

**FACULDADE EDUFOR
SERVIÇO SOCIAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: análise da
intervenção profissional em um hospital psiquiátrico de São Luís-MA



**SÃO LUÍS
2023**

AMANDA MACEDO MARQUES DOS SANTOS

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: análise da intervenção profissional em um hospital psiquiátrico de São Luís-MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Edufor do Curso de Serviço Social, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Orientador(a): Prof. Ma. Enaire de Maria Sousa da Silva

São Luís

2023

S237a Santos, Amanda Macedo Marques dos

A atuação do assistente social na saúde mental: análise da intervenção profissional em um hospital psiquiátrico de São Luís-MA / Amanda Macedo Marques dos Santos — São Luís: Faculdade Edufor, 2023.

92 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (SERVIÇO SOCIAL) — Faculdade Edufor - São Luís, 2023.

Orientador(a) : Enaire de Maria Sousa da Silva

1. Saúde Mental. 2. Serviço Social. 3. Reforma Psiquiátrica. I. Título.

FACULDADE EDUFOR SÃO LUÍS

CDU 36:613.86

AMANDA MACEDO MARQUES DOS SANTOS

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: análise da intervenção profissional em um hospital psiquiátrico de São Luís-MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Edufor do Curso de Serviço Social, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Orientador(a): Prof. Ma. Enaire de Maria Sousa da Silva

São Luís, ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Enaire de Maria Sousa da Silva
Mestre em Desenvolvimento Socioeconomico-UFMA
Orientador(a)

Prof. Izamara Nunes Sousa
Mestra em Desenvolvimento Socioespacial e Regional- UEMA

Prof. Aylana Cristina Rabelo Silva
Mestra em Desenvolvimento Socioespacial e Regional- UEMA

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

Carl Jung

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui, foram cinco anos de muita dedicação e comprometimento com o aprendizado contínuo. Ao longo desses anos vivenciei muitas experiências incríveis, que estarão sempre guardadas em meu coração, porém também tive momentos de dificuldades onde pensei que não seria capaz de vencer algumas batalhas colocadas diante de mim, algumas vezes me senti impotente, incapaz e muitas vezes esgotada emocionalmente, afinal eram muitas responsabilidades entre trabalho e faculdade.

De fato foi um processo muito difícil, entretanto esse processo trouxe muitos frutos, dentre eles, esse trabalho que é resultado de muito esforço, leituras, estudos, lágrimas e noites em claro. Apesar das dificuldades, o processo de realização deste trabalho me ensinou lições que levarei por toda a minha jornada profissional e pessoal.

Consegui concluir meu Trabalho de Conclusão de Curso através de muita fé em Deus, perseverança, determinação, coragem e pessoas especiais que foram meu porto seguro em cada momento. Nesse momento de vitória quero agradecer primeiramente a Deus, o Dono dos meus dias, sem Ele nada disso seria possível. A Deus meu eterno agradecimento pelo dom da vida e por todas as vezes que Ele me sustentou, me fortaleceu e encheu meu coração de fé e ânimo. A presença de Deus em cada momento da minha vida foi essencial para eu poder chegar até aqui.

Agradeço também a minha família, em especial a minha mãe e minha tia na qual eu apelidei carinhosamente desde a infância como Bebeta. Sem elas eu não seria quem sou hoje, minhas queridas mães sou eternamente grata por tudo o que fizeram por mim, agradeço por acreditarem nos meus sonhos e investir neles, por cada oração, palavras de incentivo, apoio e paciência em meus momentos difíceis. Obrigada por me amarem incondicionalmente e terem dado o melhor de vocês para me proporcionar o melhor desta vida. Vocês são meus combustíveis para continuar, eu as amo com todo meu coração.

Agradeço aos meus demais familiares que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse possível, sou grata por cada incentivo e encorajamento. Em especial agradeço a minha prima Helena que em meu primeiro ano de curso me presenteou com um notebook, através dele pude realizar meus estudos e concluir este trabalho. A toda a minha família meu eterno agradecimento.

Agradeço também aos meus amigos de longa data, me sinto muito abençoada pela dádiva de ter bons amigos nesta vida, sou grata por torcerem sempre por mim, vocês também foram essenciais na minha vida.

E claro que não poderia deixar de agradecer aquelas que viram minhas lutas de perto e que seguraram a minha mão em todos momentos, entre altos e baixos, alegrias e tristezas, choros e sorrisos. Mileide, Luciana, Milena Neves, Brenda e Luiza saibam que vocês me salvaram em diversos momentos. Palavras não são capazes de expressar meu amor, carinho e agradecimento por tê-las em minha vida. Vocês são exemplos de força para mim, seres humanos incríveis! É uma honra dividir essa vitória com vocês e muitas virão pela frente.

Agradeço também a Milena Freitas que se tornou uma grande amiga nesse processo, me auxiliando na escrita, incentivando sempre em meus momentos que achei que não conseguiria, me acolher e entender as particularidades do meu processo, sua empatia e seus conselhos foram essenciais para mim. Milena você foi muito importante para mim nesses momentos, muito obrigada por se fazer presente nos momentos mais importantes e difíceis desse processo.

Agradeço às minhas queridas professoras, Aylana, Andreia e minha orientadora Enaire por contribuírem na minha formação acadêmica, que honra foi ter aprendido com vocês, obrigada pelas lições e pelo conhecimento compartilhado, com toda certeza tudo o que aprendi com vocês me proporcionará ir mais longe em minha caminhada. Vocês são profissionais incríveis! Referências para mim!

Por fim agradeço a minha primeira supervisora de campo de estágio Rosiane, Rosi obrigada por transmitir seus conhecimentos comigo, cada ensinamento foi essencial para minha formação profissional. Vivenciar meu primeiro estágio foi muito importante para a construção deste trabalho.

A todos que fizeram parte desta história, meus sinceros agradecimentos!

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cronologia dos primeiros campos de atuação dos Assistentes Sociais	32
Quadro 2 - Perspectivas de Renovação do Serviço Social.....	37
Quadro 3 - Eixos de atuação do assistente social na saúde.....	72
Quadro 4 - Redes de Atenção Psicossocial	79

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

Art. - Artigo

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CE - Código de Ética

CEAS - Centro de Estudos e Ação Social

CEBES - Centro Brasileiro de Saúde

CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

ECP - Enfermaria de Curta Permanência

LOS - Lei Orgânica da Saúde

Método de BH - Método de Belo Horizonte

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAMSCA - Núcleo de Apoio à Saúde Mental da Criança e do Adolescente

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

PPL - Pacientes Privados de Liberdade

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SPA - Serviço de Pronto Atendimento

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

Este trabalho aborda sobre a atuação do/a assistente social na saúde mental. Diante do exposto, o objetivo da pesquisa voltou-se para análise dos principais processos de trabalho desenvolvidos pelo assistente social em um Hospital Psiquiátrico em São Luís-MA. Os objetivos específicos ficaram delimitados em realizar um levantamento sócio-histórico da atuação do Serviço Social no Brasil; analisar o percurso histórico da Política de Saúde Mental e seus principais desafios; levantar dados a respeito da atuação do/a Assistente Social em um Hospital voltado à saúde mental em São Luís-MA. Para tal, buscou-se realizar um estudo acerca das transformações do Serviço Social ao longo da história, considerando os contextos político, econômico e social que propiciaram o próprio surgimento da profissão, bem como, influenciaram suas práticas e concepções. Face a isso, elencou-se considerações históricas acerca da Loucura no mundo e no Brasil, como essa concepção se desenvolveu e se transformou ao longo dos séculos até chegar à compreensão atual de saúde mental que necessita de atenção e cuidado em sua totalidade. Nesse sentido, enfatiza-se acerca das Políticas Sociais voltadas para a assistência à saúde mental, que abrange não só o tratamento médico, mas que engloba o social. Em suma, para a elaboração desta pesquisa, a metodologia se direcionou para a pesquisa bibliográfica, que ocorreu em livros, artigos, monografias e documentos. Ademais foi realizada uma pesquisa de campo qualitativa. Quanto a conclusão da pesquisa, ressalta-se que apesar das problemáticas que envolvem a saúde mental, devido o sistema neoliberal vigente, é primordial a inserção do assistente social nesse campo, uma vez que o profissional através do seu arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo é capacitado a intervir na realidade social das pessoas com transtornos mentais, cooperando assim para que os direitos dessas pessoas sejam garantidos.

Palavras-Chaves: Saúde Mental. Serviço Social. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This work deals with the role of the social worker in mental health. Given the above, the objective of the research turned to the analysis of the main work processes developed by the social worker in a Psychiatric Hospital in São Luís-MA. The specific objectives were delimited in carrying out a socio-historical survey of the performance of Social Work in Brazil; analyze the historical path of the Mental Health Policy and its main challenges; to collect data regarding the performance of the Social Worker in a Hospital dedicated to mental health in São Luís-MA. To this end, we sought to carry out a study on the transformations of Social Work throughout history, considering the political, economic and social contexts that led to the very emergence of the profession, as well as influenced its practices and conceptions. In view of this, historical considerations about Madness in the world and in Brazil were listed, as this conception developed and transformed over the centuries until reaching the current understanding of mental health that needs attention and care in its entirety. In this sense, emphasis is placed on Social Policies aimed at mental health care, which encompasses not only medical treatment, but also encompasses social aspects. In short, for the elaboration of this research, the methodology was directed to the bibliographical research, which took place in books, articles, monographs and documents. In addition, a qualitative field research was carried out. As for the conclusion of the research, it is emphasized that despite the problems involving mental health, due to the current neoliberal system, the insertion of the social worker in this field is essential, since the professional, through his theoretical-methodological, ethical- political and technical-operative is able to intervene in the social reality of people with mental disorders, thus cooperating so that the rights of these people are guaranteed.

Keywords: Mental Health. Social service. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL	19
2.1 Trajetória do Serviço Social no Brasil: fundamentos sócio-históricos que propiciaram o surgimento da profissão	19
2.2 Institucionalização do Serviço Social: das raízes históricas de atuação até o movimento de reconceituação	24
2.3 Serviço Social na contemporaneidade: competências e atribuições profissionais	38
3 PERCURSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS	46
3.1 Considerações históricas acerca da Loucura no mundo	46
3.2 Saúde Mental no contexto brasileiro	53
3.3 Saúde mental no SUS: contexto histórico da Política de saúde mental	57
4 PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO VOLTADO À SAÚDE MENTAL EM SÃO LUÍS-MA	70
4.1 Inserção do Serviço Social na Saúde Mental	70
4.2 Processos de trabalho desenvolvido pelo(a) assistente social no Hospital Psiquiátrico	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	94

1 INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é analisar minimamente a Política de Saúde Mental inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) e compreender a atuação do Serviço Social nesse âmbito. Para tal, é de suma relevância explorar o longo percurso histórico dessa temática que apresenta uma multiplicidade de elementos sócio-históricos.

O interesse pela temática deu-se início através de um período de estágio curricular obrigatório em um Hospital Psiquiátrico de São Luís, esse estágio trouxe relevantes e significativas contribuições para o desenvolvimento acadêmico e profissional, dentre essas contribuições salienta-se o acúmulo de conhecimentos teóricos a respeito das complexas questões que envolvem a saúde mental.

Ressalta-se também como contribuição, a compreensão clara acerca da pertinência do Serviço Social na Política de Saúde Mental, visto que o/a assistente social exerce um papel fundamental na viabilização e efetivação dos direitos dos usuários, apesar das falhas da rede de saúde mental e da falta de Políticas Públicas centralizadas na saúde mental. Ademais aspectos como a instrumentalidade no processo de trabalho do assistente social foram apreendidos, reforçando assim a qualificação profissional.

Face ao exposto, a presente monografia, justifica-se pelo fato da importância do assistente social estar inserido nesse campo de atuação, uma vez que, o profissional atua na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, direitos esses que por séculos foram violados e negados. É importante ressaltar que na atual conjuntura, a Política de Saúde Mental ainda sofre ataques e retrocessos, visto o sistema neoliberal vigente, responsável pelo desmonte do SUS.

Dessa forma para compreender as potencialidades de atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental inserida no SUS, bem como apreender seus principais desafios de atuação, faz-se necessário inicialmente considerar que relação entre Serviço Social e Política de Saúde Mental se deu através de um longo processo que abrange tanto a própria formação da profissão, quanto a construção da atual Política de Saúde Mental vigente. Ambos os processos foram permeados por lutas, resistências, avanços, retrocessos, perdas e conquistas, um ciclo que está longe de se encerrar, visto a dinâmica política e social na qual se inserem.

Diante disso, essa temática é de grande relevância científica para o Serviço Social, visto a limitada produção acadêmica acerca dessa matéria. Desse modo o exposto tema irá contribuir para o desempenho profissional, com análises enriquecedoras para a área, se configurando em material que poderá servir de embasamento para outras temáticas de assunto vinculados a este.

Face ao exposto, o SUS carrega em si grandes conquistas para o povo brasileiro, tendo em vista que é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas. É importante ressaltar que antes de sua criação a Política de Saúde não fornecia acesso universal e gratuito como se tem atualmente, somente quem contribuía com a Previdência Social e estava inserido no mercado formal de trabalho tinha acesso aos serviços de saúde, quem não possuía vínculo trabalhista ficava a mercê da filantropia. Assim tinha-se nesse contexto uma saúde muito limitada, que não abrangia toda a sociedade brasileira (BRAVO, 2009).

Diante disso, somente na década de 1970 que se inicia um movimento conhecido como Reforma Sanitária que objetivava transformações no sistema de saúde até então vigente. Salienta-se que nesse período o país vivenciava uma Ditadura Militar, dessa forma essa época é marcada por inúmeras violações de direitos sociais em todos os âmbitos da sociedade, inclusive no setor da saúde (PAIVA, 2014).

Evidencia-se que na conjuntura da Ditadura militar uma das principais razões da elevada perda de direitos dos cidadãos brasileiros ocorreu devido a um fator determinante: a busca pelo crescimento econômico e fortalecimento do capitalismo. Segundo Paiva (2014, p. 17) “no campo econômico, o período foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários e proibição de greves”. Diante disso, nessa época as principais ações do Estado eram voltadas para o investimento do setor do mercado, para tornar o país em grande potência econômica em detrimento aos direitos sociais da população, que nessa conjuntura foram invisibilizados.

Entretanto, com esse processo de ampliação do capital, diversas problemáticas sociais já existentes no país, se intensificaram tornando explícitas as mais diversas expressões da questão social. No âmbito da saúde, elas se expressavam pelo acesso limitado aos serviços de saúde, doenças associadas às condições precárias que a classe mais vulnerável vivia, à desigualdade social, à violência, à dependência química, à saúde mental, entre outras.

Diante disso, nesse período o país apresentava um modelo de saúde hegemônico: médico assistencial-privatista, ou seja, as ações de saúde se caracterizavam por serviços pontuais e curativos que se inseriram no setor privado devido às privatizações constantes do Estado. Todavia é também nesse período que surgem os alicerces políticos-ideológicos para o surgimento do movimento da Reforma Sanitária.

Assim, enfatiza-se que a Reforma Sanitária foi um importante movimento iniciado na década de 1970 em um cenário de Ditadura Militar que negligenciava os direitos sociais dos cidadãos e repreendia qualquer oposição ao sistema político imposto. Face a isso, a Reforma Sanitária nesse contexto foi essencial para a luta pelo fim da Ditadura em favor da redemocratização do país e para que a saúde ganhasse um novo sistema que englobasse a população como um todo (PAIVA, 2014). Dessa forma, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2009).

Desse modo, após décadas de mobilizações e manifestações sociais e políticas em prol de uma saúde pública universal, integral e igual para todos, em 1988 por meio da Constituição Federal também conhecida como Carta Cidadã que o SUS foi criado e regulamentado em 1990 através da Lei nº 8.080 também intitulada Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Nesse contexto, a saúde mental inserida nessa dinâmica expressa complexidades e singularidades em seu processo, exigindo assim uma análise desvelada acerca das questões que permeiam todo o seu decurso. A vista disso, destaca-se que a saúde mental por um longo período da história esteve relacionada à loucura, animalidade, cujos aspectos de tratamento eram voltados para a exclusão social e violência por meio dos Manicômios, conforme aponta Figueiredo (2014).

Nesse viés, a percepção de loucura no decorrer da história atravessa interpretações distintas. Portanto é necessário levar em consideração que em cada época a sociedade se caracteriza de maneira diferente, o modo como a religião, a política, a economia, a ciência, a cultura se manifestavam na sociedade, determinavam como a loucura era classificada e tratada. Assim, a concepção da loucura na história do mundo atravessa várias ideias, mas em todas elas, os loucos eram tratados de forma desumana, segregados da sociedade, chegando até a serem mortos de forma cruel (MILLANI; VALENTE, 2008).

Face a isso, do mesmo modo que por um extenso período a saúde mental era percebida como Loucura, desrazão, anormalidade, um desajuste que ameaçava a ordem e controle social e dessa forma deveria ser isolada na Europa Ocidental, no contexto brasileiro não foi diferente (BASTOS, 2006)

No contexto brasileiro, os primeiros espaços de exclusão social dos considerados loucos foram as Santas Casas de Misericórdia. Essas instituições ligadas ao viés católico, atuavam como hospitais em uma perspectiva de caridade e filantropia e atendiam aos pobres e doentes, era nesses espaços que os loucos eram “depositados”, sem nenhum tratamento médico especializado (Silva; Holanda, 2014).

Somente em 1852 que o primeiro Hospício do Brasil é inaugurado, denominado Dom Pedro II. É relevante destacar que assim como nos hospícios padrão europeu, essa instituição possuía o mesmo objetivo: a exclusão social dos loucos (JUNIOR; VENTURA, 2014). É relevante salientar que o primeiro hospício brasileiro foi fundado por meio do decreto imperial de 18 de Julho de 1941, dessa forma pode-se afirmar que é a partir dessa data que começa a história das legislações voltadas para saúde mental no Brasil. (SILVA; HOLANDA, 2014).

Desde então, foram-se criando cada vez mais Manicômios no Brasil enquanto o país avançava e se desenvolvia enquanto nação. Apesar de práticas médicas serem introduzidas nesses espaços, a forma de tratamento às pessoas com transtornos mentais em geral eram repressivas, e se caracterizavam por práticas que violavam os direitos humanos, tornando-se assim ineficazes.

Ademais as condições que as pessoas em sofrimento mental viviam eram insalubres, com pouco recursos e cuidados básicos, essas formas de “tratamentos” nos Hospitais Psiquiátricos brasileiros duraram décadas. Essa configuração só teve olhar de mudanças na década de 1970, quando surgiram os movimentos sociais em prol do fim das formas truculentas em que os doentes mentais viviam nos Manicômios, o que para isso acontecer era necessário o próprio fim da instituição.

Assim, o Movimento Antimanicomial foi de suma importância para as transformações no âmbito da saúde mental, foi a partir desse movimento que surgiu o projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira que contribuiu para a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que estabeleceu o fim dos Manicômios e instituiu novas formas de tratamento e assistência às pessoas com transtornos mentais com o objetivo de reinserção social e familiar através dos recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, destaca-se a incorporação do Serviço Social na Saúde Mental, visto sua importância no processo de garantia dos direitos sociais conquistados através de muitas mobilizações políticas e sociais, inclusive da própria categoria profissional. O Serviço Social como profissão, surgiu em 1930 intimamente ligada ao viés da Igreja Católica, com ações pautadas na caridade, filantropia e no conservadorismo (MENDONÇA; SANTOS, 2019).

Nesse sentido, acerca da gênese da profissão, é importante situar que o país passava por significativas mudanças sócio-políticas com o advento da industrialização e da urbanização conforme apontam Mendonça e Santos (2019). Sob o governo do então presidente Getúlio Vargas, o país atravessou a transição da economia agroexportadora para o setor industrial, visto a necessidade do fortalecimento da indústria no setor econômico para além da exportação que até então era a principal forma de gerar riqueza, conforme aponta Pontes (2015)

Diante disso o processo de industrialização no Brasil, trouxe consigo avanços no setor econômico, entretanto logo as problemáticas sociais foram surgindo devido o sistema econômico que se instaura: o capitalismo. Esse sistema tem como princípio estruturante a exploração da classe trabalhadora para a produção e reprodução do capital. Em suma, o sistema capitalista se caracteriza por desigualdades sociais, pobreza, exclusão social, exploração do trabalho, violência.

Posto isto, é sobre essa dinâmica que os assistentes sociais foram chamados para atuar, com o objetivo de mediar o conflito capital X trabalho, sob uma perspectiva de controle social para manter a ordem vigente (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). Essa característica de atuação durou até o Movimento de Reconceituação da Profissão, quando os profissionais se mostraram insatisfeitos com as bases de atuação do Serviço Social Tradicional.

Dessa forma somente após muitos debates, movimentações da classe do Serviço Social, em 1993 a profissão foi regulamentada através da Lei nº 8.662 que objetiva destacar diretrizes importantes para a profissão, principalmente no que tange às atribuições e competências (BRASIL, 1993).

Ressalta-se que no mesmo ano outra grande conquista para o Serviço Social foi a instituição do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, que carrega em si os princípios e valores éticos da profissão que norteiam a atuação do/a assistente social na contemporaneidade, totalmente desvinculado aos da origem da profissão. Em suma, o código de ética da profissão consiste na garantia e proteção

dos direitos dos usuários do Serviço Social, na preservação da legitimidade e responsabilização ética da profissão e na promoção de um serviço social comprometido com a ética e a justiça social (CFESS, 1993).

Considerando o exposto, o objetivo geral da pesquisa se voltou para a análise dos principais processos de trabalho desenvolvidos pelo assistente social em um Hospital Psiquiátrico em São Luís-MA. Os objetivos específicos ficaram delimitados em: (I) realizar um levantamento sócio-histórico da atuação do Serviço Social no Brasil; (II) analisar o percurso histórico da Política de Saúde Mental e seus principais desafios; (III) levantar dados a respeito da atuação do/a Assistente Social em um Hospital voltado à saúde mental em São Luís-MA.

