12/2022

MEIRELLES, Giselle Ávila Leal. **Serviço Social e “Questão Social “das origens á contemporaneidade.** 1º ed. Curitiba: Intersaberes, 2018.

MIELKE, F.B. et al. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais:** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): p. 159-164, 2009. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/VxRQnvzxrGVDpbgPmHCQqm/?format=pdf&lang=p>>
Acesso em: 05/12/2022

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOURA, Heline C. *et al* (org.). I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. **A atuação do Serviço Social na política de saúde mental brasileira:** desafios contemporâneos. Londrina PR, de 09 a 12 de junho de 2015.

NETTO. José Paulo. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 17º ed. São Paulo: Cortez, 2015.

PAES, Juliana Santos. **Serviço Social e Saúde Mental:** desafios e possibilidades para o assistente social de Saúde Mental. 2017. Disponível em:
<<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudementaldesafiosepossibilidadesparaoassistentesocialnapoliticadesau.pdf>> Acesso em: 28/11/2022

PINTO, Márcia. **A importância do Trabalho do (da) Assistente Social no CAPS IJ/Ouro Preto.** 2020. Disponível em:
<file:///C:/Users/USD/Downloads/MONOGRAFIA_Import%C3%A2nciaAssistenteSocial.pdf> Acesso em: 01 de novembro de 2022.

ROBAINA, Conceição. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental:** Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em: 05/12/2022

SANTOS, Catiane; GUIMARÃES, Simone. **O campo da Saúde e a Inserção do Assistente Social na Saúde Mental Brasileira:** Revista UNIFSA, Teresina, v. 11, n. 1, art. 20, p. 365-388, jan./mar. 2014. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.12819/2014.11.1.20>> Acesso em: 30/11/2022

SANTI, Marcos. **Os direitos humanos (re)conquistados no Brasil, desde a década de 1970:** Revista Em Tempo de Histórias Publicação do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade de Brasília (PPGHIS/UnB) Nº. 22, Brasília, p. 231-249, Jan. –jul. 2013. Disponível em:
<<https://periodicos.unb.br/index.php/emtempos/article/view/19832/18285>> Acesso em: 21/03/2023

TAVARES, Leandro; HASHIMOTO, Francisco. **A alienação Mental e Suas (Re)produções na Contemporaneidade**: Revista Colloquium humanarum, Presidente Prudente, v.6,n.1, p. 01-10, jun. 2009. Disponível em: <<https://journal.unoeste.br/index.php/ch/article/view/367/570>> Acesso em: 03 de outubro 2022.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceito. Revista História, Ciências, Saúde, Manguinhos, v.9, n. 01, p. 25-59, jan./abr 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 22 de junho 2022

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. 1º ed. Campinas: Papel Social, 2016.

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

VERONEZE Renato, **Pesquisa em Serviço Social: Dimensão Constitutiva do Trabalho do Assistente Social**. 1. ed. Curitiba: Intersaberes, 2020.