Quanto à metodologia aplicada neste estudo, partiu de uma abordagem qualitativa, onde é caracterizada por ser uma abordagem de caráter subjetivo. Guerra (2014, p. 11) enfatiza que “na abordagem qualitativa, o cientista objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estudam ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social -, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos da situação (...).”

Além disso, houve uma pesquisa bibliográfica, que ocorreu em livros, artigos, monografias e documentos. A pesquisa bibliográfica, de acordo com Gil (2002), se define por ser elaborada a partir de materiais já publicados. Nesse procedimento os dados obtidos são usados no estudo sob forma de citações e referências diretas ou indiretas, fornecendo assim, embasamentos para a produção do trabalho.

Ademais, para alcançar o principal objetivo deste trabalho foi realizada uma pesquisa de campo qualitativa. Dessa forma a referida pesquisa proporcionou uma observação direta acerca dos processos de trabalho do assistente social inserido no Hospital Psiquiátrico localizado em São Luís- MA. Para tal, o principal instrumento de coleta de dados foi a realização de entrevista com 1 (uma) assistente social experiente na área, que respondeu 06 (seis) perguntas acerca de sua experiência enquanto profissional da Saúde Mental.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, garante-se que todos os dados utilizados aqui apenas foram manuseados para fins de elaboração deste estudo.

Quanto à estruturação deste estudo, a monografia está dividida em 03 (três) capítulos, onde o primeiro, intitulado por **LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL**, aborda acerca da trajetória do

Serviço Social no Brasil, compreendendo os fundamentos sócio-históricos que propiciaram o surgimento da profissão. No decorrer do capítulo também foi abordado no tocante a institucionalização do Serviço Social, das raízes históricas de atuação até o Movimento de Reconceituação. Ademais, o capítulo finaliza abordando acerca do Serviço Social na contemporaneidade, as atuais competências e atribuições profissionais, destacando seus princípios éticos que norteiam sua atuação.

O segundo capítulo, intitulado de **PERCURSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS** traz sobre as considerações históricas acerca da loucura no mundo, compreendendo historicamente como a saúde mental, antes vinculada à loucura, era tratada. Para mais, foi abordado acerca da loucura e sua evolução para a concepção de saúde mental no contexto brasileiro. Por fim, o último tópico traz sobre o contexto histórico da política de saúde mental e como ela se insere no SUS.

O terceiro capítulo, intitulado de **PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO VOLTADO À SAÚDE MENTAL EM SÃO LUÍS-MA** abordou sobre inserção do Serviço Social na Saúde Mental e para além disso, os processos de trabalho desenvolvido pelo(a) assistente social no Hospital Psiquiátrico

2. LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

2.1. Trajetória do Serviço Social no Brasil: fundamentos sócio-históricos que propiciaram o surgimento da profissão.

O Serviço Social na sociedade brasileira passou por inúmeros estágios antes da sua atual fase de amadurecimento. Dessa forma faz-se necessário traçar um percurso histórico acerca da profissão em seu processo de construção repleta de particularidades e contradições visto que sua gênese ocorreu no berço de uma fase em que o Brasil passava por inúmeras transformações nas mais diversas áreas da sociedade. Diante disso, para entender a inserção do Serviço Social na sociedade é fundamental realizar a análise do contexto social, político e econômico em que o Brasil estava inserido. Acerca disso, Yazbek (2008, p. 17) corrobora que

(...) os fundamentos das profissões é a realidade social. Assim, parte do pressuposto de que a profissão só pode ser entendida no movimento histórico da sociedade. Sociedade que é produto das relações sociais, de ações recíprocas entre homens, no complexo processo de reprodução social da vida. É dessa forma que entendemos o surgimento do Serviço Social como profissão na sociedade brasileira, seu assalariamento e a ocupação de um espaço na divisão social e técnica do trabalho, bem como a estruturação de um mercado de trabalho particular, resultante de relações históricas, sociais, políticas e econômicas que moldaram sua necessidade social e definiram os seus usuários. (YAZBEK, 2008, p. 17).

Desse modo, segundo Iamamoto e Carvalho (2014), o Serviço Social teve sua origem nas novas classes sociais emergentes que se constituem na expansão da burguesia industrial e do proletariado. Nesse contexto, diversas mudanças ocorreram no modo de produzir e reproduzir o capital que se intensificaram na década de 1930. Essas mudanças configuraram-se no chamado processo de industrialização do país, que trouxe alterações nas relações sociais e condições de trabalho com o advento do capitalismo em sua fase monopolista.

É importante ressaltar que a industrialização no Brasil foi um processo historicamente tardio, ganhando força somente no século XX, enquanto na Europa esse crescimento econômico se iniciou no século XVIII, com a eclosão da Revolução Industrial, que posteriormente se expandiu ao mundo todo, alcançando consequentemente a sociedade brasileira (FORJAZ, 1984).

Segundo Martinelli (2018) com o avanço do sistema capitalista a sociedade como um todo sofreu modificações, foi imposta uma nova forma de relações sociais, novas formas de produção e reprodução da força de trabalho o que impactou o

cotidiano de muitas famílias. Diante disso, Iamamoto e Carvalho (2014, p. 79) apontam que

(...) a reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade.

Como resultado do advento desse sistema de produção, os impactos que se caracterizam por inúmeras desigualdades sociais, se tornaram evidentes, visto que para o progresso econômico ocorrer era necessário se utilizar da exploração da classe trabalhadora, ou seja, o desenvolvimento do capital por meio do progresso tecnológico gerou a “busca da valorização do capital” em detrimento a classe trabalhadora” (SANTOS, 2017, p. 26). Nesse sentido, Martinelli (2018, p. 69) enfatiza que:

O capitalismo, porém, como um modo de produção antagônico, que traz em seu seio a marca da desigualdade, da posse privada de bens, da exploração da força de trabalho, realizou sua marcha expansionista sob o signo da contradição.

É nesse movimento antagônico que se instaurou a luta de classes, o conflito entre capital versus trabalho, o que se tornou luta entre a classe trabalhadora por uma vida digna, dos direitos sociais mínimos capazes de garantir a sobrevivência na sociedade, enquanto a classe burguesa prezava pelo controle social com vistas a manter a ordem do sistema capitalista. (MARTINELLI, 2018). Assim, Iamamoto e Carvalho (2014) trazem que “nesse processo são gestadas e recriadas as lutas sociais entre os agentes sociais envolvidos na produção, que expressam a luta pelo poder, pela hegemonia das diferentes classes sociais sobre o conjunto da sociedade”.

Nessa perspectiva, o processo de industrialização no Brasil foi um marco histórico que desencadeou mudanças em todos os campos e esferas da sociedade brasileira. Sob o governo do então presidente Getúlio Vargas, o país atravessou a transição da economia agroexportadora para o setor industrial, visto a necessidade do fortalecimento da indústria no setor econômico para além da exportação que até então era a principal forma de gerar riqueza, conforme aponta Pontes (2015).

Dessa forma, somente na década de 1930 na chamada Era Vargas que, segundo Suzigan (2012, p. 15) “a industrialização entrou definitivamente na agenda política e da política econômica.”. Sobre o Movimento de 30, Iamamoto e Carvalho (2014, p. 163) definem como um marco importante de um “processo revolucionário”.

(...) processo que leva a uma reorganização das esferas estatal e econômica, apressando o deslocamento do centro motor da acumulação capitalista das atividades de agro-exportação para outras de realização interna. Todos os segmentos da sociedade, são profundamente afetados por essas transformações (...)

Entretanto, todo esse movimento, assim como aconteceu nos países centrais industrializados, resultou em várias problemáticas sociais na sociedade brasileira devido a um fator determinante do sistema capitalista: a exploração da classe trabalhadora na busca pela expansão do capital. Segundo Martinelli (2018, p. 54) “a dinâmica que os donos do capital imprimiram a tal processo transformou-se em uma verdadeira onda de violência contra os trabalhadores”. Assim, é nesse cenário que a chamada questão social (que nada mais é o conjunto das desigualdades sociais manifestadas na sociedade) se evidencia.

Isso significa dizer que a gênese da “questão social” é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital. Esse processo remete à incorporação permanente de inovações tecnológicas pelos capitalistas, tendo em vista o aumento da produtividade do trabalho social e a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 83-84).

Nesse sentido, a classe capitalista sempre buscou estratégias para que o capital se desenvolvesse tendo vista o aumento da lucratividade, em conformidade a essa perspectiva, diante disso, Teixeira (2014, p. 80-81) ressalta que:

Quanto ao desenvolvimento das forças produtivas, o modo de organização capitalista tem um papel relevante no seu impulso, uma vez que a classe capitalista está sempre em busca de um aumento de produtividade do trabalho, que possa proporcionar a maior apropriação possível de trabalho excedente. Ocorre que não é possível apropriá-lo apenas com aumento de sua intensidade e extensão da jornada de trabalho. O aprimoramento dos meios de trabalho é uma maneira de aumentar a aquisição de mais-valia, uma vez que possibilita a compressão do tempo de trabalho necessário à reprodução da força de trabalho, sendo destinado maior tempo à expropriação do trabalho excedente. Esta maneira de aquisição de mais-valia é denominada por Marx como mais-valia relativa.

Desse modo, a chamada mais-valia, teoria marxista que ao definir o modo de produção capitalista, incorpora a esse processo desigual, a expropriação do trabalho, ou seja, a classe dominante detentora dos meios de produção, apropria-se dos lucros gerados pela força trabalho da classe operária, enquanto os trabalhadores ficam alheios ao lucro da sua produção, Barros (2018). Acerca dessa ideia, Barroco (2010, p.34) enfatiza “ao ser alienado, em todo o processo, da atividade que lhe confere identidade humana, o trabalhador se aliena do objeto que ele mesmo criou (...)”. Além disso, Iamamoto e Carvalho (2014, p. 81) também trazem que: “Em outros termos:

são reproduzidas as condições de exploração ou da reprodução da riqueza pelo trabalhador como riqueza alheia; as relações sociais que sustentam o trabalho alienado com seus antagonismos (...). Portanto, a questão social como fruto de um sistema antagônico que se utiliza da desvalorização do trabalho, vai se expressar nas mais complexas e múltiplas problemáticas sociais.

Segundo Badaró (2013, p. 168) “a pobreza, desemprego, violência, discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual, trabalho precário, dificuldade de acesso à saúde, à educação e ao trabalho, falta de moradia, violação dos direitos (...)”, são exemplos das consequências geradas pelo conflito entre capital *versus* trabalho. Nesse contexto, é importante ressaltar que, todas essas transformações sociais, bem como os impactos gerados por ela, só foram possíveis a um motor importante: a cidade.

Pinto (2004) aponta que com o avanço da industrialização no país, muitos trabalhadores se viam obrigados a migrarem aos centros urbanos em busca de oportunidades de emprego e uma melhor qualidade de vida, contudo esse processo migratório evidenciou ainda mais as problemáticas que giravam em torno da sociedade capitalista que estava em desenvolvimento. Acerca disso, Pinto (2004, p. 93) ainda constata que “(...) as condições habitacionais não atendiam às demandas e propiciaram o aparecimento de surtos endêmicos pelas condições miseráveis e anti-higiênicas em que os proletários foram obrigados a se alojar.”

Dessa forma, “a cidade constituiu-se, então, como um lugar importante para a materialização do capital e decisivo para as metamorfoses necessárias à consolidação e expansão do sistema capitalista”, conforme afirma Pinto (2012, p. 94). Nesse sentido, Almeida (2016, p. 83) salienta que a “questão social se manifestou nos grandes centros urbano-industriais como decorrência tanto da ampliação numérica como das formas de organização do proletariado.” Portanto, a urbanização brasileira como parte do processo de consolidação do capitalismo, trouxe consigo inúmeras problemáticas mencionadas anteriormente, aguçando as expressões da questão social.

É relevante destacar acerca da questão social que não é um fenômeno novo, ainda que essa expressão só tenha ganhado destaque e se acentuou na eclosão da sociedade capitalista industrial. Ianni (1989, p. 190) enfatiza isso da seguinte maneira:

A história da sociedade brasileira está permeada de situações nas quais um ou mais aspectos importantes da questão social estão presentes. Durante um século de repúblicas, compreendendo a oligárquica, populista, militar e

nova, essa questão se apresenta como elo básico da problemática nacional, dos impasses dos regimes políticos ou dilemas dos governantes.

Desse modo, ainda que em outros moldes as expressões da questão social eram integrantes do cotidiano da sociedade brasileira em diferentes épocas. Contudo, somente a partir do amadurecimento do modelo capitalista que se configura pela modificação das formas de trabalho, e nessa conjuntura, a inserção do trabalho assalariado no processo de trabalho, tipo de trabalho que se caracteriza como meio do qual a classe dominante alcança sua dominação sobre a força de trabalho da classe trabalhadora (BARROS, 2018) que a questão social se tornou explícita na sociedade.

Dessa forma, é através desse processo de trabalho marcado pela exploração da mão de obra da classe operária, que a questão social se mostrou evidente e “preocupante” à ordem capitalista vigente. Visto que diante das ações capitalistas, a classe operária passou a reagir objetivando melhores condições de trabalho. Face ao exposto, Silva (2013, p. 268) destaca que “(...) a classe trabalhadora, antes servil, transforma-se em classe operária como protagonista principal do processo de legitimidade da questão social no Brasil”. Sobre essa compreensão, Iamamoto e Carvalho (2014, p. 134-135) ressaltam

Os desdobramentos da questão social é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses.

A partir desse momento se torna evidente o antagonismo de interesses e luta de classes, onde há a necessidade de controlar e mobilizar os movimentos sociais que se colocavam frente a exploração da classe trabalhadora. Silva (2013, p. 263) enfatiza que “(...) a questão social traduz-se nas lutas sociais, partidárias ou sindicais que os segmentos ou as classes sociais vêm travando ao longo da formação socioeconômica capitalista do Brasil”.

É válido salientar que o surgimento do Serviço Social acontece nesse processo de reivindicações. Acerca da gênese do Serviço Social como profissão, é importante entender suas particularidades de atuação nos diversos movimentos da sociedade. Tais singularidades são delineadas a seguir na discussão referente ao desenvolvimento do Serviço Social.

2.2 Institucionalização do Serviço Social: das raízes históricas de atuação até o Movimento de Reconceituação

Após o entendimento acerca dos aspectos sócio-históricos que propiciaram o surgimento do Serviço Social, bem como o processo de industrialização no país, a instauração do sistema capitalista de produção e os males que esse modelo socioeconômico trouxe consigo, agravando as desigualdades sociais e, desse modo, acentuando as expressões da questão social, torna-se evidente a emergência de uma profissão instruída a atuar nas relações sociais, objetivando manter a ordem e controle social.

A esse respeito, Iamamoto e Carvalho (2014, p. 81) destacam que “as condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas históricas.”. Além disso:

O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais engendradas nesse processo determinam novas necessidades sociais e novos impasses que passam a exigir profissionais especialmente qualificados para seu atendimento, segundo os parâmetros de “racionalidade” e “eficiência” inerentes à sociedade capitalista (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 83)

Nesse sentido, o Serviço Social como profissão surge no interior do desenvolvimento e fortalecimento do sistema capitalista e nos seus desdobramentos. Acerca do pano de fundo que suscitou o nascimento do Serviço Social, Silva (2013, p. 268) destaca que a sociedade vigente era “uma sociedade em construção, situada num contexto no qual medidas sociais foram tomadas pelo Estado, pela Igreja e, em menor proporção, pelo mercado; medidas visando o tratamento às demandas colocadas pela luta de classes”.

Nesse contexto, devido ao processo de industrialização, a sociedade vivenciava uma época de transformações que ocasionaram na manifestação de duas classes distintas (burguesia e proletariado), com interesses opostos. Logo, resistências, lutas e reivindicações eram concernentes a esse movimento social.

Assim o Estado vê-se obrigado, pelo poder de pressão das classes subalternas, a incorporar, ainda que subordinadamente, alguns de seus interesses, desde que não afetem aqueles da classe capitalista como um todo, dentro de um “pacto de dominação” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 88)

É importante ressaltar que para a consolidação do Serviço Social como profissão que mediava esses conflitos, agentes sociais foram primordiais: a Igreja Católica, o Estado e a Burguesia. Segundo Silva (2013) a Igreja Católica atrelada ao

Estado burguês teve grande influência na implementação do Serviço Social no Brasil, intervindo ativamente nos problemas que permeavam a sociedade, principalmente aqueles que atingiam a classe trabalhadora.

Dessa forma, um dos objetivos da Igreja Católica era amenizar os conflitos sociais daquela época, acerca das ações da Igreja Católica nesse sentido, é relevante frisar que ela tinha interesses a defender, como firmar sua influência na sociedade. Nesse período a questão social era tratada como algo natural, despolitizada, até como questão moral. Diante disso, não se tinha uma atuação crítica a respeito da questão social, se tinha na verdade, na perspectiva da Igreja Católica que controlar, disciplinar e doutrinar a classe operária. Almeida (2016, p. 83) destaca que:

O posicionamento e atuação da Igreja Católica frente à “questão social” expressavam parte de seu esforço em recuperar sua hegemonia no campo moral e intelectual, posicionando-se numa zona de confronto com as influências do liberalismo, presente na conformação do Estado e do ideário comunista difundido por parcela do movimento sindical.

Desse modo, destaca-se que as ações católicas no tratamento à questão social tinham objetivo definido: a preocupação com a recristianização da sociedade em vista da recuperação da sua hegemonia (AGUIAR, 2011). Posto isto, Aguiar (2011, p. 38) enfatiza que

Dentro da recristianização da sociedade, uma questão fundamental para a Igreja no Brasil será o das relações com o Estado. Tendo em vista a separação Igreja-Estado desde a Proclamação da República, o episcopado nacional procura formas de aproximação.

Desta forma, se antes a Igreja se encontrava separada e inerte quanto às problemáticas sociais, é nesse cenário que ela encontra “terreno fértil” para sua intervenção no campo social, visando difundir sua ideologia, que segundo (SILVA, 2013, p. 269) “defendia o trabalho e a religião como cura para todos os males sociais”. Face ao exposto, Oliveira (2005, p. 1) ressalta que

A Igreja Católica utilizou-se historicamente da solidariedade como elemento ideológico na base de sua intervenção na sociedade, no enfrentamento da questão social, constituindo uma mediação na constituição histórica da solidariedade pelas classes sociais.

Posto isto, segundo Silva (2013, p. 269) no que se refere “à origem do Serviço Social no Brasil, compreende-se que a centralidade da Igreja Católica e do Estado nas ações sociais enquanto base confessional-conservadora de atuação (...)”. Sendo assim, o Serviço Social em seus moldes de atuação,

Configura-se, assim, um caráter missionário à atividade profissional, como meio de fazer face aos imperativos da justiça e da caridade, dentro da perspectiva de profissionalização do apostolado social segundo parâmetros

técnicos e modernizadores, numa sociedade, secularizada, ameaçada pelo liberalismo e pelo comunismo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 90).

Vale ressaltar que para a Igreja Católica fortalecer suas ideologias, as encíclicas papais foram importantes meios que fundamentam suas ações. Oliveira (2005, p. 2) define que “Encíclica é uma “carta apostólica”, que manifesta a doutrina social da Igreja Católica e é destinada a toda Igreja Católica e aos seus fiéis de todo o mundo. Possui conteúdo doutrinário e disciplinar situado frente à realidade do mundo”.

As encíclicas que referenciam os movimentos da Igreja na conjuntura brasileira, tem sua origem no século XIX no continente Europeu, devido ao avanço do proletariado e das problemáticas sociais daquela época, tinham como objetivo controlar tais dilemas. Dessa forma, tais mecanismos que são elas a “*Rerum Novarum*” de Leão XIII de 1891 e “*Quadragesimo Anno*” de Pio XII de 1959, foram fundamentais no processo de intervenção da Igreja Católica perante a questão social da sociedade brasileira (SILVA, 2013). Nesse sentido, Oliveira (2005, p. 3) aponta que

A “*Rerum Novarum*” procura analisar os problemas enfrentados pelos trabalhadores e procura soluções para os mesmos. Foi a encíclica mais popular do papado nos últimos tempos e aponta que só apelando para a religião e para a Igreja se pode encontrar uma solução eficaz para a questão social.

Acerca da encíclica “*Quadragesimo Anno*”,

Esta encíclica condena os males provocados pelo capitalismo e somente através da regulação das relações entre os homens pela justiça e caridade cristã e pela cristianização da vida econômica que a humanidade se livrará desse mal. (OLIVEIRA, 2005, p. 3)

Diante disso, “o Serviço Social emergiu dessas bases institucionais, monitorado filosoficamente pela doutrina da ação social da Igreja Católica (...)”. (SILVA, 2013, p. 270). Portanto, após a apreensão desse processo, compreende-se que as características das primeiras atuações do Serviço Social eram pautadas em ações filantrópicas e nos dogmas católicos, de cunho conservador/doutrinário. Nesse contexto, é relevante mencionar que segundo Iamamoto e Carvalho (2014, p. 149) o Serviço Social surge como “um departamento especializado da Ação Católica, embasado em sua doutrina social.” Quanto à Ação Católica, sabe-se que foi um movimento universal da Igreja Católica composta por leigos com o objetivo de expandir a doutrina da Igreja com o propósito da reforma social (AGUIAR, 2011).

No Brasil esse movimento foi fundamental para fortalecer a ideologia da Igreja Católica e assim serviu de base para o surgimento do Serviço Social. Aguiar (2011, P. 35) enfatiza que “a preocupação de formação da Ação Católica centrar-se-á nas elites. Na medida em que estas estiverem preparadas, serão capazes de influenciar na vida social”. Dessa forma, evidencia-se que a Igreja Católica posicionou-se ao lado da elite para o processo de “recristianização” do povo.

Outra instituição fundamental para o surgimento do Serviço Social enquanto profissão é o Estado. Ao passo que a Igreja Católica tratava a questão social na perspectiva moral/conservadora, o Estado adotava ações de natureza política, ainda que essas ações tivessem caráter pontuais, de ajuda e não em uma perspectiva de direito (MENDONÇA; SANTOS, 2019). Nesse contexto, os interesses do mercado se entrelaçam aos interesses do Estado e da Igreja Católica, aguçando a emergência de uma profissão capaz de manter o controle social para que o capital possa se expandir.

Acerca disso, Netto (2011, p. 73) evidencia que “a profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à evolução da ajuda, à racionalização da filantropia, nem à organização da caridade; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica”. Além disso, o autor destaca que:.

É somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social (NETTO, 2011, p. 73).

Dessa forma, o Serviço Social como profissão só pode ser entendido na ordem monopólica, onde segundo Netto (2011, p. 74) “ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social”. Assim, é nesse pano de fundo que o Serviço Social se desenvolve.

Um marco importante no processo de legitimação do Serviço Social como profissão, é a fundação das primeiras Escolas de Serviço Social, período datado de 1936 e 1945. Salienta-se que, como tecido anteriormente, a igreja exerce forte influência na emergência do Serviço Social em parceria com o Estado (YAZBEK; IAMAMOTO, 2019).

Perante o exposto, segundo Almeida (2016, p. 83): “(...) a Igreja cumpriu importante função no processo de recrutamento e formação das primeiras assistentes sociais”. Com relação a predominância de mulheres no processo de formação do Serviço Social, convém destacar que

A origem social das mulheres que ingressam nas primeiras Escolas de Serviço Social vincula-se ao pensamento católico e às classes dominantes; como mulheres e católicas, são influenciadas pelos padrões da moral conservadoras. As determinações postas por esta origem social e de gênero influem na formação de um perfil potencialmente adequado a atividades educativas, de cunho moralizador. (Barroco, 2010, p. 76)

Nesse contexto, as ideologias comunistas que fomentaram as lutas do movimento sindical, ameaçavam a ordem e o controle social. Dessa forma a Igreja viu-se obrigada a se posicionar veemente contra essas reivindicações porque as consideravam como decadência moral e dos costumes. É nessa perspectiva que a Igreja baseou suas ações com o propósito de uma chamada reforma social, conforme aponta Aguiar (2011).

Dessa forma, as primeiras escolas de Serviço Social foram importantes instituições que legitimam e deram suportes teóricos (ainda que atrelado ao humanismo conservador) para as ações das primeiras assistentes sociais. Acerca do aparecimento das primeiras escolas de Serviço Social, Almeida (2016, p. 83) evidencia que

Destarte, o contexto social histórico no qual surgem as primeiras escolas de Serviço Social no Brasil, a partir da segunda metade dos anos 1930, evidencia que o processo de luta protagonizado pelo proletariado urbano desencadeou tanto reações de cunho repressivo, como a tentativa de cooptação e controle dos trabalhadores a partir do corporativismo estatal e, ainda, a mobilização de setores da sociedade civil imbuídos do forte propósito de ajuste moral do operariado, evidenciando os traços constitutivos do processo de construção da dominação burguesa, no qual as relações arcaicas e o conservadorismo constituem componente central do processo de modernização das relações capitalistas.

A primeira Escola de Serviço Social no Brasil, surgiu em São Paulo em 1936, do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS). Esse Centro que teve início em 1932 era formado por um grupo de moças que tinham o objetivo de intervir nas expressões da questão social por meio da doutrina social da Igreja. (AGUIAR, 2011). Ressalta-se que o CEAS coordenou a instalação da Ação Social em São Paulo, um indutor importante do Serviço Social no Brasil (AGUIAR, 2011).

Dessa forma, acerca do Centro de Estudos e Ação Social, “seu início oficial será a partir do Curso Intensivo de Formação Social para Moças promovido pelas Cônegas de Santo Agostinho, para o qual fora convidada Mlle. Adèle Loneaux da Escola Católica de Serviço Social de Bruxelas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 178). Nesse contexto é importante salientar que Mademoiselle Adèle de Loneaux,

professora de Serviço Social da École Catholique da cidade de Bruxelas situada na Bélgica foi uma grande influência na Escola Paulista. Fundamentando e fortalecendo assim, as técnicas de atuação no campo social através do modelo Belga (SCHEFFER, *et al.*, 2019). Segundo Scheffer, *et al.*, (2019, p.2) “a vertente belga, atenta-se para a ênfase na função do profissional como mecanismo de normalização do indivíduo. Logo, conclui-se que, na vertente apresentada à época, os indivíduos patológicos eram o objeto onde se incidia a prática profissional”.

Destaca-se que outra iniciativa relevante para a fundação da primeira Escola de Serviço social no país, conforme Aguiar (2011, p.43) aponta: “o CEAS envia para a Bélgica duas sócias, para cursarem a escola de Serviço Social e, quando voltam ao nosso país, ultimam os preparativos para o surgimento da primeira Escola de Serviço Social no Brasil, que se instala em 15 de fevereiro de 1936”.

Assim, as atividades do CEAS se baseiam em diversas ações que visavam orientar e tecnificar a atuação das moças católicas, bem como a promoção de cursos como Filosofia, moral, legislação do trabalho, doutrina social, enfermagem de emergência (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 184). Dessa forma, a partir do CEAS, é fundada a Escola de Serviço Social de São Paulo, a primeira instituição da área.

No ano seguinte, em 1937 sob o mesmo cenário e sob as mesmas bases doutrinárias surge a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro. Assim como a Escola de São Paulo, a Escola do Rio de Janeiro se fundamenta sob as doutrinas da Igreja Católica. O Cardeal Leme teve um papel fundamental no processo de luta e conquista da hegemonia da Igreja Católica na sociedade brasileira (AGUIAR, 2011). O autor enfatiza que a Escola do Rio foi impulsionada por ele, trazendo a perspectiva da formação social. Nesse sentido, para a consolidação da Escola carioca, as Semanas Sociais foram importantes meios para a formação social dos católicos. Originadas da Europa, especificamente da França, as semanas sociais aqui no Brasil se difundiram através do Grupo Social do Rio de Janeiro em 1936 com o objetivo de fortalecer a doutrina da Igreja (AGUIAR, 2011). Nesse cenário, segundo Aguiar (2011, p. 44 apud LIMA, 1978, p. 40):

Em junho de 1937, funda-se no Rio de Janeiro o Instituto de Educação Familiar e Social, com os seguintes objetivos: “Formar entre as mulheres, não de uma classe, mas de todas as classes sociais, uma consciência de comunidade cristã que venha substituir o individualismo liberal egoísta sem cair na socialização inumana estatal. Para isso forma assistentes sociais, educadores familiares e donas de casa que venham ser no meio em que vivem e trabalham, nos institutos em que ensinam ou nos ambientes sociais

em que atuam, como elementos de correção das anomalias sociais, verdadeiros elementos de renovação pessoal e católica.

Portanto, é sob essa ótica que se desenvolve a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro. É relevante frisar que, no que diz respeito às influências estrangeiras das primeiras escolas de Serviço Social do Brasil, o modelo franco-belga vinculado ao neotomismo (sustentação filosófica) serviu como suporte teórico e prático das ações dos primeiros assistentes sociais no campo social. (SCHEFFER *et al.*, 2019).

Diante disso, o autor afirma que “portanto, o modelo franco-belga foi sincretizado na formulação da ‘Ação Social’ que se estruturava na lógica ‘Ver- Julgar- Agir’.” (SCHEFFER *et al.*, 2019, p. 3). Cabe destacar que esse modelo não foi o único, visto que a vertente norte-americana foi fundamental no processo de desenvolvimento das práticas do Serviço Social Tradicional já na década de 1940.

É relevante mencionar que a vertente norte-americana teve seu início nas relações Brasil-Estados Unidos, essa vertente caracteriza o Serviço Social em uma visão mais tecnicista (ainda atrelado ao conservadorismo). É a partir da incorporação dos pressupostos teóricos norte-americano que tem-se a fundamentação das técnicas e métodos que guiavam as ações do Serviço Social. Aguiar (2011)

Nesse cenário, é importante destacar a participação mais efetiva do Estado no processo de institucionalização do Serviço Social, inserido na divisão sociotécnica do trabalho, visto que era demandado do Estado ações de natureza política em resposta à classe trabalhadora, bem como profissionais qualificados a exercerem nessas demandas (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

A vista disso, Iamamoto e Carvalho (2014, p. 189-190) enfatizam que “o portador dessa qualificação não mais necessariamente será uma moça da sociedade devotada ao apostolado social. Progressivamente se transformará num componente de Força de Trabalho, possuindo uma determinada qualificação, englobada na divisão social-técnica do trabalho”. Logo, nesse contexto, surgem os primeiros espaços de atuação do Serviço Social na área estatal. Assim, o “Serviço Social no Brasil afirma-se como profissão, estreitamente integrado ao setor público em especial, diante da progressiva ampliação do controle e do âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 86)

A década de 1940 marca um período importante no que se refere à expansão de Escolas de Serviço Social no país, o desenvolvimento da formação dos assistentes sociais no que tange a introdução de novas técnicas das práticas profissionais, bem

como a ampliação dos primeiros espaços sócio ocupacionais de atuação desses profissionais. Nesse cenário, os primeiros assistentes sociais atuavam entre o setor público e setor privado, levando em consideração as relações Estado-Igreja que tinham papel importante na institucionalização das profissionais de Serviço Social naquela época e pela abertura do campo profissional (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2014), a cidade de São Paulo diferente do Rio de Janeiro centralizou suas demandas no setor público, no Departamento de Serviço Social do Estado, é importante ressaltar que esse Departamento em 1939 firmou convênio com o CEAS, com o objetivo de ordenação de três Centros Familiares que operavam em bairros operários. Já no ano de 1940, o Departamento Estadual do Trabalho e Juízo de Menores foram os primeiros espaços públicos de atuação das assistentes sociais em exercício, dessa forma essas profissionais eram atribuídas a atuarem como Inspetoras de Trabalho de mulheres e menores. É importante mencionar que São Paulo foi o Estado que mais abrangeu áreas de intervenção para assistentes sociais formados, principalmente no que tange ao exercício profissional nas instituições públicas.

Ainda segundo os autores, no Estado do Rio de Janeiro, o Juízo de Menores e o Serviço de Assistência ao Menor da Prefeitura são os primeiros espaços do setor público a inserirem os assistentes sociais. Acerca dessa perspectiva, Valente (2009, p. 72) enfatiza que a contratação de assistentes sociais nesses espaços foram prioridade “de inserção da profissão nascente”. Abaixo segue o Quadro 1, que expõe acerca dos primeiros campos de atuação profissional do Assistente Social.

Quadro 1 - Cronologia dos primeiros campos de atuação dos Assistentes Sociais.

Ano	Setor
1932	Centros Operários e Círculos de Formação para Moças, fundado pelo CEAS.
1934	Departamento Estadual do Trabalho-Inspetores do Trabalho de Menores e Mulheres.
1935	Departamento de Assistência Social do Estado.
1937	Juízo de Menores. Prefeitura de São Paulo.
1938	Serviço de Proteção aos Imigrantes
1940	Centros Familiares (CEAS - Departamento de Serviço Social). Indústrias e estabelecimentos comerciais. Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Industriários. Obras Particulares.
1942	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

Fonte: Iamamoto e Carvalho (2014, p. 200)

Essas instituições não foram as únicas áreas de atuação dos assistentes sociais, progressivamente novas instituições estatais e particulares vão surgindo e demandando ações de profissionais especializados a atuarem nesses espaços que tinham como objetivo mobilizar os conflitos sociais através de práticas assistenciais e doutrinárias, gerados pelo sistema político-econômico vigente. Diante disso Iamamoto e Carvalho (2014, p.121) expressam que “o Assistente Social, no exercício de suas atividades vinculado a organismos institucionais estatais, paraestatais ou privados, dedica-se ao planejamento, operacionalização e viabilização de serviços sociais por eles programados para a população.”

Nessa conjuntura, é necessário reiteradamente situar que o Serviço Social teve sua emergência como profissão devido à reprodução das relações sociais decorrentes do modo de produção capitalista marcado pela forte valorização do capital. Nesse sentido, Barroco (2010, p.35) enfatiza acerca da sociedade capitalista, entre o seus vários aspectos, “os valores éticos, estéticos, tendem a se expressar como valores de posse, de consumo, reproduzindo sentimentos, comportamentos e representações individualistas, negadoras da alteridade e da sociabilidade livre”. Nesse contexto, o valor financeiro influenciou todas as áreas da sociedade, influenciando assim, as atividades humanas sob esses valores. (BARROCO, 2010).

Logo, esse processo propiciou, ou melhor, induziu um Serviço Social que tinha em sua prática profissional ações no campo ideológico da moral com vista ao fortalecimento desses valores, que negassem assim, qualquer intenção de saída do estado de alienação a qual a sociedade capitalista se estrutura. Em consonância a essa perspectiva, a moral tem sua origem no

(...) desenvolvimento da sociabilidade; responde à necessidade prática de estabelecimento de determinadas normas e deveres, tendo em vista a socialização e a convivência social. Faz parte do processo de socialização dos indivíduos, reproduzindo-se através do hábito e expressando valores e princípios socioculturais dominantes (...). (BARROCO, 2010, p. 42).

No contexto em questão aqui debatido, uma sociedade marcada pela divisão de classes sociais, Barroco (2010, p. 45) vai enfatizar que “na sociedade de classes, a moral cumpre uma função ideológica precisa: contribui para uma integração social viabilizadora de necessidades privadas, alheias e estranhas às capacidades emancipadoras do homem”. A liberdade então, nesse cenário é mobilizada pela pelas classes dominantes, que se utilizaram da moral, especificamente da moral conservadora da Igreja Católica, para conter as manifestações dos trabalhadores que viviam em situação desumanas em todos os campos da sociedade.

Dessa forma, a Igreja Católica teve grande influência na formação de um projeto profissional do Serviço Social pautado em valores conservadores. Logo, assistentes sociais formados nesse período, atuaram nos primeiros espaços socioocupacionais sobre essa perspectiva. O Estado nesse contexto estava buscando, através das ações da Igreja Católica (que agia nas problemáticas sociais da época) estratégias de contenção do que era chamado “desajustes sociais” a fim de manter o controle da sociedade. Logo a ação profissional dos primeiros assistentes sociais segundo Barroco (2010, p 94) era uma “Ação profissional tem por objetivo

eliminar os ‘desajustes sociais’ através de uma intervenção moralizadora de caráter individualizado e psicologizante; os “problemas sociais” são concebidos como um conjunto de ‘disfunções sociais’, julgadas moralmente (...).” Essa perspectiva foi materializada nos Primeiros Códigos de Ética Profissional do Serviço Social no Brasil de 1948 a 1975. Nesse sentido, Silveira (2019, p. 2) salienta que

Destarte, a ética profissional é uma dimensão importante para a profissão, uma vez que possibilita elencar e mediar o conjunto de necessidades, demandas e respostas que a legitimam na sociedade de classes. É uma dimensão essencial para a prática profissional, pois fornece elementos valorativos que conduzem a profissão numa direção ético-política com vistas a viabilização dos direitos humanos no processo de produção e reprodução das relações sociais.

Entender esse processo é importante no que se refere à compreensão acerca dos avanços e retrocessos que o Projeto ético-político do Serviço sofreu ao longo da sua história. É importante destacar que ao todo foram cinco códigos de ética do Serviço Social no Brasil, cada código se desenvolveu em determinados momentos históricos, abordando os aspectos que a sociedade vivenciava em cada momento, conforme aponta Silveira (2019).

Face ao exposto, salienta-se que no período datado de 1950 até a década 1960, o Brasil experimentou um processo intenso de transformações que abrangia todos os âmbitos da sociedade, inclusive no Serviço Social. Desse modo, todas essas mudanças sociais, políticas, econômicas, culturais, ideológicas, influenciaram diretamente como a prática profissional das assistentes sociais se manifestavam na sociedade. Durante esse período, cabe destacar o regime militar, que conforme Netto (2015) pontua, período autocrático burguês, esse termo é utilizado pelo autor para referenciar o processo da Ditadura militar, que teve seu início com o golpe realizado por militares em 1964 e se pendurou até o ano de 1985.

Nessa perspectiva, torna-se relevante compreender, por exemplo, que o golpe de 1964 não foi levado a cabo apenas por forças militares. Ele contou com a participação decisiva de classes oligárquicas e de poderosos grupos econômicos nacionais e transnacionais, podendo ser classificado como um golpe de classe com uso da força militar. Identificar a participação de relevantes sujeitos para além dos militares no golpe de 1964 permite afirmar que não se sustenta a alegação de que o golpe traduziu uma guerra civil entre um lado comunista/“terrorista” e outro, que defendia uma ordem democrática. Pelo contrário, pode-se perceber que o Estado foi agente de repressão e estado de terror, aplicados por meio de atos institucionais e extrainstitucionais, que sufocaram lideranças políticas e ensejaram o surgimento de personagens destituídos de ética e de civilidade (SILVA; STAMPA, 2019, p. 3)

Posto isto, é importante pontuar que o Golpe militar de 1964 “abriu portas” para um longo período marcado pela violência, pela repressão, pelo regime autoritário sem abertura para qualquer passo para o avanço de conquistas para a classe subalterna. Acerca dessa época Silva e Stampa (2019, p. 1) salientam que foi marcado, “na história política e social brasileira, por violações sistemáticas de direitos humanos— inclusive assassinatos, desaparecimentos forçados e pela prática da tortura por motivos políticos—bem como pela negação de valores democráticos e pelo arbítrio do Estado.” Dessa forma, acentuando os desafios e retrocessos do Serviço Social que nesse período já estava desenvolvendo um olhar profissional mais crítico, mas que foi mobilizado devido a coerção que regia o sistema político nesse período (ASSUMPÇÃO; CARRAPEIRO, 2014). Nessa lógica,

Com a implantação do regime político ditatorial, os movimentos políticos emergentes durante o período populista foram desmobilizados, mudando o rumo de suas lutas. Alguns da categoria dos assistentes sociais atuavam junto a estes movimentos, com a intenção de construir um compromisso explícito do Serviço Social com os interesses dos setores populares. Com o golpe militar, este trabalho é interrompido (...). (ASSUMPÇÃO; CARRAPEIRO, 2014, p. 107 apud SILVA, 2011, p. 49)

Nesse cenário, pode-se afirmar que outro fator é característico desse processo: o desenvolvimento econômico. Silva e Stampa (2019, p. 5) evidenciam isso, “o período da ditadura militar também demarcou, dentro da lógica do sistema capitalista de produção, uma fase de grandes transformações na economia do Brasil, de modernização da indústria e dos serviços, de concentração de renda, de abertura ao capital estrangeiro e do endividamento externo”. Logo é relevante rememorar que o modo de produção sempre vai agudizar as expressões da questão social e as desigualdades sociais, portanto nessa conjuntura específica foi extremamente violenta a forma como o Estado intervém nessas problemáticas sociais. Acerca da atuação do Serviço Social nesse contexto, pode-se afirmar que,

(...) a atuação profissional neste período se deu em três frentes: 1) no Estado, que respondia à questão social de forma coercitiva, tecnocrática, meritocrática e conforme demanda econômica do capital; 2) nas multinacionais, que precisavam de profissionais apropriados do aparato burocrático e que pudessem intervir diretamente na relação capital/trabalho, em meio às manifestações dos trabalhadores; e 3) na filantropia privada, que se expandiu diante do aprofundamento da questão social, decorrente do processo de crescimento da população urbana (ASSUMPÇÃO; CARRAPEIRO, 2014 p. 107 apud CARDOSO, 2013, p. 133)

Portanto, é nesse movimento da história da sociedade brasileira que o Serviço Social brasileiro caminha para as fases de renovação da Profissão. Destaca-se que esses processos sócio-históricos foram imprescindíveis para o desenvolvimento e fortalecimento de um movimento denominado Movimento de Renovação do Serviço Social. Frente à isso, Netto (2015, p. 172) enfatiza:

Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas e demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Nessa direção, Viana *et al.*, (2015) assegura que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social foi um marco importante para a Profissão no contexto latino-americano, pois nesse momento, a discussão de novas práticas profissionais baseadas em uma perspectiva mais crítica - rompendo assim com as práticas tradicionais baseadas na caridade e no assistencialismo- ganhou forças nos espaços de debate do Serviço Social. É importante salientar que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social foi um movimento amplo, não ocorreu somente no Brasil, abrangeu toda a América Latina, mas não pode-se dizer que foi um movimento homogêneo. Sobre essa perspectiva, (ASSUMPÇÃO; CARRAPEIRO, 2014, p. 107 apud NETTO, 2007, p. 75) salientam:

Entre 1964 e 1968, o Serviço Social latino-americano se articulou através do Movimento de Reconceituação, composto por assistentes sociais conscientizados de suas limitações teórico-instrumentais e político-ideológicas. O Movimento de Reconceituação expressou a crítica ao Serviço Social tradicional, trazendo questionamentos sobre o papel da profissão frente às expressões da questão social. Compunham este movimento dois grandes segmentos: um que apostava na modernização do Serviço Social a fim de torná-lo compatível às demandas macrossocietárias; e outro que defendia a total ruptura com o passado da profissão e a vinculação aos projetos de superação das estruturas sociais de exploração e dominação.

Face ao exposto, segundo Assumpção e Carrapeiro (2014) é influenciado pelo Movimento de Reconceituação do Serviço Social que o Movimento de Renovação do Serviço Social brasileiro se expande para as diversas regiões do país, dessa forma nesse momento cada vez mais profissionais se colocavam nos centros de debate acerca da polemização profissional. Acerca dos traços do processo de renovação do Serviço Social no Brasil, evidencia-se que o foi um processo gradativo, houveram três direções principais pela qual o Serviço Social perpassou: a perspectiva

modernizadora, a perspectiva de reatualização do conservadorismo e a perspectiva de intenção de ruptura (NETTO, 2015).

Quadro 2- Perspectivas de Renovação do Serviço Social

Tópicos	Modernização do Conservadorismo	Reatualização do Conservadorismo	Intenção de Ruptura
Matriz filosófica	positivismo/funcionalismo	fenomenologia	marxismo
Principais marcos	Seminário de Araxá (1967) e Seminário de Teresópolis (1970).	Seminário de Sumaré (1978) e Seminário do Alto da Boa Vista (1984).	Método de Belo Horizonte (conhecido como Método de BH – década de 1970
Principal formulador (a)	José Lucena Dantas	Ana Augusta Almeida e Ana Maria Braz Pavão	Leila Lima Santos
Características	conservadorismo, adequação do Serviço Social às exigências da autocracia burguesa; culpabiliza o indivíduo por sua condição social; discurso cristão; demonstração de uma neutralidade quanto às contradições existentes na sociedade; inseria o serviço social no arsenal de técnicas sociais voltadas ao desenvolvimento capitalista.	Conservadorismo, buscava resgatar o serviço social tradicional sob a égide da fenomenologia; centrava sua análise e intervenção na ajuda psicossocial (práticas psicologistas); subordinação a uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional.	pretensão de romper com a herança teórico-metodológica conservadora e seus paradigmas de intervenção social. Existência de uma distância entre a intenção de romper com o passado conservador do Serviço Social e os indicativos prático-profissionais para consumá-la.

Fonte: Garcez (2021, s.p).

Portanto, o processo de renovação do Serviço Social no Brasil se desenvolve sobre estas direções. Em síntese, torna-se evidente que as duas primeiras perspectivas não foram capazes de romper com o conservadorismo, base de atuação profissional do assistente social, ambas buscavam fortalecer e adequar o conservadorismo no regime vigente daquela época. De acordo com Netto (2015) foi somente através da última direção face à renovação do Serviço Social brasileiro, a perspectiva da intenção de ruptura, emergindo na primeira metade dos anos de 1970, que o Serviço Social finalmente pôde afastar o caráter conservador que penetrou a profissão por longos anos desde a sua fundação. Além disso, o autor traz que:

Ao contrário das anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador). Na sua constituição, é visível o resgate crítico de tendências que no pré-1964, supunham rupturas político-sociais de porte para adequar as respostas profissionais às demandas estruturais do desenvolvimento brasileiro (NETTO, 2015, p. 206).

É importante destacar que nesse cenário de desenvolvimento e consolidação dos ideais da perspectiva de intenção de ruptura, que a tradição marxista se aproxima do Serviço Social, conforme analisa Netto (2015). Acerca desse processo de inserção da teoria de Karl Marx no Serviço social e sua contribuição no que tange a construção de um novo arcabouço teórico profissional, bem como as novas regulamentações da profissão que regem a atuação dos assistentes sociais na contemporaneidade, que o tópico a seguir se desenvolve.

2.3 Serviço Social na contemporaneidade: competências e atribuições profissionais

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil foi marcado por retrocessos e avanços significativos para a profissão. Um marco importante que foi resultado de todo esse processo de ruptura com o Serviço Social “tradicional” foi o chamado Congresso da Virada, “que vai potencializar as condições para a construção do projeto ético político, teórico metodológico e técnico operativo do Serviço Social brasileiro” (YAZBEK, 2016, p.19). O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como “Congresso da Virada”, ocorreu no ano de 1979 em São Paulo realizado pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), atualmente conhecido como Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (GODOY; COUTO, 2009).

Neste contexto, ressalta-se que o país vivia um longo período de ditadura militar desde 1964. Logo, aquela época dentre seus vários aspectos se caracterizava por “prisões arbitrárias e a tortura em nome da “segurança nacional”, a perda de direitos civis e políticos devastaram vidas daqueles que lutaram pela democracia e pela emancipação humana” (IAMAMOTO, 2020, p. 5).

Diante disso, o III CBAS, segundo Iamamoto (2020, p. 4) “foi a primeira e tardia manifestação massiva da categoria dos e das assistentes sociais contra a ditadura

militar-empresarial e o poder de classe que a sustentou.” Além disso, a autora enfatiza que:

Esse congresso é um marco simbólico na recusa do conservadorismo de origem no Serviço Social brasileiro em favor de sua renovação histórico-crítica. O III CBAS articula, unifica e simboliza a “virada” dos compromissos políticos do Serviço Social com as classes dominantes e o poder político que presidiram sua institucionalização e desenvolvimento no país. Os assistentes sociais, como coletividade, passam a sintonizar-se com os interesses e necessidades de trabalhadores e trabalhadoras em luta pela democracia. O “Congresso da Virada” expressa a luta pela hegemonia no universo de assistentes sociais: na sua atuação, na formação acadêmica e na produção de conhecimentos na área de Serviço Social (IAMAMOTO, 2020, p. 5).

Face ao exposto, o final da década de 1970 além de delimitar a crise da ditadura, marca de fato os novos caminhos do Serviço Social em busca de um renovado projeto ético político da profissão, bem como uma nova teoria crítica acerca da questão social que pautasse um novo fazer profissional. Essa teoria crítica será embasada na tradição marxista. A incorporação das teorias de Karl Marx de forma mais significativa no processo da formação crítica do Serviço Social, se deu desde o Movimento de Reconceituação no contexto latino-americano (SILVA, 2019).

No que refere a importância da teoria marxista para o Serviço Social, é relevante pontuar que é através das obras Marx que o Serviço Social pôde analisar criticamente o fundamento das expressões da questão social que se acentua na ascensão do modo de produção capitalista.

Marx foi um pensador dos elementos fundamentais do capitalismo, como um sistema econômico e as formas de desenvolvimento, analisando a mercadoria, a moeda, o capital, o trabalho, a mais-valia, a acumulação de capital e as crises. A visão central de Marx considerava o Homem como ser natural, social, como um ser histórico, vendo a história como se desenvolvendo através da luta de classes, numa visão dialética (DONÁRIO; SANTOS, 2016, p. 3-4).

Diante disso, no cenário brasileiro, a intenção de ruptura foi um marco importante no que se refere ao desenvolvimento do referencial marxista para o Serviço Social. Netto (2015, p. 341) salienta que “explícita ou discretamente, o projeto de ruptura remete à tradição marxista”. Nesse sentido, é relevante salientar que a aproximação da tradição marxista vinculada ao Serviço Social brasileiro foi recheada de particularidades, caracteriza-se por um processo que para se consolidar de fato como base teórico-metodológica da profissão percorreu um longo trajeto. Em síntese, Silva (2019, p. 6) pontua que

É com o trabalho de Marilda Iamamoto nos 1980 que se demarca a efetiva interlocução das bases da teoria social de Marx com a profissão, com a publicação de seu livro em 1982, *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*,

por meio do qual busca a apreensão do significado histórico-social do trabalho dos assistentes sociais e sua inserção na sociedade de classes. A interlocução do Serviço Social brasileiro à teoria social de Marx contribuiu fundamentalmente para avanços e acúmulos obtidos no processo de renovação da formação profissional, por meio do Currículo de 1982, dos Códigos de Ética (1986-1993) e das Diretrizes Curriculares de 1996.

À vista disso, destaca-se as contribuições de Iamamoto e Carvalho (1982), é considerada um divisor de águas no que tange a incorporação da teoria marxista no centro do Serviço Social brasileiro. Assim, é a partir das produções de Karl Marx que os autores fundamentam suas percepções críticas acerca das relações sociais de produção fundadas no processo de acumulação capitalista.

A análise de Iamamoto e Carvalho (1982) acerca do Serviço Social gestado e inserido nesse processo foi fundamental e de grande contribuição para um novo estudo crítico acerca da questão social fruto desse movimento antagônico e desigual, desvinculado totalmente do conservadorismo profissional. Acerca da contribuição de Iamamoto, Netto (2015, p. 382) enfatiza que “consiste no primeiro tratamento rigoroso do Serviço Social, no interior da reflexão brasileira, que apreende a instituição profissional na perspectiva teórico-metodológica crítico-dialética haurida a partir de um trabalho sistemático sobre a fonte marxiana”. Nessa perspectiva,

O processo de aproximação e apropriação da teoria marxista e do pensamento de Marx no Serviço Social foi, portanto, determinado pela necessidade da avaliação dessa realidade; e avançou, passando pelo pensamento de Althusser, Gramsci, Lukács, Lefebvre e inúmeros outros importantes pensadores marxistas que a complexidade dos objetos e temáticas de estudos e de intervenção foi colocando com o aprofundamento da apreensão da teoria e das análises desses objetos e da prática profissional, em particular com o pensamento de Marx. (...) (LOPES, 2016, p. 324)

Nesse cenário, destaca-se que a década de 1980 foi ponto de virada no que se refere a um Serviço Social renovado. Salienta-se que essa época foi marcada pelo fim da ditadura e pela ascensão dos movimentos sociais democráticos que foram primordiais para a conquista da Constituição Federal de 1988. Portanto, esse movimento da sociedade e a consolidação da teoria de Marx no arcabouço teórico do Serviço Social, foram imprescindíveis para os avanços da profissão nesse período. Dentre esses progressos, é relevante ressaltar o novo Projeto ético político da profissão que se materializa no Código de Ética de 1986.

Nesse contexto, o Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1986 reflete um conjunto de mudanças resultantes de movimentos sociais, políticos e

econômicos que mudaram a direção do Serviço Social. Nessa conjuntura evidenciase a redemocratização da sociedade, a reorganização política dos movimentos sociais, partidos e entidades dos trabalhadores e de organização político-sindical da categoria profissional (...) (BARROCO; TERRA, 2012, p. 41 apud ABRAMIDES; CABRAL, 2005).

Dessa forma, é através desses processos que o Serviço Social consolida seu compromisso com a classe trabalhadora, levando em consideração seus interesses e necessidades, que por muitos séculos foram mobilizados. É nessa perspectiva que o atual Código de ética se fundamenta, em 1993, expressando assim, um grande avanço para o serviço Social na contemporaneidade devido a insuficiência Código de ética (1986) anterior. (CFESS, 1993)

A década de 1990 marca um período de grande relevância para o Serviço Social, mesmo em meio aos avanços do capital que permeavam a sociedade naquela conjuntura por meio das ações neoliberais e seus desdobramentos. Nesse contexto, “as condições sócio-econômicas e ideo-políticas dos anos 90 atingem diretamente a população trabalhadora, rebatendo duplamente no Serviço Social; seus agentes são atingidos como cidadãos e trabalhadores assalariados e como profissionais viabilizadores de direitos sociais” (BARROCO, 2010, p. 180).

Diante disso, destaca-se aqui duas grandes conquistas para o Serviço Social neste período, ambas datadas em 1993: a aprovação da Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética dos/das assistentes sociais que está vigente até os dias atuais, Barroco e Terra (2012).

A Lei de Regulamentação da profissão de assistente social é regulamentada pela Lei nº 8.662 de 7 de Junho de 1993. Felipe (2018, p. 29-30) enfatiza que a profissão foi:

(...) uma das primeiras ocupações da área social a conquistar reconhecimento legal por parte do Estado, ainda na década de 1950, com a Lei Federal nº 3.252, de 27 de agosto de 1957 e com o Decreto nº 994, de 15 de maio de 1962. Entretanto, permanecem frequentes as dúvidas (tanto entre os leigos quanto dos profissionais) sobre os papéis e as funções desempenhadas pelo assistente social.

Nesse sentido, a Lei de Regulamentação da profissão de 1993 marca um processo importante referente a definição de tais lacunas deixadas pelo regulamento no princípio da institucionalização e legitimação do Serviço Social como profissão, definindo assim, as atribuições e competências do assistente social expressas no Art. 4º e Art. 5º da Lei, bem como das outras providências. É relevante salientar que há

uma distinção clara no que refere às atribuições e competências profissionais. Nessa direção:

A análise da Lei de Regulamentação da profissão, que se constitui nos estatuto jurídico que dispõe sobre as atribuições privativas e competências dos assistentes sociais, indica **atribuição privativa** como 'prerrogativas exclusivas' da prática profissional dos assistentes sociais e **competência** como 'capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais'. (GUERRA *et al.*, 2012, p.8 apud IAMAMOTO, in: CFESS, 2012, p. 37).

Destarte, o Artigo 4º da Lei nº 8.662 expressa que as competências dos assistentes sociais se constituem por

I- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV- (Vetado); V- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI- planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas ao inciso II deste artigo; IX- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X- planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI- realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993, s.p).

Quanto às atribuições dos assistentes sociais, que corresponde às ações privativas profissionais, dispostos no Artigo 5º da Lei que regulamenta a profissão, pode-se citar de maneira concisa que

Constituem-se como atribuições privativas a realização de vistorias, perícias, laudos, pareceres em matéria de serviço social; ministrar aulas, em disciplinas específicas do serviço social; supervisionar estagiários regularmente matriculados no curso de serviço social, seja em hospitais ou em outros espaços sócio-ocupacionais da profissão. (CARVALHO, 2021, p. 6-7).

Por esse viés, é importante destacar que todas as atividades referentes às competências profissionais dos assistentes se caracteriza por atividades que podem ser executadas por outros profissionais de outras categorias, não são exclusivas do assistente social, frente a isso exemplifica-se que o assistente social também pode atuar em uma equipe multidisciplinar onde os profissionais de diferentes áreas que

compõem a equipe podem executar as mesmas tarefas como elaboração de relatórios, visitas domiciliares, encaminhamentos, orientação. Todavia para a execução dessas tarefas, é necessário levar em consideração as particularidades de cada categoria profissional.

Além disso, as atribuições privativas do assistente social diferente das competências profissionais, se configura como atividades que apenas os assistentes sociais podem realizar, visto que somente a partir da sua formação profissional, os qualifica para desempenhar tais atividades. Cabe elucidar que são atividades voltadas para tudo o que abrange a matéria do Serviço Social.

Desse modo, a Lei de Regulamentação da Profissão em consonância ao Código de Ética do/a assistente social são importantes mecanismos que direcionam o fazer profissional dos assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais que estão inseridos. Acerca disso,

O Código de Ética do Assistente Social e a Lei de regulamentação são instrumentos fundamentais para balizar e orientar a definição e materialização de nossas competências à medida que elege os princípios que devem sustentar nossos passos e como devemos construir e estabelecer nossas relações profissionais, bem como, no caso específico da Lei de Regulamentação, estabelece expressamente o que seriam competências e atribuições do Assistente Social. Assim, mais que um conjunto de princípios e artigos, esses documentos devem ser assimilados e introjetados como fundamento que guia e define a ação profissional. (LOPES, 2018, p. 9)

Nesse contexto, o Código de Ética de 1993 veio fortalecer o Projeto Ético Político do Serviço Social, ameaçado pelo avanço neoliberal que impactava sua ação profissional. Dessa forma o referido Código de Ética (CE),

(...) se organiza em torno de um conjunto de princípios, deveres, direitos e proibições que orientam o comportamento ético profissional, oferecem parâmetros para a ação cotidiana e definem suas finalidades ético- políticas, circunscrevendo a ética profissional no interior do projeto ético político e em sua relação com a sociedade e a história (BARROCO; TERRA, 2012, p. 53)

Face ao exposto, o Código de Ética reúne onze princípios fundamentais que orientam os assistentes sociais na sua atuação profissional. (BARROCO; TERRA, 2012, p. 120) destacam que “Os princípios representam a estrutura ideológica sobre a qual se elaborou e se assentou o Código de Ética do assistente social. Eles se configuram como parâmetros ideológicos das regras materiais contidas nos artigos do código de ética”. São eles:

I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do

arbitrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (BRASIL, 2012, p. 24-25)

Diante do exposto, esses princípios são imprescindíveis para a atuação dos assistentes sociais, visto os valores essenciais que carregam para o exercício profissional, fortalecendo assim a democracia (fragilizada no período da ditadura militar) e a liberdade/autonomia dos indivíduos sociais (BARROCO, TERRA, 2012). Em suma, esses princípios revelam a importância de uma ética profissional pautada na defesa intransigente dos direitos humanos bem como no compromisso com a classe trabalhadora que se insere em uma sociedade desigual. Assim, salienta-se que a intervenção dos assistentes sociais deve ser indissociável desses princípios.

De maneira sucinta o toda a estrutura ético-política do Serviço Social se baseia em um projeto ético político que

(...) tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central - a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir dessa opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e repúdio do arbitrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo , tanto na sociedade quanto na sociedade. (NETTO, 1999, p. 15-16)

Dessa forma, é necessário defender a hegemonia desse projeto, conquistado através de tantas lutas e resistências, mas que constantemente sofre ameaças do neoliberalismo, que se caracteriza pela “liquidação de direitos sociais (denunciados como ‘privilégios’), a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e

a implementação sistemática de uma política macro-econômica que penaliza a massa da população” (NETTO, 1999, p.18-19). Posto isto, é evidente que desde as décadas passadas, o capital sempre buscou meios de se reestruturar e se fortalecer, o Serviço Social inserido nesse processo experimentou diversas transformações na sua estrutura, sendo assim

O conjunto de mudanças teórico-metodológico e ético-político que se efetivam no Serviço Social brasileiro (...) sintetiza um processo permeado de debates, lutas, conquistas, tensões e desafios. Processo que, por ser histórico, encontra-se aberto às determinações societárias, à dinâmica da luta de classes, à relação entre Estado e sociedade e às possibilidades que emanam das contradições postas na realidade. (BARROCO; TERRA, 2012, p. 10)

Face ao exposto, conclui-se que o Serviço Social é símbolo de persistência no que tange a luta percorrida ao longo das últimas décadas para consolidar o Serviço Social amadurecido que se tem na atual conjuntura. É relevante frisar que essa luta não se esgotou, ela ocorre cotidianamente nos diversos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na contemporaneidade, os desafios não cessaram, na realidade adquiriram novas roupagens. Dessa forma, o enfrentamento aos ideais neoliberais que ameaçam diariamente a classe trabalhadora na atual década continua.

3 PERCURSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS

3.1 Considerações históricas acerca da Loucura no mundo

Para a compreensão da atual concepção de saúde mental, bem como as novas formas de assistência e tratamento que se tem atualmente no contexto brasileiro para as doenças psíquicas e transtornos mentais, é relevante analisar de maneira sucinta, a trajetória de como essas patologias eram tratadas séculos passados no mundo e posteriormente no Brasil. Nesse contexto destaca-se que a saúde mental por um longo período da história esteve relacionada à loucura, cujos os aspectos de tratamento eram voltados para exclusão social por meio dos manicômios (FIGUEIREDO, 2014), ressalta-se que esses aspectos não foram os únicos.

Conforme Millani e Valente (2008), a evolução histórica da loucura como fenômeno perpassa vários períodos da história do mundo, nesse sentido é importante delimitar o período que marca desde a Antiguidade grega e romana até o século XVIII. Nesse contexto, no que se refere à percepção da loucura na Antiguidade, destaca-se que era vista “(...) como práticas mitológicas, manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 2).

Nesse sentido, segundo as autoras, a Inquisição foi um período da Idade Média e início da Idade Moderna onde a Igreja Católica buscava defender os seus dogmas das ameaças dos hereges (aqueles que contrariavam a doutrina católica) e nesse contexto “(...) a loucura foi entendida como manifestação do sobrenatural, demoníaco e até satânico, é classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores, tal como se praticava com os hereges” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 3).

Dessa forma nessa época a loucura era tratada através do viés religioso que buscava manter seu poder ideológico e todos aqueles que não eram adeptos aos dogmas da Igreja Católica eram considerados loucos, influenciados por forças sobrenaturais. Os considerados loucos, nesse contexto os hereges e aqueles que possuíam transtornos mentais eram vistos como indivíduos possuídos por demônios e necessitavam ser exorcizados, eram presos e até mortos.

É importante ressaltar que na Idade Média, sob a forte influência da Igreja Católica, pode-se dizer que os leprosários (espaços onde pessoas com lepra eram isoladas) também considerados como asilos, foram as primeiras instituições de isolamento dos classificados como loucos e posteriormente aqueles que tinham doenças venéreas. Diante disso, com base na visão religiosa, os leprosos estavam sofrendo um castigo divino, eram amaldiçoados, logo eram considerados pecadores. Portanto evidencia-se que os leprosários se caracterizavam como locais de exclusão e segregação e aqueles que preenchiam esses espaços eram discriminados e estigmatizados. Millani e Valente (2008).

A vista disso, o fenômeno da loucura com o passar dos séculos se manifestava de diferentes maneiras na humanidade, ideias que perpassam desde aspectos de valorização dos loucos (Grécia Antiga), nesse sentido Silveira e Braga (2005, p. 592) destacam que “(...) pode-se afirmar que a experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos uma doença. Pelo contrário, na Grécia antiga ela já foi considerada até mesmo um privilégio”. Até no enfoque da segregação dos loucos junto com outras camadas desfavorecidas da sociedade da época, tal como pobres e pessoas que possuíam outros tipos de doenças (Idade Média).

Dessa forma, segundo Guedes *et al.*, (2010, p. 548) pode-se afirmar que desde a Idade Média “a loucura era vista apenas como forma de marginalidade, no sentido de que os doentes mentais eram indivíduos que deveriam ser afastados para os ‘hospitais’ por estarem num estado de inadequação social.” Face ao exposto evidencia-se que a Idade Moderna (especificamente no século XVII) marca o período da exclusão das pessoas consideradas loucas através das chamadas casas de internamento, ressalta-se que nesse período a Europa vivenciava uma época de mudanças políticas e sociais decorrentes do desenvolvimento da industrialização que se consolidou no século XVIII com a chamada Revolução Industrial.

Logo, é nesse contexto que surgem os hospitais gerais de internação, não só para os loucos, mas para toda uma camada que vivia à margem da sociedade, Millani e Valente (2008). Segundo as autoras, o primeiro Hospital Geral inaugurado em Paris no ano de 1656 se caracterizava como própria prisão, não tinha especialidade médica, pode-se dizer que seu papel era mais jurídico do que terapêutico. Nesse sentido, “essa instituição era um local que apenas representava o papel da polícia e da justiça” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 6).

É relevante frisar que nesse contexto o viés econômico teve grande influência no que tange o “tratamento” da loucura, aqueles considerados loucos, aqueles que se encontravam em situação de rua, pessoas com deficiências físicas, prostitutas, na ótica do capitalismo não tinham importância, nem utilidade para a produção e reprodução do capital, logo a lógica da exclusão ainda permanecia na sociedade nesse período.

É importante mencionar que segundo Teixeira (2019), a transição do século XVIII para o século XIX marca um período importante no que tange aos novos métodos de tratamento (tratamento mais “humanizado”) das pessoas que possuíam algum tipo de doença psíquica. Cabe ressaltar que essas mudanças ocorriam em plena época de revoluções sociais, como a Revolução Francesa. Philippe Pinel (1745-1826) considerado o pai da psiquiatria foi um médico francês que teve significativas contribuições nos estudos no campo da psiquiatria nesse período, considerando a loucura como condição de doença mental.

Com o fim do 'Grande Enclausuramento' e o nascimento do alienismo pineliano, ocorre a inauguração de uma nova forma de relação com a loucura, agora intermediada pela emergência de um saber denominado alienismo ou medicina mental, candidato a um estatuto de cientificidade, que seria sempre questionado, mesmo quando mais reconhecido sob a forma posterior da psiquiatria e da clínica psiquiátrica. Foucault reflete sobre a existência de uma produção de formas de relação com a loucura, mais especificamente a produção da loucura como “alienação mental” e posteriormente como “doença mental”, que transformam a experiência que se tinha da loucura na época clássica. (TORRE; AMARANTE, p.44)

Assim, foi a partir de Pinel que os “loucos” foram separados dos outros marginalizados da sociedade para tratamento. Com base em suas análises acerca do tratamento das doenças mentais, instituiu-se assim uma nova visão e práticas de serviços de terapêuticos para os sofrimentos mentais, bem como a classificação das formas de loucura baseado na observação e descrição dos sintomas, Teixeira (2019). Em síntese Teixeira (2019, p. 558) enfatiza que

Dessa maneira, estabeleceu-se um novo olhar em relação ao alienado mental, caracterizado pela tríade: (1) humanização da abordagem; (2) busca de tratamento específico; (3) projeto de recuperação para a vida social. Por toda parte, foram promovidas experiências humanitárias, definindo formas inovadoras de abordagem da loucura.

Nesse sentido, vale frisar que o “louco” nesse contexto era tratado como alienado, Pinel acreditava que os transtornos mentais eram resultados de experiências sociais e psicológicas excessivas, portanto poderiam ser corrigidos se

tratadas de maneira mais “humanizada” e em locais apropriados. Dessa forma o alienado passava a receber um novo tipo de tratamento: o tratamento moral, que consistia em um processo de tratamento semelhante a um sistema pedagógico que visava a cura e recuperação do doente por meio de uma espécie de reeducação social.

Nesse período a medicalização também foi introduzida às práticas médicas e ressalta-se que essa incorporação foi um importante passo para a medicina psiquiátrica, consolidando assim a concepção de loucura como propriedade do saber médico (chamado alienista), Millani e Valente (2008). Pode-se afirmar que a partir desse momento os asilos também conhecidos como manicômios foram se instaurando na sociedade como espaços de tratamento clínico especializados em transtornos mentais.

Segundo Teixeira (2019, p. 550) “Pinel fundou a tradição da clínica psiquiátrica, permitindo a constituição enquanto campo de observação e análise dos fenômenos perceptíveis da doença mental.” Portanto, é necessário levar em consideração que em cada época a sociedade se caracterizava de forma distinta. O modo como a religião, a política, a economia, a ciência, a cultura se manifestavam na sociedade, determinavam como a loucura era classificada e tratada.

Assim, a concepção da loucura na história do mundo atravessa várias ideias, mas em todas elas, os loucos eram tratados de forma desumana, segregados da sociedade, chegando até a serem mortos cruelmente. Nesse sentido, Guedes *et al.*, (2010, p. 548) apontam que:

A história da loucura é a história de um saber e uma prática concebidos e arquitetados no coletivo, em conexão com as culturas, com os tempos e as sociedades dos homens, e também do cotidiano minúsculo de suas representações significantes. Sobre ela não há, à luz de uma arqueologia do saber, uma verdade absoluta, mas uma sucessão de discursos contraditórios e complementares, que reconstroem e rompem a cada momento um novo olhar sobre a loucura.

Perante o exposto, é relevante salientar que já na contemporaneidade (especificamente no século XX) um importante filósofo e psicólogo francês chamado Michel Foucault (1926-1984) revolucionou a compreensão acerca da Loucura e seu tratamento ao longo dos séculos tendo como base os aspectos históricos mencionados anteriormente, através da sua obra intitulada História da Loucura na Idade Clássica (1961). Segundo Machado (2009, p. 218) essa obra “aborda a transfiguração histórica da loucura em doença mental”. Para mais, o autor evidencia

que “a loucura constrangida ao domínio médico e identificada à enfermidade mental é descortinada pela arqueologia foucaultiana como fenômeno recente” (MACHADO, 2009, p. 2018).

Dessa forma, Foucault (1962) por meio da arqueologia do saber buscou explorar e analisar criticamente como o fenômeno da Loucura mostrou-se ao longo da história das sociedades em diferentes épocas. Nesse viés, destaca-se acerca das análises foucaultiana no que se refere a loucura que,

Foucault se nega a criar um novo conceito de loucura. Para ele, importa o que é entendido como “o louco”, o que as diferentes sensibilidades em relação à loucura podem fazer para alterar a situação dessa exclusão. Em sua análise das tecnologias de exclusão da loucura, o pensador se concentra em uma questão muito importante: para ele, a loucura se caracteriza estritamente pela forma como a sociedade experimenta, vivencia essa relação com a loucura. Ele recusa qualquer ação do saber sobre a loucura, qualquer patologização ou conceituação, preocupando-se principalmente com a lógica da exclusão do louco, com as tecnologias que o retiram da sociedade. Foucault não fala o que é a loucura, entretanto, fala da loucura, pois relata o que ela é a partir dos discursos de saberes sobre esse objeto vindos de determinadas épocas (no caso, a Idade Média, o Renascimento e a Idade Clássica), de determinados momentos históricos, de um determinado saber específico, ou geral. Foucault constrói uma história do presente, mais especificamente, ele traça uma trajetória do que é conhecido hoje como doença mental e mostra como essa doença mental se diferenciou das concepções de loucura de outrora. Seu objetivo é expor as ferramentas de exclusão que se moldaram em torno do conceito de doença mental, e, para tal, usa como objeto de pesquisa a loucura e a criação do conceito de doença mental. (PROVIDELLO; YASUI, 2013, p. 1516-1517).

Posto isto, após sua extensa investigação acerca da loucura ao longo da história da humanidade em distintos séculos e movimentos históricos, Foucault (1962) enfatiza que somente a partir do final do século XVIII e início do século XIX a loucura ganha status de “doença mental”, vale destacar que essa percepção se perdura até os dias atuais, contudo abarcando a concepção de “saúde mental” na contemporaneidade. Dessa forma, um longo caminho foi percorrido para que na atual conjuntura a “loucura” tenha adquirido novas formas de tratamentos e concepções. Nesse sentido, segundo o autor, desde o século XIX a loucura entra em um novo ciclo.

Com isso, a loucura escapa ao que pode haver de histórico no devir humano, para receber um sentido numa moral social: ela se torna o estigma de uma classe que abandonou as formas da ética burguesa; e no exato momento em que o conceito filosófico de alienação adquire uma significação histórica pela análise econômica do trabalho, nesse mesmo momento o conceito médico e psicológico de alienação liberta-se totalmente da história para tornar-se crítica moral em nome da comprometida salvação da espécie. Numa palavra, o medo da loucura, que no século XVIII era o temor das consequências de seu próprio devir, aos poucos se transforma no século XIX, a ponto de ser a obsessão diante das contradições que, no entanto, são as únicas que podem

assegurar a manutenção de suas estruturas; a loucura tornou-se a paradoxal condição da duração da ordem burguesa, da qual ela constitui, do lado de fora, no entanto, a ameaça mais imediata (FOUCAULT, 1962, p. 414-415).

Ademais, Foucault (1962) dá ênfase que nesse momento de rompimento com as antigas percepções acerca da Loucura para um novo conceito que define a Loucura como propriedade do saber médico, a loucura é vista como ausência de razão, portanto somente a razão exerce controle sobre o que o autor chama de desrazão, ou seja, nesse contexto da história estabeleceu-se o distanciamento entre razão e loucura, onde a razão impõe a verdade (nessa conjuntura, a verdade médica) sobre a loucura, o que a coloca em silêncio.

Portanto, a partir desse momento, o “louco” é silenciado, pois é considerado incapaz de cuidar de si. Destaca-se que essa ideia tem fundamento decorrente da corrente filosófica do Racionalismo de René Descartes, onde Figueiredo *et al*, (2014,p. 126) enfatizam que essa “influência do pensamento de Descartes, que identificou o pensamento como condição para a existência”. Ou seja, a razão e o juízo são condições para o homem cuidar de si.”

Na loucura, o homem é separado de sua verdade e exilado na presença imediata de um ambiente em que ele mesmo se perde. Quando o homem clássico perdia a verdade, é porque era rejeitado para essa existência imediata onde sua animalidade causava devastação, ao mesmo tempo em que aparecia essa decadência primitiva que o indicava como originariamente culpado. Quando se falar agora de um homem louco, será designado aquele que abandonou a terra de sua verdade imediata, e que se perdeu (FOUCAULT, 1962, p. 414-415).

Dessa forma, é nesse cenário que novas formas de controle sobre a loucura foram instituídas, cada vez mais segregadoras, controladoras e dominadoras que se utilizavam do discurso do “tratamento” para institucionalizar seus mecanismos de domínio. Os asilos/manicômios (mais tarde conhecido como hospitais psiquiátricos) nessa conjuntura se expressavam como campos de “ajustamento” e isolamento dos denominados “doentes mentais”. Nesse viés, Foucault (1962, p. 422) salienta que

É-se tentado a aproximar essas novas criações de todo o conjunto das teorias reformadoras que conduzirão, através de Tuke, Pinel e Reil, à constituição dos grandes asilos do século XIX (...) O resvalar para as instituições precedeu amplamente todo o esforço teórico para considerar os loucos internados como doentes que deviam ser tratados. Aliás, os novos hospitais que estão sendo abertos não são muito diferentes, em sua estrutura, daqueles que os tinham precedido de um século. As condições jurídicas do internamento não mudaram; e embora sejam especialmente destinados aos insensatos, os hospitais novos não dão um lugar melhor à medicina.

Diante disso, como resultado de todos esses processos sócio-históricos, o século XX configura-se como um período de grandes transformações sociais em panorama mundial. Guerras, revoluções, crises do capital, reestruturação produtiva, avanço científico, todos esses movimentos assim como nos séculos anteriores impactaram diretamente a forma como era viabilizada a assistência às pessoas com transtornos mentais.

Em síntese, o século XX caracteriza-se como uma época marcada por um profundo processo de avanço e consolidação do capitalismo mundial, Alves (2001). Nesse sentido, destaca-se que nesse período novos elementos são desenvolvidos e instituídos para a ampliação do capital em escala internacional, favorecendo assim o crescimento econômico exacerbado. Nessa perspectiva Alves (2001, p. 4) enfatiza que:

A dinâmica da reprodução ampliada realiza-se pela contínua concentração do capital, ou reinversão do excedente, isto é, da mais valia, e pela contínua centralização ou absorção de outros capitais pelo mais ativo, forte ou inovador. Esses são processos que tornam o capitalismo uma realidade histórica e geográfica, atravessando fronteiras, mares e oceanos.

Face ao exposto, situar essa dinâmica econômica também conhecida como globalização é necessário para a compreensão acerca da saúde mental incorporada a esse cenário, uma vez que, o olhar em relação à "loucura" é uma construção histórica, Guedes *et al*, (2010). Diante disso, evidencia-se que o capitalismo se caracteriza como um sistema altamente desigual, exercendo forte influência nas relações sociais e nos mais diversos setores da sociedade, inclusive no âmbito da saúde mental, interferindo assim na forma como se dá a assistência e tratamento das pessoas em sofrimento mental.

Nesse sentido, vale frisar que os padrões de uma sociedade também são determinantes no que se refere ao tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais.

A partir disso, então, o indivíduo só é enquanto tal, na medida em que adequadamente reproduz comportamentos que também o são reproduzidos por outros indivíduos presos ao mesmo código de ações ou condutas. Sob este prisma, a identidade individual é marcada, basicamente, por critérios coletivizados e externos à consciência do indivíduo. Desta forma, o indivíduo pode ser assim caracterizado quando de sua aceitação em um perfil coletivo, desdobrando-se disto, naturalmente, todas as implicações decorrentes e condicionantes deste fit in social (...) Essa heteronomia, portanto, pauta e define aqueles que detêm condições ou não de participar da vida social por diversos mecanismos de inclusão/exclusão. Daqui, desdobram-se conceitos como o homem médio e o senso comum, que ao longo da evolução de literatura especializada fora adquirindo uma conotação pejorativa. Em todo caso, a sociedade se estrutura por mecanismos e moldes de adequação e

controle sociais, representando, a priori, uma forma de assegurar o desenvolvimento daquele ordinário, que se mantém na ordem, ou seja, os normais, e identificar e remoldar os desordenados, que não se comportam conforme as ordens, ou seja, os desajustados, ou misfits (MARCANTONIO, 2010, p. 141).

Portanto, é a partir dessa perspectiva que o Estado se configura como agente de controle da ordem social, gerenciando assim, os mecanismos de controle social que determinam tanto os que devem ser incluídos no convívio social quanto aqueles que devem ser excluídos da sociedade, esses excluídos são aqueles que não se adequam aos modelos de normas e condutas impostos pela sociedade.

Logo os indivíduos que possuíam doenças psíquicas eram vistos como desajustados, e os manicômios nesse contexto eram institucionalizados para a função de “tratar” essas pessoas, mas a verdade é que esses espaços eram verdadeiros locais de exclusão e violação de direitos, como o direito fundamental à vida, visto que muitas pessoas morriam nesses hospitais.

O tratamento direcionado a loucura nos manicômios se constituía demasiadamente em violação dos direitos humanos, pois para conter surtos psicóticos eram utilizados métodos que causavam dor e sofrimento, tais como choques, camisas de força, banhos frios, isolamento, entre outros castigos físicos e psíquicos (LISBOA, 2016, p.10).

Diante disso, a lógica de exclusão dos considerados “loucos” na história do mundo atravessou vários séculos, até chegar no século XX e caminhar os primeiros passos para uma transformação nesse modelo de segregação social, uma luta árdua que propiciou reformas importantes no âmbito da saúde mental, como a desinstitucionalização manicomial (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

3.2 Saúde Mental no contexto brasileiro

Chegando ao cenário brasileiro, é importante situar que todos esses aspectos acerca da percepção, “tratamento” e evolução da compreensão da loucura no panorama mundial, vai se manifestar também na sociedade brasileira. Do mesmo modo que por um extenso período a saúde mental era percebida como Loucura, desrazão, anormalidade, um desajuste que ameaçava a ordem e controle social e dessa forma deveria ser isolada na Europa Ocidental, no contexto brasileiro não foi diferente (BASTOS, 2006).

Similar como aconteceu em determinado período da história onde os loucos não eram vistos como problemas reais para a sociedade, teve um período (especificamente na vinda da família real portuguesa para o Brasil, no período colonial) que esse aspecto permeava a sociedade brasileira (BASTOS, 2008).

Nessa época, os doentes mentais costumavam perambular pelas ruas das principais cidades e vilas brasileiras, servindo galhofa aos habitantes, ou então viviam segregados em solitárias ou quartos-fortes nos fundos dos quintais das famílias mais abastadas. Esse fato despertava críticas e reclamações de setores mais esclarecidos da população (BASTOS, 2007, p. 154)

Face ao exposto, a loucura começou a ser alvo de exclusão social e nesse contexto entra em cena as Santas Casas de Misericórdia como agentes de “assistência” aos “loucos”. Essas instituições ligadas ao viés católico, atuavam como hospitais em uma perspectiva de caridade e filantropia e atendiam os pobres e doentes. Nesse sentido vale frisar que o tratamento à loucura nesse contexto atravessa a perspectiva da religião. É nesses espaços que os loucos eram “depositados”.

As Santas Casas de Misericórdia das cidades maiores passaram, então a recolher, ao longo do primeiro reinado e das regências, os insanos mentais em seus hospitais. Os andares superiores eram destinados aos pacientes clínicos e cirúrgicos, enquanto os “loucos” eram jogados nos porões infectos dos estabelecimentos, habitualmente situados abaixo dos pacientes portadores de cólera. Os mais agitados eram presos ao tronco e espancados pelos guardas (BASTOS, 2007, p. 154)

A vista disso, até aquela época os loucos viviam à margem da sociedade sem nenhum tratamento médico específico. Essa configuração “mudou” somente com a criação do primeiro hospício no Brasil, que foi inaugurado na metade do século XIX, ainda durante o Brasil Colônia, em 1852 na cidade do Rio de Janeiro que na época era a capital do país. É relevante destacar que assim como no padrão europeu, essa instituição possuía o mesmo objetivo: a exclusão social dos loucos (JUNIOR; VENTURA, 2014). É relevante salientar que o primeiro hospício brasileiro foi fundado por meio do decreto imperial de 18 de Julho de 1941, dessa forma pode-se afirmar que é a partir dessa data que começa a história das legislações voltadas para saúde mental no Brasil. (SILVA; HOLANDA, 2014).

Nesse sentido, Bastos (2007, p. 154) enfatiza que “o Hospício Pedro II tinha essencialmente as finalidades custodial e asilar, buscando isolar os doentes mentais, alienando-os do convívio social”. Segundo Junior e Ventura (2014), é nesse período que se instaura a psiquiatria no cenário brasileiro, introduzindo práticas terapêuticas

similares àquelas utilizadas na Europa, bem como a incorporação da medicalização social. Vale frisar que essas características têm grande influência das ideias do alienista Philippe Pinel. Isso fica evidente na construção do Hospício Dom Pedro II, o prédio contava com a decoração de sete estátuas, dentre elas, dos alienistas Pinel e Esquirol (TEIXEIRA; RAMOS, 2012, p. 365).

É relevante situar que nessa época a efervescência da ciência médica no mundo também teve influência na criação e manutenção dos hospícios brasileiros. Nesse sentido, Teixeira e Ramos (2012) destacam que o Brasil, ao criar seu primeiro hospício, apresentava ao mundo sua evolução na ciência moderna, assim se firmava uma nação capacitada ao tratamento dos loucos por meio de tratamentos modernos como o alienismo.

O alienismo, que surge na virada do século XVIII para o século XIX, representa a resposta da ciência médica à questão da loucura, redescrita como alienação mental – isto é, como uma doença que deveria ser tratada por um tipo especial de medicina, segundo os paradigmas do tratamento físico-moral pineliano e da teoria das paixões. A loucura passa a ser entendida como uma afecção médica provocada pela combinação de causas físicas e morais. Neste contexto, aparece um novo especialista, o alienista, a quem compete tratar, usando uma expressão da época, “dos infelizes privados do uso da razão”. Aparece também o hospício, lugar de triunfo e operação desta nova concepção (TEIXEIRA; RAMOS, 2012, p. 367)

Dessa forma, é a partir dessas bases médicas científicas que os manicômios se expandem e se estruturam no Brasil. E assim como aconteceu ao redor do mundo os impactos dessas instituições foram desastrosos. Ressalta-se que apesar de muito se usar essa ideia da medicina psiquiátrica, “a finalidade médica praticamente não existia, sendo a função principal dessas casas a restrição de liberdade de determinada parcela da sociedade, seu isolamento e aniquilação, ou seja, sua exclusão social.” (JUNIOR; VENTURA, 2014, p. 49). Portanto, como resultado desse processo, a segregação, o isolamento, maus tratos, a tortura e mortes era o que dominava os manicômios brasileiros até a Reforma Psiquiátrica.

Nesse viés, já no século XX, destaca-se que Hospital Colônia localizado em Barbacena no estado de Minas Gerais é considerado o maior hospício e mais cruel já existente no Brasil, o nível de maus tratos e tortura era tanta nesse local que foi comparado aos campos de concentração nazistas, como o de Auschwitz (na Polônia), dessa forma considerado assim, o “Holocausto Brasileiro” (SOUZA; MEDRADO, 2021).

Nesse hospital morreram cerca de 60 mil pacientes, vítimas de todo tipo de maus-tratos e descasos: exposição ao frio – muitos não dispunham de roupas,

quartos, camas ou lençóis para dormir, permaneciam ao relento, mesmo durante a noite; alimentação racionada – alguns comiam ratos e bebiam do esgoto que cortava os pavilhões; espancamentos e estupro; ‘tratamentos’ violentos, à base de eletrochoque – às vezes, com carga elétrica tão forte, que derrubava a energia da cidade. Ademais, mulheres que engravidaram no Hospital Colônia tiveram seus bebês roubados; os corpos dos pacientes mortos eram vendidos para as faculdades de medicina e, quando não foi mais possível vendê-los, eles foram derretidos em ácido, para que os ossos pudessem ser comercializados. (SOUZA; MEDRADO, 2021, p. 165)

Face ao exposto, esse verdadeiro massacre em massa nesse período da história brasileira, revela a omissão do Estado e a falta de Políticas Públicas voltadas não só para as pessoas com doenças psíquicas, mas para toda uma camada da sociedade vulnerabilizada que foram lançadas nesse local sem nenhuma escolha, bastavam “contrariar” a ordem social e os interesses da classe dominante, essa barbárie perdurou por décadas (vale frisar que essas violações se intensificaram no período da ditadura militar), assim atravessando os mais diversos movimentos da sociedade brasileira. Nessa perspectiva,

O Estado funciona como o garantidor do bem-estar da sociedade, das vidas que são consideradas vivíveis e, por sua vez, do cidadão, construindo espaços nos quais os corpos indesejados possam ser direcionados a lugares de higiene, imunizando a sociedade (SOUZA; MEDRADO, 2021, p.166)

Dessa forma, após muito sofrimento, abandono e negligência presente nos manicômios brasileiros e ao redor do mundo, um movimento conhecido como Luta Antimanicomial foi fundamental para a luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais tanto na sociedade brasileira quanto nos demais países do mundo.

Assim, salienta-se que através desse movimento, a lógica manicomial que se caracteriza pela tortura e exclusão foi gradativamente substituída pela perspectiva antimanicomial que designa o fim dos manicômios e um tratamento e assistência mais humanizada para as pessoas em sofrimento mental, respeitando seus direitos e incluindo-as no convívio social o que por muito tempo lhes foi privado.

Foi depois da Segunda Guerra Mundial, com o retorno do crescimento econômico e da reconstrução social, época de movimentos sociais civis e de intolerância com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional, por diferentes vias, chega à conclusão que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado. Mediante vários movimentos constituídos e desenvolvidos em diversos lugares do mundo foi que se atingiu o ponto máximo no questionamento de precedentes da ordem social contemporânea, influenciando decisivamente a ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo dos anos. Houve, assim, a busca coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária e mais solidária, acrescida da descoberta dos psicotrópicos e da adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições

da psiquiatria, a descoberta de vários elementos que viabilizaram os movimentos da reforma psiquiátrica. (MILLANI; VALENTE, 2008, p.14)

Nesse viés, é somente a partir desse movimento social composto por profissionais de saúde mental e de uma sociedade que objetivava uma transformação nos modos de tratamento e assistência em saúde mental, que foi possível a criação de Políticas Públicas que contemplem os direitos à cidadania da pessoa em sofrimento mental.

Assim, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileira foram imprescindíveis nessa luta. Segundo Millani e Valente (2008, p. 17), “nesse novo paradigma político, social, científico e assistencial, instituído pela Reforma Psiquiátrica, a cidadania é o instrumento central de abordagem terapêutica, é a meta a ser atingida.” Logo, após a análise histórica da saúde mental ao longo da humanidade, fica evidente a importância do debate acerca de Políticas Públicas eficazes que venham proteger a dignidade das pessoas com transtornos mentais para que a história marcada por violações de direitos não se repita na contemporaneidade.

3.3 Saúde mental no SUS: contexto histórico da Política de saúde mental

O tratamento e assistência à saúde mental no Brasil tem seu início no período imperial, mas ao longo da história sofreu e vem sofrendo modificações. Desde este período diversos decretos foram criados para institucionalizar um tratamento pautado na segregação das pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido é importante destacar o período conhecido como Revolução de 1930, dando início a Era Vargas, época que marca diversas transformações econômicas, políticas e sociais por meio do fortalecimento da industrialização e urbanização no país que vão influenciar a forma como a assistência à saúde mental se estruturava no país.

Vale frisar que este período citado anteriormente, marca também a centralização do poder do Estado, onde diversas políticas foram criadas com o propósito de legitimar seu controle sobre a sociedade, nesse viés:

(...) o Estado tem o papel importante na construção, alteração e legitimação de categorias sociais a partir de políticas públicas que constrói. As políticas são a primeira ferramenta com a qual o governo atua para institucionalizar, perpetuar ou mudar construções sociais, e são o meio pelo qual o governo pode apoiar ou inibir práticas disseminadas de segregação social e dar suporte, ou punição, a grupos em desvantagem social. Além disso, por meio das políticas o Estado constrói novas categorias que não existiriam sem a força da lei e acabam, por ela, virando um estigma social. Assim as políticas

sociais podem servir tanto para reforçar construções sociais como para alterá-las, gerando impactos na inclusão ou exclusão social de certos grupos. (COSTA; LOTTA, 2021, p. 3468)

Consoante a isso, Bravo (2009, p. 91) enfatiza que:

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Portanto, analisar o processo capitalista que se fortalece na década de 1930, é importante para a compreensão acerca dessa influência na saúde pública brasileira. Na lógica capitalista, a rentabilidade e a expansão do capital é o centro das ações do mercado e do Estado, logo os primeiros serviços de saúde mediados pelo Estado estavam ligados a saúde previdenciária, esses serviços eram oferecidos somente aqueles que tinham algum vínculo trabalhista e vale ressaltar que esse serviços eram apenas pontuais, caracterizados por ações curativas. (BRAVO, 2009).

Consequentemente fica evidente que na ótica capitalista as pessoas com transtornos mentais eram “incapacitados” para a realização do trabalho, sendo assim, não possuindo valor para o crescimento econômico. Dessa maneira, o modo de produção capitalista impacta os serviços de saúde de diversas maneiras, das décadas passadas até a atual conjuntura.

Num país subdesenvolvido, com um modelo de assistência à saúde centrado na prática curativa e assistencialista, foi fácil transformar a doença mental em mercadoria rentável. Ao se associar a lógica do capital (lucro) à lógica do modelo manicomial (poder disciplinar), não fica difícil perceber que a “assistência” limitava-se ao mínimo que fosse preciso para manter os loucos sob dominação, sem precisar gastar muito (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 594).

Face ao exposto, durante o governo de Getúlio Vargas foi publicado o decreto nº 24.559/1934 que regulamentou a internação dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos sob uma perspectiva de preservação da segurança social. Nessa perspectiva “fortalecia-se, assim, a ideia de adoecimento mental associado à periculosidade e como antítese de cidadania. Esta concepção favoreceu as

internações arbitrárias e a política de encarceramento como modelo de assistência aos doentes mentais.” (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021, P. 6). Destaca-se também que,

(...) o Decreto nº 24.559, de 1934, foi o primeiro a tratar da curatela/tutela, bem como da internação de menores e indivíduos usuários de substâncias psicoativas. Introduz a noção de incapacidade civil, o que distancia ainda mais tais indivíduos da categoria de cidadãos, autônomos e racionais. Também substitui a denominação de “alienados” por “psicopatas”, além de vincular o uso de substâncias psicoativas à política de saúde mental. Essas mudanças geraram um novo tipo de enquadramento na categoria da política que associava uma previamente existente (da doença mental) com novos tipos de comportamento (uso de substâncias psicoativas) também sujeitos a estigmas sociais. Ou seja, há uma nova ampliação e diversificação dos sujeitos enquadrados na categoria de loucos. (COSTA; LOTTA, 2021, p. 3471)

Nesse contexto, é importante salientar que os manicômios judiciais foram importantes mecanismos utilizados pelo Estado para reforçar essa ideia de exclusão durante o século XX. Segundo Gonçalves e Silva (2013, p. 3) “o manicômio judicial, como o próprio nome sugere, teve sua utilização restrita às pessoas portadoras de transtorno mental autoras de delitos que lá foram internadas por ordem judicial, não existindo possibilidade de atendimento da comunidade em geral.”.

Portanto, pode-se afirmar que os manicômios judiciais se caracterizavam por estabelecimentos de punição e isolamento social, e por aqueles que eram internados nesses espaços terem cometido algum tipo de crime, eram invisibilizados e sem a menor chance de terem um tratamento digno assim como acontecia nos demais locais de internamento.

Nas décadas seguintes, os hospitais psiquiátricos se proliferaram pelo país e o descaso e a violência contra as pessoas com transtornos mentais aumentaram, resultando em sucessivas mortes ao longo desse período nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Diante disso, destaca-se que o período da Ditadura Militar iniciado na década de 1960 marca o ponto mais alto no agravamento nas condições subumanas na qual as pessoas com doenças psíquicas viviam nos manicômios. (ASSEF, 2022).

Segundo Bravo (2009, p. 93) o período da Ditadura militar “significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo.” Entretanto, essa época se caracteriza como período onde os aspectos políticos se caracterizam pelo autoritarismo, repressão e centralização do poder político. Mediante a isso, todas as questões sociais estruturais do país foram intensificadas nessa conjuntura (BRAVO, 2009).

Nesse contexto, Dias (2012) pontua que "a ausência de debate e de fortalecimento das vontades políticas nos níveis regionais e locais, aliada a implantação de reformas institucionais, afetou a saúde pública e a medicina previdenciária existente". Dessa forma, conforme a autora pode-se dizer que essa nova estrutura política onde se focalizou em serviços de saúde ligados à previdência social contribuiu para o aumento da oferta desses serviços, todavia, se iniciou também a ampliação da privatização nesse âmbito. Bravo (2009, p. 88) enfatiza que nesse momento se instaurou o "modelo de privilegiamento do produtor privado".

Nesse viés, segundo Sampaio e Bispo (2021) no que se refere à assistência à saúde mental nessa época, predominou-se a oferta de serviços psiquiátricos privativos. O crescimento econômico nesse período era prioridade do Estado em detrimento a oferta de serviços de saúde pública de qualidade, dessa forma grande parte dos investimentos financeiros eram aplicados no setor da saúde privada, fortalecendo assim a acumulação do capital e concentração de renda.

Levando em consideração todos esses aspectos políticos e socioeconômicos que permeavam a década de 1960 em pleno regime militar, políticas sociais voltadas a saúde mental eram inexistentes, houve na verdade nesse período uma elevada perda de direitos sociais, bem como o reforço de práticas violentas de tratamento as pessoas em sofrimento mental.

Face ao exposto, essa configuração só sofreu modificações no final da década de 1970, com o enfraquecimento do regime militar, com a crise econômica que o país atravessava e com a intensa movimentação da sociedade em prol da redemocratização do país, bem como, na mobilização dos movimentos sociais que objetivavam uma reforma na Política de Saúde que impactou a Reforma Psiquiátrica brasileira (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Ademais segundo as autoras:

Na década de 70, não suportando a busca desenfreada pelo lucro dos empresários da saúde, a previdência social entra em crise, mostrando a ineficiência desse modelo e apontando para a necessidade de reformulação (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 594).

É relevante situar que os movimentos de mudanças no que refere a psiquiatria ocorreram não só no Brasil, nos demais países da Europa e nos Estados Unidos ocorreram mobilizações que foram imprescindíveis para que uma nova configuração de tratamento aos transtornos mentais fossem instituídos no mundo e consequentemente no Brasil (PRADO *et al.*, 2021).

Após a Segunda Guerra Mundial, a forte crítica ao manicômio é materializada em dois grandes polos de proposições reformistas: movimentos de crítica à estrutura asilar abarcando as reformas circunscritas ao interior do hospício como a psicoterapia institucional (na França) e as comunidades terapêuticas (nos Estados Unidos e na Inglaterra); e, posteriormente, a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria preventiva ou comunitária (Estados Unidos) que propõem reformas que extrapolam o espaço do manicômio e introduzem a psiquiatria no espaço público com o novo objeto, a saúde mental (PRADO *et al.*, 2021, p. 2)

Nesse sentido, é importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, teve como principal influência a Lei de Basaglia. Franco Basaglia (1924-1980) foi um médico e psiquiatra italiano que revolucionou a estrutura de saúde mental na Itália entre as décadas de 1960 e 1970, franco defendia uma psiquiatria democrática onde lutava pela substituição do modelo de psiquiatria asilar em que os pacientes eram segregados da sociedade em manicômios, nesse sentido “ele se tornou uma liderança estratégica voltada à eliminação dos manicômios na Itália e no mundo” (PEROTTI *et.al.*, 2020, p. 4).

Face ao exposto, seu projeto envolvia o fechamento dessas instituições psiquiátricas para a criação de um novo modelo de serviços de saúde mental territorial, ou seja, esse novo modelo visava a reintegração dos pacientes em suas comunidades. Favorecendo assim, a inclusão desses indivíduos em seu contexto familiar e social (PRADO *et al.*, 2021). Seu intenso trabalho contribuiu para a promulgação da Lei nº 180 de 1978, também conhecida como a Lei de Basaglia que consolidou a desinstitucionalização dos manicômios italianos (PEROTTI *et al.*, 2020). Dessa forma, conforme Prado *et al.*, (2021, p. 3):

Esta experiência inédita impulsionou vários outros países a desencadear processos desinstitucionalizantes, inclusive o Brasil que apesar de não ter extinguido o manicômio, teve sua Lei 10.216 de reforma psiquiátrica aprovada em 2001, e produziu uma importante reforma do sistema psiquiátrico com redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e criação de serviços de saúde mental na comunidade.

Nesse contexto de inquietações políticas e sociais e de construção de uma Reforma Psiquiátrica brasileira é importante salientar que um grande marco do movimento social em prol dos direitos dos pacientes com transtornos mentais configura-se no Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) constituído em 1978. Esse movimento foi fundamental para a luta antimanicomial brasileira e contribuiu para formulação de uma nova Política de Saúde Mental (AMARANTE,

1995). Segundo Amarante e Nunes (2018, p. 2068) o MTSM foi “o primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica”.

O MTSM, num primeiro momento, organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas. Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995, p. 492).

Diante disso, outro grande marco decorrente desse movimento aconteceu em 1987 em Bauru, no II Congresso do MTSM. Esse acontecimento caracteriza-se como uma estratégia fundamental para novas transformações no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995, P. 492). Consoante a isso:

O II Encontro enfatiza a proposta de “uma sociedade sem manicômios”, lema proposto pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, após realização de importante encontro em Buenos Aires, em 1986, do qual participam alguns dos mais importantes membros internacionais (Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rotelli, Franca Basaglia). “Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

Face ao exposto, é nesse cenário de lutas e debates no que tange a assistência à saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge em 1986 como uma alternativa ao modelo de internação manicomial, ou seja, para extinguir os manicômios era necessário se pensar em uma rede de serviços que substituísse modelo “hospitalocêntrico” (FERREIRA *et. al.*, 2016, p. 76).

Alguns grupos de técnicos de saúde, acadêmicos, militantes sociais, organizações comunitárias e afins, influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana – especialmente o pensamento de Franco Basaglia - começam a criar uma sistematização de pensamento contra hegemônico na assistência em Saúde Mental. No final da década de 1980, surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e fecham-se alguns manicômios e se inicia um embate epistemológico, político e técnico em prol de “uma sociedade sem manicômios”. (FONTE, 2013, n.p)

Dessa forma, Ferreira *et al.*, (2016) apontam que os CAPS se configuram como relevante marco no que refere a ampliação de serviços extra hospitalares de atenção à saúde mental, visto que esse novo modelo tinha como objetivo um tratamento mais humanitário, bem como se caracterizava como um instrumento de integração social e

familiar por meio de serviços de psiquiatria, psicoterapia, atividades em grupo, oficinas terapêuticas.

Face a isso também foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que assim como o CAPS, representa um novo modelo de assistencial à saúde mental, apesar de apresentarem uma mesma proposta (substituir os manicômios), os dispositivos apresentaram características distintas (LUZIO; YASUI, 2019). No que tange ao NAPS:

O NAPS foi criado como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, portanto para funcionar durante as vinte e quatro horas. Ficava responsável pelo atendimento integral à demanda de Saúde Mental de uma região, principalmente aos casos graves, através de uma multiplicidade de ações, as quais tinham como objetivo a restituição do poder contratual do usuário, de modo a possibilitar a ampliação de sua autonomia.

Em síntese, destaca-se que o surgimento do CAPS/ NAPS corresponde a um significativo avanço inicial no que se refere à conquista do direito da pessoa em sofrimento mental a um tratamento de saúde mental digno, que valoriza a humanização, a liberdade e autonomia do indivíduo, visto que por longos anos o enclausuramento e a violência eram as principais formas de “tratamento”.

É relevante frisar que até a consolidação da Política de Saúde Mental em 2001 outros importantes processos ocorreram no Brasil. Nesse sentido, cabe citar um importante movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ainda na década de 1970, ela se caracteriza “por diversas vertentes de debates a fim de viabilizar a democratização de acesso à saúde e concretizar outras transformações necessárias em todo o setor de saúde” (DUARTE *et al.*, 2021, p. 18), visto que nesse período a saúde pública era precária e restrita a poucos setores da população.

Face ao exposto, a década de 1980 foi um marco no avanço da construção do Projeto da Reforma Sanitária, segundo Bravo (2009, p. 95)

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nessa conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia (...).

Dessa forma, de acordo com a autora, um marco primordial para a saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Essa Conferência teve como objetivo discutir temáticas importantes para a política de saúde, como “a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial” (BRAVO, 2009, p. 96).

Ademais, também foi um importante momento que firmou a participação popular no processo de construção da Política, fomentando assim, a democratização da Política de Saúde. É importante ressaltar que a Conferência se caracterizou também como um marco essencial para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi estabelecido somente em 1988 na Constituição Federal. Em suma, salienta-se que o Reforma Sanitária foi um relevante movimento social e político que transformou o sistema de saúde brasileira em um modelo universal e integral que objetivava uma saúde pública de qualidade para a população, esse novo modelo se constitui no SUS, que se legitima na nova Constituição de 1988 (vigente até hoje) (PAIM, 2009).

Nesse particular, o SUS poderia ser considerado uma política de saúde de natureza 'macro-social' derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde (PAIM, 2009, p. 29).

Dessa forma, com o fim da Ditadura Militar, o que possibilitou uma abertura política e a volta à democracia, bem como a promulgação da Constituição Cidadã que consolidou os direitos fundamentais dos cidadãos, a Política de Saúde ganha novas configurações. A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde se insere dentro de conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, denominado Seguridade Social que abrange também a política de assistência social e previdência, contribuindo assim para a ampliação de serviços de proteção social dos cidadãos (BRASIL, 1988).

Em síntese, a Constituição estabeleceu o direito à saúde como direito fundamental de todo cidadão brasileiro. Conforme o Art. 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s.p).

Além disso, a Constituição também estabeleceu em seu Art. 198 que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade (BRASIL, 1988, s.p).

Portanto, evidencia-se que todos esses avanços na Política de Saúde, também trouxe grandes contribuições para o âmbito da saúde mental. A Constituição Federal caracteriza-se como um importante instrumento de proteção dos direitos humanos, direito esse que por séculos foi inexistente na vida das pessoas com transtornos mentais. Ademais, “destacam-se o respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral, onde o processo saúde/ doença mental é entendido dentro de uma relação com a qualidade de vida” (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 594).

No que tange a década de 1990, destaca-se que essa conjuntura é marcada por avanços e grandes desafios na Política de Saúde. No que se refere aos avanços, evidencia-se a aprovação da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, conhecida também como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS. As referidas leis são responsáveis por regulamentar o SUS, visto que não basta apenas criar um sistema único de saúde, é necessário compreender como esse sistema funciona em sua totalidade (SOUSA, 2002).

Nesse sentido, salienta-se que LOS representa um grande marco para a Política de Saúde Pública, e é resultado de uma intensa luta social e política tecida anteriormente. Sousa (2002) aponta que os princípios e diretrizes constituídos no SUS foram idealizados desde a Reforma Sanitária na década de 1970, acerca desse movimento:

(...) embora não homogêneo, produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS (MATTOS, 2009, P. 771)

Dessa forma, conforme o autor, apesar do SUS está esboçado na Constituição de 88 prevendo além dos princípios e diretrizes, dos recursos financeiros e suas

atribuições, somente com a LOS esses pontos importantes foram organizados e implementados de maneira mais contundente (MATTOS, 2009). Nesse sentido, conforme Mattos (2009, p. 771):

(...) a constituição promulgada em 1988 delineou um contexto para o SUS que, não necessariamente, era o imaginado pelo movimento sanitário, ou pelo menos não consensual em seu bojo (como na ampla liberdade para a iniciativa privada na saúde, e o caráter fortemente municipalista do pacto federativo). Por sua vez, no processo de negociação, algumas questões polêmicas foram deixadas para ser detalhadas posteriormente, como foi o caso da questão sobre o financiamento do SUS, tratada no texto original de modo excessivamente genérico.

Dessa forma, no que tange ao financiamento do SUS, salienta-se que é um dos pontos centrais no que se refere à garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde. Atuando como uma engrenagem do SUS, o financiamento é fundamental para o funcionamento de qualidade das ações da Política de Saúde, e é nesse campo que o SUS mais sofre ataques da lógica capitalista. Em suma, esse complexo sistema dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o financiamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Segundo o Art. 4º da Lei:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990, s.p).

Mediante a isso, evidencia-se que a partir do SUS, as ações e serviços de saúde são executadas através do conjunto de instituições das esferas municipais, estaduais, federal e esfera privada (convênios), caracterizando assim como uma política descentralizada, tanto no que tange a gestão, quanto ao financiamento da política (BRASIL, 1990). Outra principal característica do Sistema Único de Saúde se refere aos princípios e diretrizes dispostos no Capítulo II da LOS, no Art. 7º, tais como: “a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado” (MATTOS, 2009, p. 771).

Diante disso, levando em consideração todos esses aspectos determinados no SUS, o âmbito da saúde mental ganha novas atenções. Nesse sentido, destaca-se que o Sistema Único de Saúde torna-se na verdade, o principal caminho para o acesso aos serviços e ações de saúde mental, visto que um dos princípios constitutivos do Sistema é a integralidade do atendimento de saúde, dessa forma

segundo a LOS para o bem-estar da população é necessário um conjunto ações que abrange o físico, o mental e social (BRASIL, 1990).

Dessa forma a década de 1990 segundo Sampaio e Bispo (2021) com a implementação do SUS, bem como a descentralização da gestão em saúde, no setor da saúde mental “constataram-se o fortalecimento e a solidificação dos ideais da RPB, com a instauração de novo olhar relacionado à psiquiatria e às possibilidades assistenciais, bem como a promulgação de leis e atos normativos que instituíram novos dispositivos de cuidado” (SAMPAIO; BISPO, 2021, p. 8).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, p. 8)

É importante destacar que todo esse processo de avanços na política de Saúde, também foi marcado por problemáticas que perduram até a atual conjuntura. Assim, apesar das conquistas da saúde pública nesse período, salienta-se que a década de 1990 também é marcada por contradições, visto que o país passava por um processo de “redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal” (BRAVO, 2009, p. 99). Desse modo, ao passo que o país avançou significativamente em Políticas Sociais, o mercado atrelado ao Estado atacava fortemente essas conquistas.

Nesse período o Brasil acabara de sair de um crise política e econômica, e o país atravessava um momento de lutas distintas, por um lado inquietações sociais que buscavam a consolidação de seus direitos e do outro a classe dominante impactada pela crise que buscava se reestruturar. É nesse contexto que o então Presidente Fernando Collor de Mello chega ao governo por meio de eleições diretas, que não aconteciam desde o início da ditadura militar (GENNARI, 2001).

Segundo o autor, o governo de Collor representa uma concretização da chegada do neoliberalismo ao Brasil, visto que ele “implementou uma ousada política de privatizações e de liberação econômica, tanto no que tange aos fluxos de capitais

quanto aos fluxos de mercadorias” (GENNARI, 2001, p. 35). Dessa forma, com a entrada da política neoliberal no Brasil, toda a construção de Políticas Públicas Sociais, incluindo a de saúde passaram a sofrer ataques do mercado que queria restabelecer seu controle.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2009, p. 100).

Diante disso, evidencia-se que o neoliberalismo se caracteriza por um sistema socioeconômico em que o Estado terceiriza suas responsabilidades em prol do crescimento econômico de um setor composto pelo mercado, nesse sistema “o Estado deve deixar ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas” (BRAVO, 2009, p.100).

Dessa maneira o avanço neoliberal põe em risco toda a construção da Política de Saúde resultante de muitos debates e mobilizações sociais, visto que no bojo das discussões acerca de um novo Sistema Único de Saúde, é do Estado o dever de assegurar ações e serviços de saúde para a população, levando em consideração todos os direcionamentos da Política Nacional de Saúde. Assim, todo esse desmonte da saúde pública acaba comprometendo o projeto de uma saúde universal, gratuita e de qualidade.

Nesse sentido, no que se refere ao Sistema Único de Saúde, Bravo (2009) enfatiza que “apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.” Dessa forma conforme a autora questões primordiais para o progresso do SUS são colocadas em cheque como:

(...) o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde (BRAVO, 2009, p. 101).

Portanto, esse projeto de saúde voltada ao setor privado tem se tornado um grande desafio para a Política de Saúde Mental inserida no SUS desde a década de 1990 até a atual década, visto que essa Reforma do Estado impacta na forma como

o sistema de saúde mental é estruturado e financiado. Dessa forma, o neoliberalismo e seus desdobramentos são um verdadeiro entrave para os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como para a atuação dos assistentes sociais inseridos nesse campo.

4 PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO VOLTADO À SAÚDE MENTAL EM SÃO LUÍS-MA

Após explorar o percurso histórico acerca do Serviço Social desde o seu surgimento como profissão até como ele se configura na atual conjuntura, bem como, esquadrihar a trajetória da Política de Saúde Mental carregada de avanços e desafios, nos capítulos anteriores. Este capítulo irá abordar acerca da análise da intervenção profissional do Serviço Social em um hospital psiquiátrico de São Luís-MA, levando em consideração todas questões apresentadas anteriormente.

O referido hospital é uma unidade de saúde pública estadual que é referência no atendimento de saúde mental do Maranhão, abrangendo assim todo o Estado e adjacências. Sua inauguração é datada no dia 25 de março de 1941 como Hospital Colônia dos Psicopatas, sendo o primeiro hospital psiquiátrico do Maranhão, localizado na capital do Estado, São Luís (NASCIMENTO, 2020).

Conforme a autora, “a instituição foi criada com a finalidade de resolver os problemas existentes da época tais como a superlotação das casas de abrigo e Santa Casa de Misericórdia e limpar o espaço urbano da capital do Estado do Maranhão” (NASCIMENTO, 2020, p. 25).

Com o passar dos anos o Hospital foi passando por reformas que incluíam desde o nome do hospital até a forma de tratamento dado aos internos da instituição. No entanto, somente na década de 1990, com a Reforma Psiquiátrica, que se instaurou em todo o mundo ocidental, operou-se melhorias tanto na estrutura física, quanto no aspecto administrativo. As melhorias físicas eram de imediatas; a ideia era eliminar a imagem de hospícios e manicômios que os hospitais psiquiátricos apresentavam. A lei era clara: essas instituições deveriam manter a aparência de hospital, não mais aqueles locais fechados, isolados, que apresentavam repugnância de muitos (NASCIMENTO, 2020, p. 25-26).

Atualmente a unidade integra a rede hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde (SES), sendo referência quanto ao tratamento humanizado de saúde mental, contando com um equipe de profissionais qualificados para atender as demandas que o hospital recebe diariamente. No que refere ao quadro multiprofissional de nível superior responsáveis pelo atendimento ao paciente destaca-se profissionais do Serviço Social, Enfermagem, Psiquiatria, Psicologia, entre outros.

Ressalta-se que sua estrutura é composta por setores de atendimento como Clínica Médica, Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Enfermaria de Curta Permanência (ECP), o setor dos Pacientes Privados de Liberdade (PPL) e o

Ambulatório. A unidade também conta com o Núcleo de Apoio à Saúde Mental da Criança e do Adolescente (NAMSCA), dessa forma cada setor possui suas especificidades de atendimento.

Face ao exposto, é sobre a experiência da assistente social entrevistada nesta unidade, bem como da experiência vivenciada no período de estágio no setor do Serviço de Pronto Atendimento (SPA), que o tópico a seguir será delineado. Esse setor atua como urgência e emergência 24h no atendimento de pessoas com quadro de transtornos mentais, o único Hospital porta aberta voltado para saúde mental do Maranhão, recebendo assim pacientes não só da capital e região metropolitana, mas do interior do Estado e até de outros estados.

4.1 Inserção do Assistente Social na Saúde Mental

Antes de analisar os processos de trabalho desenvolvido pelo(a) assistente social no Hospital Psiquiátrico, é importante entender que o trabalho do assistente social se relaciona com dois aspectos inerentes a sua ação profissional. O primeiro se refere ao contexto sócio-político em que está inserido, o Serviço Social é incorporado a uma sociedade cujo modo de produção do capital e reprodução das forças produtivas, o capitalismo, determina as relações sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Segundo os autores, as relações sociais no capitalismo expressam-se por relações de classes e antagonismos de interesses, onde uma classe domina e a outra é dominada, ou seja, pode-se dizer que as relações sociais representam também relações de poder. Em suma, esse processo caracteriza-se pela exploração, desigualdade e pela competição, que terá como efeito a questão social e suas expressões. Diante disso, o outro aspecto indissociável à atuação profissional do Serviço Social diz respeito justamente sobre as expressões da questão social, que conforme Netto (2011) aponta, foi erguida sob o modo como a sociedade capitalista se manifesta.

São a consolidação do capitalismo e a lei geral da acumulação do capital que põe sócio-historicamente as condições para a emergência e o desenvolvimento da questão social; é na reprodução do capital que se encontra a raiz da questão social, sendo esta insuperável sem a superação daquela. (MONTENEGRO; MELO, 2014, p. 21)

Posto isto, segundo Iamamoto e Carvalho (2014) o assistente social é chamado para intermediar as relações sociais, ou seja, são elementos de intervenção, atuando assim na realidade social complexa e multifacetada. Entretanto, destaca-se a natureza contraditória dessa intervenção visto que ao mesmo tempo o assistente social responde às demandas da classe explorada e vulnerável, ele se encontra inserido nessa arena de interesses opostos, onde os interesses do grande capital (comandados pelo Estado e pelo mercado) sempre vão sobressair aos interesses da classe trabalhadora.

Nesse sentido, destaca-se que a intervenção profissional na saúde mental vai assumir essas peculiaridades. Rosa e Lustosa (2012) enfatizam da seguinte maneira:

O fazer do assistente social na Saúde Mental está multideterminado por uma série de elementos. É determinado por todo um contexto macro societário, no qual se desenham as políticas públicas, numa correlação de forças em que distintos projetos se enfrentam, que conformarão princípios e coordenadas que balizarão os serviços que os implementarão ((ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 35)

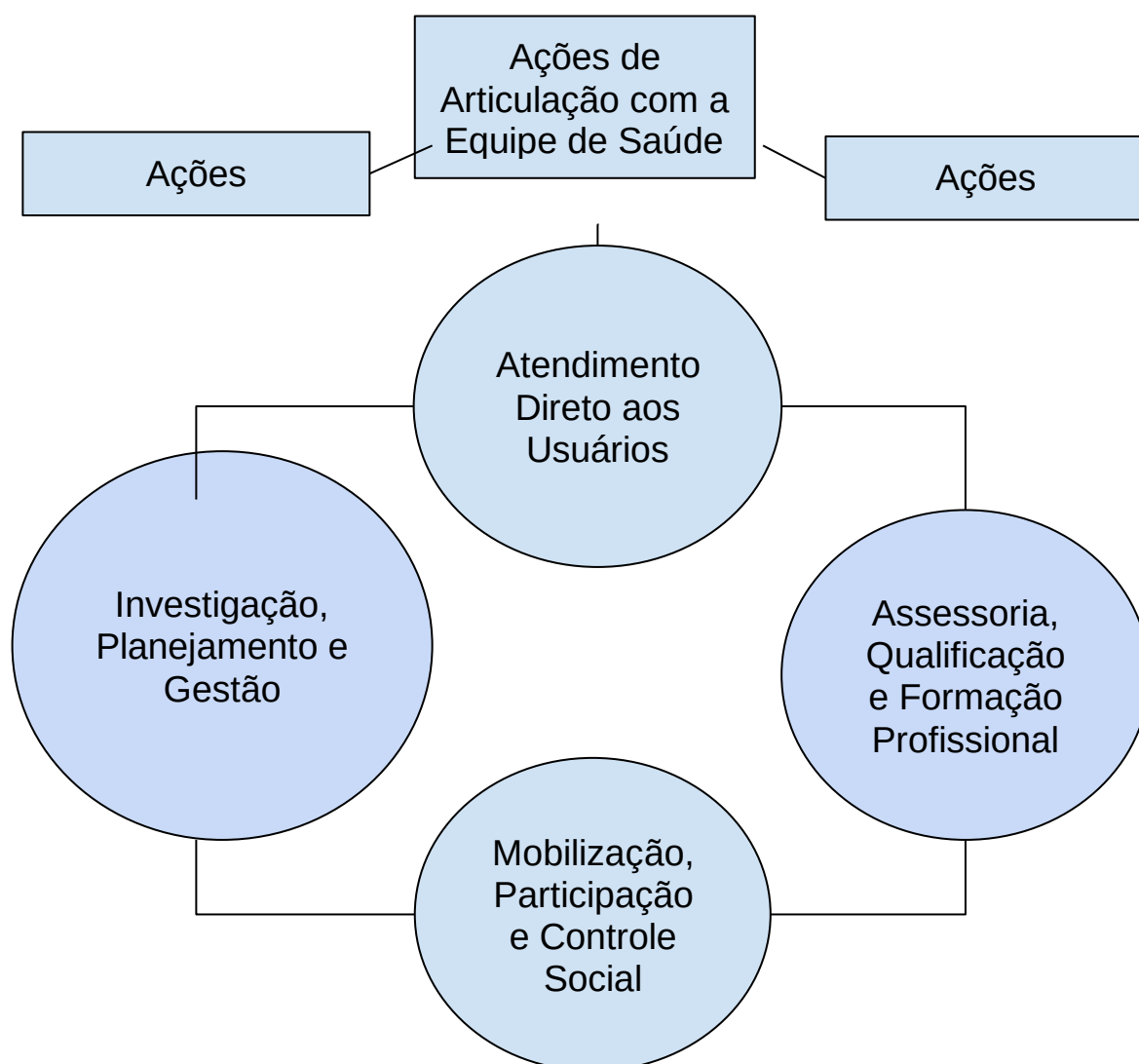
Desse modo, compreender os desdobramentos da sociedade capitalista é primordial para apreender acerca das potencialidades e desafios de atuação do Serviço social nos mais diversos campos da sociedade, especificamente no âmbito da saúde mental que se caracteriza como um setor repleto de complexidades decorrentes das mais diversas expressões da questão social. Dessa forma:

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010, p. 34-35).

Nesse contexto, é importante ressaltar que a relação entre Serviço Social e Saúde Mental se deu através de um longo processo que abrange tanto a própria formação da profissão, quanto a construção da atual Política de Saúde Mental vigente. Ambos os processos foram permeados por lutas, resistências, avanços, retrocessos, perdas e conquistas, um ciclo que está longe de se encerrar, visto a dinâmica política e social na qual se inserem.

Diante disso, no que tange a atuação do assistente social na Política de Saúde, espaço em que a questão social (objeto de trabalho do assistente social) também se materializa, destaca-se um documento norteador de suma importância aos profissionais de Serviço Social, nomeado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” estabelecido pelo Conselho Federal de Serviço Social- CFESS (2010). Segundo esses parâmetros os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos:

Quadro 3- Eixos de atuação do assistente social na saúde



Cada eixo de atuação traz aspectos de ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais incorporados na rede de saúde, esses parâmetros são fundamentais para o processo de intervenção do Serviço Social na realidade de seus usuários, fortalecendo assim o trabalho da categoria profissional direcionada pelo Projeto da Reforma Sanitária, pelo próprio Projeto Ético Político da Profissão, CFESS (2010).

Consoante a isso, o assistente social inserido nas equipes de saúde mental tem como princípio fundamental “contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional” (CFESS, 2010, p. 41). Nesse sentido, Rosa e Lustosa (2012, p. 30) enfatizam que “há sintonia/convergência entre o ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira com os fundamentos do projeto ético-político do Serviço Social haja vista vários princípios em comum (...)”. Acerca desse princípios as autoras destacam:

- 1) a liberdade como valor basilar, inscrito na palavra de ordem do movimento da luta antimanicomial “a liberdade é terapêutica”, impondo o cuidado comunitário, em contraponto a modelos segregadores/ excludentes que se calcaram na presunção da periculosidade e incapacidade para forjar uma modalidade de tratamento que desabilitou a pessoa com transtorno mental para o convívio social, gerando vários tipos de violação de direitos humanos e consequentemente uma dívida histórica do Estado para com esse segmento;
- 2) a defesa intransigente dos direitos humanos;
- 3) a luta pela eliminação de todas as formas de preconceito, na perspectiva de contribuir para a construção de outra relação entre a sociedade e o louco/loucura, mudando o imaginário social;
- 4) empenho na garantia da qualidade dos serviços prestados, haja vista o crescente desinvestimento do Estado em gastos sociais e precarização das relações de trabalho (ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 30 apud. CRESSRJ, 2005).

Nessa perspectiva, destaca-se que as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico operativa do Serviço Social são primordiais para a construção de uma prática profissional que fortaleça o projeto ético político do Serviço Social na saúde mental. Em suma, os princípios éticos-políticos do assistente social que norteiam as ações profissionais são fundamentais para que o profissional inserido neste campo, busque ações e estratégias que promovam a efetivação dos direitos dos pacientes/usuários dos serviços da rede de saúde mental. Nessa perspectiva

O reconhecimento de que o sofrimento humano tanto dos usuários dos serviços quanto dos trabalhadores/profissionais da área da saúde, incluindo o assistente social, conforme Resolução nº 287/98, expresso em conceitos como o burnout, impõe demanda no campo da subjetividade, requerendo do

Serviço Social maiores investimentos no plano teórico-metodológico; técnico-operativo e ético-político, como parte constitutiva da condição humana e da totalidade social, subtraindo-se a mera perspectiva de psicologização ou psiquiatrização dos problemas humanos (ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 30).

No tocante à Reforma Psiquiátrica, um importante projeto que fundamentou o atual modelo de assistência à saúde mental, sua materialização se encontra na Lei nº 10. 216, de 6 de abril de 2001. A referida Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Assim, a Lei da Reforma Psiquiátrica substitui a lógica de internação em instituição (lógica que favorece o isolamento). Antes da reforma essa lógica era vista como prioridade, e após a reforma a internação passa a ficar em segundo plano, dando prioridade a reabilitação social conforme disposto no Art. 4º.

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

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características similares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001)

Face a isso, a Lei em questão prevê ainda acerca dos direitos das pessoas com transtorno mental, o Parágrafo Único do Art. 2º destaca:

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Portanto, é na perspectiva de fortalecer que os direitos supracitados sejam garantidos às pessoas com transtornos mentais, bem como contribuir para a defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde responsável por garantir o acesso

universal, integral e gratuito aos serviços de saúde mental em todo o país, que o assistente social desenvolve seu trabalho. Destarte, é fundamental analisar como se dá a atuação deste profissional no âmbito da saúde mental, e para isso, no tópico a seguir haverá fragmentos da pesquisa de campo realizada.

4.2 Processos de trabalho desenvolvido pelo(a) assistente social no Hospital Psiquiátrico

A vista do que foi pontuado anteriormente, foi realizada uma entrevista qualitativa com uma profissional que fez parte da equipe multiprofissional do Hospital Psiquiátrico voltado aos serviços de saúde mental. A entrevista tem por finalidade analisar e compreender as complexidades dos processos de trabalho desenvolvidos pelo assistente social na referida unidade hospitalar. Nesse sentido, cabe enfatizar que a pesquisa de campo foi realizada no dia 06 de junho de 2023, além disso, a entrevista se deu através da plataforma online Google Meet.

Face ao exposto, no primeiro momento da entrevista foi abordado quais eram as principais demandas do assistente social no atendimento aos pacientes psiquiátricos e seus familiares, como essas demandas geralmente chegavam para o Serviço Social e como se dava a intervenção sobre esses atendimentos. O principal objetivo dessa indagação foi traçar um perfil profissional e de seu atendimento ao usuário dos serviços de saúde mental daquela unidade hospitalar. Face a isso, segundo a assistente social entrevistada:

Geralmente as demandas vêm de forma espontânea, mas isso não quer dizer que encaminhamentos não ajam, porque tem também. E umas das principais demandas que nesse meio, pelo menos na minha vivência enquanto assistente social no hospital psiquiátrico, era justamente a questão do tratamento e posteriormente a benefícios socioassistenciais (ASSISTENTE SOCIAL, 2023)

Conforme a profissional enfatiza, enquanto esteve no Hospital Psiquiátrico, (vale ressaltar inserida no setor de urgência e emergência, portanto com uma rotina institucional mais diligente), as principais demandas naquela área voltava-se para a busca do paciente ou de seu familiar por orientações acerca do tratamento, no entanto rotineiramente as demandas se centralizava na busca do familiar do usuário por direcionamento referente o acesso aos benefícios socioassistenciais, visto as fragilidades socioeconômicas vivenciadas por aquelas famílias.

Nesse contexto, enfatiza-se uma primeira questão essencial em relação à atuação do assistente social no referido hospital: diz respeito às atribuições e competências profissionais que direcionam no atendimento aos usuários, inscritas na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993). Evidencia-se que a prática profissional nesse âmbito e especificamente na intervenção das demandas colocadas pela assistente social, está ligado intimamente ao que o Art. 4º da Lei nº 8.662 constitui como competências profissionais, destaca-se aqui:

III- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
V- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (BRASIL, 1993, s.p).

Nesse sentido a assistente social expõe que o profissional inserido na unidade tem atribuições e competências bem precisas, ela destaca: “a instituição em si, ela vai focar na questão do tratamento, mas o profissional assistente social ele vai tá ali orientando, norteando justamente os diretos que aquele usuário vai ter”.

Nesse contexto, a profissional enfatiza o Hospital Psiquiátrico por se tratar de uma unidade de urgência e emergência, ou seja, se caracteriza por atendimentos que precisam ser atendidos rapidamente, é importante que os usuários daquele serviço paliativo seja orientado e encaminhado para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que abrange um conjunto de serviços que proporciona uma assistência integral aos seus usuários.

Desse modo, nesse cenário os encaminhamentos e a orientação social são competências elementares no processo de trabalho do assistente social. Essa competência envolve habilidades para identificação, criação e implementação de intervenções sociais com vistas à “ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais”. (CFESS, 2010, p. 44)

Em suma, a assistente social revela que a Saúde mental é permeada por particularidades e desafios, nessa perspectiva:

A saúde é uma política que tem muitas delicadezas, a gente sabe que tem as suas carências e a saúde mental dentro dela, aí a gente tem esse olhar, se a saúde dita “normal”, digamos assim, tem essas peculiaridades imagina só a saúde mental. A gente faz até um breve histórico, a gente sabe que a saúde mental até século, digamos que 10 anos pra cá é que começou-se a se ter essa importância, essa relevância, as pessoas começaram a ter esse estarte. Mas quando se falava em saúde mental, que na verdade nem existia ainda esse termo, tudo era voltado à exclusão. E hoje mesmo com esse conhecimento sabendo da relevância a gente tem aquele funil que consiste de rede fornecer serviços e do próprio usuário em ter esse conhecimento, a

importância dele fazer parte desse serviço já que ele necessita. (ASSISTENTE SOCIAL, 2023).

Face ao exposto, mediante o que foi abordado ao longo do trabalho, evidencia-se no passado a assistência à pessoa com transtorno mental era frequentemente direcionado para a exclusão social, vale destacar que além da marginalização os métodos de tratamento eram desumanos e cruéis, sem acesso a direitos básicos de sobrevivência. Oliveira *et al.*, (2018) acerca dessa prisma pontua

O tratamento a pessoa com transtorno mental, por muito tempo, limitou-se a um modelo hospitalocêntrico, no qual existiam ações que reforçavam o preconceito, a estigmatização e a segregação. Com o passar dos anos e com a tentativa de minimizar a angústia das pessoas com transtorno mental, transformações começaram a acontecer fazendo surgir um novo modelo de cuidar baseado na reinserção social, liberdade e cidadania (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 126)

Dessa maneira, para a consolidação desse novo modelo, o Serviço Social sob a égide seu Projeto Ético Político exerce um papel fundamental na reintegração social do indivíduo com transtorno mental e integração nesses atuais serviços de saúde mental, que atende não só essas pessoas, mas abrange suas famílias (OLIVEIRA *et al.*, 2018)

A vista disso, foi direcionada a segunda pergunta a assistente social entrevistada referente como o assistente social inserido no Hospital Psiquiátrico pode contribuir para a inserção social e a reinserção familiar dos pacientes psiquiátricos em tratamento, visto que a participação familiar é assegurado pela Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) em seu Art. 3º

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

Acerca disso, a profissional enfatiza que o paciente psiquiátrico demanda um tratamento em conjunto e a família tem um papel primordial nesse processo, até para a questão da “própria autonomia do indivíduo” (ASSISTENTE SOCIAL, 2023).

Por mais que hoje se tenha um maior diálogo sobre isso, ainda sim há certa recusa, certa ressalva quanto a isso e a gente não pode deixar de falar sobre isso porque realmente o paciente psiquiátrico ele é um paciente que ele demanda um trabalho maior justamente porque ele não está em condições mentais de se ter uma autonomia suficiente, a família ela tem essa certa resistência (ASSISTENTE SOCIAL, 2023).

Segundo a profissional, no que tange a reinserção familiar, há muitos desafios que permeiam essa relação. Nesse contexto, a profissional enfatiza que há também certas limitações quanto ao trabalho do assistente social nesta questão, visto a dinâmica do Hospital Psiquiátrico. Dessa forma, mesmo que de forma breve, o assistente social coloca ao familiar a importância dessa adesão familiar no tratamento do paciente, e quanto aos resultados desse trabalho conjunto na qual a família é o ponto chave.

Nesse cenário, a assistente social coloca ainda como desafio a dinâmica do capitalismo que interfere na assistência familiar ao paciente. Como tecido neste estudo, o capitalismo se configura como um sistema que tem por princípio a exploração da classe trabalhadora, essa dinâmica desigual coloca ao trabalhador uma sobrecarga de trabalho que impacta as relações sociais de cada indivíduo, inclusive no que refere às relações familiares.

Posto isto, a profissional enfatiza que é mediante a esse processo, que muitos familiares alegam a falta de tempo para os cuidados aos seus familiares com transtornos mentais, e por isso recorrem às instituições de internação de longa permanência. Em síntese, a profissional ainda coloca como foco a importância de externalizar o cuidado para o cuidador do sujeito com transtorno mental (com vínculos familiares ou não), pois segundo a assistente social:

essa permanência do familiar naquele ambiente, fazendo esse manejo de cuidado com seu paciente acaba que ele também adocece, justamente por conta da dificuldade de se tratar com o paciente, por isso a gente sempre ficava pontuando isso, que seria muito interessante que esse tratamento fosse externalizado, claro ao paciente porque necessita de cuidado, mas também a esse cuidador (...) (ASSISTENTE SOCIAL, 2023)

Face ao exposto, no tange a reinserção sociofamiliar, a assistente social destaca que os Centros de Atenção Psicossocial têm o papel essencial no trabalho dessas potencialidades e complexidades. Nesse contexto, segundo a profissional, o Hospital Psiquiátrico de São Luís se configura então como “porta de entrada” para essa rede de serviços de saúde mental.

Nessa perspectiva foi dirigida a terceira pergunta que diz respeito a como o assistente social atua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e como se dá essa articulação em redes de serviços. A RAPS é uma rede de serviços de saúde mental destinada a atender pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país. Esta objetivou a integração do cuidado ordenado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS. Considerou a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos como elemento capaz de influenciar nos padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados e de promover fluxos contínuos de cuidado nos espaços tecnológicos adequados. A implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental no Brasil tem demonstrado substanciais avanços e reconhecimentos. A inversão do gasto em saúde mental, com estímulo financeiro aos serviços substitutivos; o fechamento de leitos psiquiátricos dos hospitais monovalentes e a expansão dos serviços comunitários; o desenvolvimento de práticas de cuidado inovadoras; e a participação ativa dos usuários e a reivindicação por direitos são algumas das transformações alcançadas (SAMPALIO; JUNIOR, 2021, p.2).

Dessa maneira, a rede é composta por serviços e equipamentos variados, que objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, pautando-se em diretrizes e objetivos gerais e específicos (BRASIL, 2011). Nesse sentido, destaca-se que a RAPS é constituída pelos seguintes componentes:

Quadro 4 - Redes de Atenção Psicossocial

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	• Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio a Saúde da Família • Consultório na Rua • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Especializada	• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	• SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas • Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro • Unidades Básica de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de Recolhimento • Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços Residenciais Terapêuticos

Reabilitação Psicossocial	
---------------------------	--

Fonte: Brasil (2011)

Face ao exposto, os pontos de Atenção Psicossocial apresentados no quadro acima, fundamentado pela Política Nacional de Saúde Mental - PNSM no âmbito do SUS representa um grande avanço para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Todo o projeto de desinstitucionalização, da extinção dos manicômios e a luta pela autonomia, liberdade e tratamento humanizado da pessoa com transtorno mental se materializa através da RAPS. Por meio dessa rede de atenção comunitária, descentralizada, hierarquizada e regionalizada, as pessoas que necessitam dos serviços de saúde mental acessam seus direitos.

Dessa maneira, segundo a Assistente social entrevistada, o assistente social inserido nessa rede, especificamente na Atenção Hospitalar, se articula com os outros pontos de atenção através de encaminhamentos, por isso a importância do profissional ter o conhecimento de rede e dos serviços que ela oferece. Em suma, a profissional enfatizou sobre o principal encaminhamento que realizava, à Atenção Psicossocial Especializada, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Destaca-se que os CAPS foram os primeiros modelos de atenção que direcionam para uma atenção à saúde comunitária. Atualmente se configuram como pontos estratégicos em saúde mental.

É importante destacar que apesar dos significativos avanços na Política de saúde Mental, entraves ainda permeiam esse âmbito. Nesse pressuposto Sampaio e Junior (2021) salientam:

Mesmo diante dos avanços transformadores, persistem ainda desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. Dentre as principais dificuldades em curso, podem ser destacadas a insuficiência e distribuição desigual dos serviços, o subfinanciamento, a fragilidade na articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re)inserção social. (SAMPAIO; JUNIOR, 2021, p. 2)

A vista disso, através da entrevista buscou-se apreender os principais desafios dos assistentes sociais na Política de Saúde Mental. Nessa perspectiva foi abordado a entrevistada sobre, quais são os principais desafios enfrentados por assistentes sociais em hospitais psiquiátricos para garantir uma assistência humanizada e individualizada aos pacientes. Em face a pergunta, a assistente social pontuou acerca da estrutura hospitalar que apresenta problemáticas, principalmente no que tange ao

atendimento de crianças e adolescentes que necessitam dos serviços de urgência e emergência daquela instituição, que por vezes precisam ficar em observação, entretanto a unidade não possui uma infraestrutura adequada para a faixa etária.

Isso é uma preocupação muito grande, você acaba ficando, no caso com um paciente criança ou adolescente em uma enfermaria mista, na maioria de pacientes adultos em surtos agudizados, então isso é uma problemática (...) precisa de espaços específicos para se fazer esse acolhimento, esse atendimento com criança e adolescente (ASSISTENTE SOCIAL, 2023).

Nesse sentido, vale destacar que a dinâmica do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital acontece da seguinte maneira:

Os pacientes do SPA ficam internados até 72 horas. Quando o paciente apresenta uma melhora ele é encaminhado para casa e com indicação de tratamento em algum ambulatório, CAPs que são setores que ajudam no tratamento do paciente. Se o paciente não apresenta nenhuma melhora depois de 72 horas, ele é encaminhado (...) para as clínicas psiquiátricas que têm convênio com o Estado. (...) (NASCIMENTO, 2020, p. 59-60).

Desse modo, levando em consideração que por vezes a internação (vale ressaltar que sob a forma humanizada) é necessária para o tratamento do paciente psiquiátrico, a assistente social expõe que aquelas crianças ou adolescentes que necessitam deste serviço de internação a curta, média ou longa permanência, não consegue ter acesso devido a inexistência desse atendimento na rede de saúde pública para essa faixa etária no Estado.

Ressalta-se que segundo a assistente social isso se torna um grande desafio para uma atenção individualizada e humanizada. Ela pontua que o adoecimento mental dessa faixa etária, principalmente de adolescentes, tem crescido decorrente ao uso de substâncias psicoativas, então para esses casos em específico o período de observação de 72h não é capaz de sanar essa problemática. Dessa forma a assistente social enfatiza que é necessário se pensar em alternativas para esses casos a nível de Política de Saúde Mental, visto que nesses casos os recursos serviços extra-hospitalares por vezes se mostram insuficiente.

É importante ressaltar que o Hospital psiquiátrico possui um Núcleo de Atenção à Saúde Mental da Criança e Adolescente - NASMCA composto por uma equipe multiprofissional, que tem colaborado no tratamento de crianças e adolescentes na rede. Sendo um dos principais locais de encaminhamento do SPA para essa faixa etária quando adentram na unidade hospitalar.

Ainda acerca dos desafios dos assistentes sociais inseridos na saúde mental, é importante ressaltar que o profissional atua em uma equipe multiprofissional o que

muitas vezes se torna também um grande desafio. Nesse sentido foi perguntado à profissional quais são as principais barreiras à realização deste trabalho em equipe entre assistentes sociais e os demais profissionais de saúde mental, e como elas podem ser superadas.

Além disso, é importante destacar que a equipe multiprofissional inserida no campo da saúde mental é fundamental na prestação dos cuidados e serviços da rede, bem como, essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, todavia ressalta-se que é carregada de embates. Nesse sentido,

no rastro da reforma psiquiátrica, a defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformam-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica, foram problematizadas (VASCONCELOS, 2010).

Face ao exposto, a assistente social destaca que antes de falar sobre a interdisciplinaridade é necessário entendimento de todos acerca do que é uma equipe multiprofissional e qual o seu papel, desta maneira ela enfatiza que a equipe multidisciplinar “é um conjunto de saberes, porém cada saber individualizado” (ASSISTENTE SOCIAL, 2023). Nesse sentido, a profissional exemplifica que “no momento de um estudo de caso, cada profissional ali vai estar dando seu parecer enquanto profissional diante das suas competências” (ASSISTENTE SOCIAL, 2023).

Dessa forma, esse conjunto de saberes e competências profissionais apesar de contribuírem para um trabalho mais efetivo, é permeado por barreiras à realização desse trabalho em equipe. Posto isso, a assistente social destaca como principal barreira ao Serviço Social, o embate com as demais categorias profissionais no sentido da falta de entendimento das outras classes profissionais acerca das atribuições e competências profissionais do assistente social. Dessa forma, segundo ela, “a gente tem ainda muitos embates na saúde nessa questão, o que é papel do Serviço Social” (ASSISTENTE SOCIAL, 2023).

Diante disso destaca-se que essa falta de clareza sobre o papel e as responsabilidades de cada profissional pode gerar conflitos em uma equipe, prejudicando assim a colaboração e a construção conjunta de estratégias de intervenção. Por isso a importância do conhecimento e valorização das especificidades de cada área profissional para que assim essa articulação seja favorável aos usuários da rede de saúde mental.

Por fim, para finalizar a análise dos processos de trabalho desenvolvidos pelo assistente social no Hospital psiquiátrico, foi abordado acerca qual é o papel dos assistentes sociais na garantia do direito à saúde mental da população vulnerável, como pessoas em situação de rua. Diante disso, a assistente social coloca como grande dificuldade de atuação profissional do Serviço Social a falta de articulação com a rede ou a falta da própria rede. Segundo a assistente social, a assistência de saúde mental às pessoas em situação de rua é ofertada no Hospital psiquiátrico, porém essa assistência necessita de uma articulação com outras instituições e outras Políticas Públicas, principalmente com a Política de Assistência.

A profissional enfatiza que o Hospital não possui setores ou alas asilares que podem estar oferecendo acomodação a essas pessoas, dessa forma a principal mediação era através da articulação com a Abordagem Social que compreende a Secretária de Assistência Social. A Abordagem Social nesse contexto tem o objetivo de construir o processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e a benefícios assistenciais.

Entretanto, segundo a profissional, a própria rede de Assistência Social possui entraves que dificultam o processo de saída das ruas do paciente psiquiátrico. A falta de equipamentos para acolhimento das pessoas com transtornos mentais em situação de rua se torna um grande obstáculo para o acesso aos direitos do sujeito em sofrimento mental, precarizando assim a atuação do assistente social na viabilização dos direitos dessa população vulnerabilizada em diferentes âmbitos.

Nesse viés, diante do exposto ao longo deste estudo monográfico, compreende-se que a atuação do serviço social na saúde mental, especificamente no Hospital psiquiátrico, é marcada por potencialidades e desafios. Como potencialidade destaca-se que o profissional pode atuar na garantia do acesso aos serviços de saúde mental para a população, contribuindo assim para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS, através do seu Projeto ético político.

Nesse sentido destaca-se também que os desafios em torno da atuação do assistente social são evidentes, devido a todo o sistema socioeconômico vigente, resultando na precarização da estrutura de atendimento dos serviços de saúde mental, com a falta de recursos financeiros, humanos e materiais. Dificultando assim o acesso aos serviços de saúde mental para a maioria da população.

Em síntese, apreende-se a importância do Serviço Social neste âmbito, visto que mesmo em meio a uma arena desigual e complexa, o assistente social através

dos seus princípios éticos políticos e consolidados em suas atribuições e competências profissionais contribuem para a promoção da saúde mental humanizada, inclusiva, universal e gratuita.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da temática abordada acerca da atuação do assistente social na saúde mental, compreende-se que a inserção do Serviço Social neste âmbito é de suma importância para a consolidação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, fruto de muita mobilização, luta e resistência para que os antigos modelos de tratamento às pessoas com transtorno mental, voltadas a segregação e violência, fossem substituídos por uma assistência humanizada, que respeite todos os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental.

Nesse sentido, destaca-se que o Serviço Social como profissão, também passou por grandes transformações desde a sua gênese, inicialmente ligada a Ação Católica voltado para práticas assistencialistas e de caráter doutrinário e conservador. Somente após o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, a profissão adquire novas concepções, novas práticas e um novo projeto ético político pautados em princípios que visam a transformação e a justiça social.

Face ao exposto, elencou-se acerca do longo percurso histórico da política de saúde mental, destaca-se que com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a Regulamentação do SUS, foram identificados avanços significativos, como a desinstitucionalização, a criação dos Centros de Referência Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica. No entanto, foram apreendidos que ainda existem desafios a serem enfrentados nesse âmbito, portanto é fundamental que o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Mental sejam fortalecidos.

Quanto à pesquisa de campo, através da entrevista realizada com uma profissional experiente no campo da saúde mental foi possível compreender acerca dos processos de trabalho do assistente social em um Hospital Psiquiátrico localizado em São Luís - MA. Dessa maneira destaca-se que o assistente social neste setor possui grandes contribuições para que o acesso das pessoas com transtorno mental seja viabilizado, através de articulações com a Rede de Atenção Psicossocial responsável por promover a atenção integral à saúde mental.

Ademais enfatiza-se que a intervenção do assistente social na saúde mental enfrenta grandes desafios, que abrange desde a reinserção sócio familiar do indivíduo com transtorno mental, conflito com a rede de saúde e falta de recursos e dispositivos que sejam capazes de sanar as problemáticas que permeia a política de saúde mental.

Portanto, conclui-se que este estudo não pretendeu esgotar as possibilidades de análise, pelo contrário, busca-se o incentivo à produção de conhecimento sobre a temática em questão. Visto a importância do debate para a sociedade, com vistas ao fomento de Políticas Sociais que venham a buscar estratégias de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Antonio Geraldo De. **Serviço Social e Filosofia Das Origens a Araxá**. - 6. ed. - São Paulo, Cortez, 2011

ALMEIDA, N. L. T. **“Questão Social” e Serviço Social no Brasil**. In Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo/ Marilda Liduína de Oliveira e Silva (org.). – São Paulo : Cortez, 2016.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da globalização**. Londrina: Editora Práxis, 2001.

ASSUMPÇÃO, Raiane Patrícia Severino; DE MAGALHÃES CARRAPEIRO, Juliana. Ditadura e serviço social no Brasil: contribuições para prosseguir rompendo com o conservadorismo na profissão. **Lutas Sociais**, v. 18, n. 32, p. 105-118, 2014.

ASSUMPÇÃO, Raiane Patrícia Severino; DE MAGALHÃES CARRAPEIRO, Juliana. Ditadura e serviço social no Brasil: contribuições para prosseguir rompendo com o conservadorismo na profissão. **Lutas Sociais**, 2014.

Barroco, Maria Lucia Silva. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos**/ Maria Lucia Silva Barroco. – 8. ed. – São Paulo, Cortez, 2010.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos**. 8 Edição. São Paulo, Editora Cortez, 2010.

BARROS, ILENA FELIPE. Trabalho assalariado no campo e novas formas de exploração da força de trabalho camponesa. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, 2018.

BASTOS, Othon. Primórdios da psiquiatria no Brasil. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, p. 154-155, 2007.

BRASIL. **Lei n. 8662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 jun. 1993. p.7.613.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001.

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. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 230-232. Brasília: DF, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.662, de 7 de Junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Brasília: DF, 1993.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2005.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. **Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do Serviço Social no Brasil.** Campinas: Papel Social, 2013.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética profissional do assistente social.** Brasília: DF, 1993

CFESS. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 10 ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CFESS. **Resolução n. 273/93 de 13 março de 1993.** Código de Ética profissional dos assistentes sociais. Disponível em:
<http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf. Acesso em 07 mai. 2023.

DA CRUZ GUEDES, Ariane *et al.* A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2010.

DA SILVA SILVEIRA, Leonardo Diego. **ÉTICA E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: APONTAMENTOS HISTÓRICOS SOBRE OS CÓDIGOS DE ÉTICA DA PROFISSÃO.** In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019. Disponível em: <https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1052> Acesso em 20 abr. 2023.

DA SILVA, Betânia Maria Ramos; STAMPA, Inez. O serviço social na luta contra a ditadura militar (1964-1985). **Revista Espacialidades**, v. 15, n. 01, p. 102-117, 2019.

DA SILVA, Betânia Maria Ramos; STAMPA, Inez. **SERVIÇO SOCIAL E DITADURA MILITAR NO BRASIL (1964-1985).** In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. Disponível em:
<https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/123> Acesso em 21 abr. 2023.

DA SILVA, Ivone Maria Ferreira. Questão social e serviço social na formação sócio-histórica brasileira. **Temporalis**, v. 13, n. 25, p. 261-278, 2013.

DE ASSIS VIEIRA, Maria Augusta et al. Perspectivas e desafios para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. **Ciências Gerenciais em Foco**, v. 9, n. 6, 2018.

DE VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 6, n. 1, p. 1-22, 2010.

DONÁRIO, Arlindo Alegre; SANTOS, Ricardo Borges dos. **A teoria de Karl Marx**. Universidade de Lisboa, 2016.

DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina; LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 27-50, 2012.

DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina; LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?. **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 27-50, 2012.

FELIPPE, Jonis Manhães Sales. O processo legislativo e a regulamentação do Serviço Social no Brasil: uma análise documental. **Serviço Social & Sociedade**, p. 29-50, 2018.

FIGUEIREDO, Priscila Checoli; DA MOTTA, Ivonise Fernandes. Resgatando o lugar de pais: uma proposta de promoção de saúde mental. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 2014.

FORJAZ, Maria Cecília Spina. Industrialização, estado e sociedade no Brasil (1930-1945). **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, FGV, n. 3, p.35-46, jul./set. 1984.

FOUCAULT, Michel. **História Da Loucura: Na Idade Clássica** [nova Edição, Revista e Ampliada]. Perspectiva S/A, Editora, 2020.

GARCEZ, Thiago. **História do Serviço Social no Brasil**. Portal do Serviço Social, 2021. Disponível em: <https://portaldoss.com.br/historia-do-servico-social-no-brasil/>

GIL, Antônio Carlos. **Como delinear uma pesquisa documental**. São Paulo, Atlas, p. 87-92, 2002.

GODOY, Mariana Molina; COUTO, Eduardo Luis. O CONGRESSO DA VIRADA DE 1979 E O PROJETO ÉTICO POLÍTICO PROFISSIONAL. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 5, n. 5, 2009.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso**. Lucerna, 2014.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**, v. 3, p. 49-76, 2012.

IAMAMOTO, M. V. Proposta de interpretação histórico-metodológica. In: _____; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-sociológica**. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. – 41. Ed. – São Paulo : Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 40 anos da “virada” do Serviço Social no Brasil: história, atualidade e desafios. **Libertas**, v. 20, n. 1, p. 1-20, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, 2014, 608-639.

IANNI, Octavio. A questão social. **Ciência & Trópico**, v. 17, 1989.

JUNIOR, Rubens Correia; VENTURA, Carla Arena. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil—da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 40-60, 2014.

JUNIOR, Rubens Correia; VENTURA, Carla Arena. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil—da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 40-60, 2014.

LISBÔA, Anna Flávia Montenegro. **Serviço social e saúde mental: limites e possibilidades da atuação do assistente social no CAPS III leste—Natal/RN**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

LOPES, CINTHIA FONSECA. **COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL: QUAL O PONTO DE PARTIDA?**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 16, n. 1, 2018.

LOPES, Josefa Batista. 50 ANOS DO MOVIMENTO DE RECONCEITURAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: a construção da alternativa crítica e a resistência contra o atual avanço do conservadorismo. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, p. 237-252, 2016.

BADARÓ, L. Múltiplas expressões da questão social ecoam sobre a Infância e Juventudes. **SER Social**, Brasília, v. 15, n. 32, p. 167-183, jan./ jun.2013

MACHADO, Sérgio Bacchi. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 12, p. 217-228, 2009.

MARCANTONIO, Jonathan Hernandez. A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. **Psicólogo informação**, v. 14, n. 14, p. 139-159, 2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social Identidade e alienação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

MENDONÇA, Isabelle Pinto; SANTOS, Vânia Carvalho. **Fundamentos e história: o surgimento do sistema capitalista e a gênese do serviço social no Brasil**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. 2019.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; DE CASTRO VALENTE, Maria Luisa L. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; DE CASTRO VALENTE, Maria Luisa L. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 4, 2008.

MONTENEGRO, Cristiano Vieira; MELO, Mércia Cristina. Capitalismo e Questão Social. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 2, p. 13-24, 2014.

NASCIMENTO, E. D. E. S. A. **Dinâmicas de uma instituição total e carreira moral: famílias, equipe médica e “doentes mentais” no Hospital Nina Rodrigues em São Luís**. Universidade Federal do Maranhão, 2020.

NETTO, José Paulo, 1947- **Capitalismo monopolista e serviço social** / José Paulo Netto – 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2011

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

OLIVEIRA, Valéria Rodrigues De. **Solidariedade e ação social da igreja católica no enfrentamento da questão social: um estudo a partir da referência de encíclicas papais**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Valeria_Rodrigues.pdf

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências**, Saúde-Manguinhos, 2014.

PEROTTI, Isabela da Silva; HOLANDA, Adriano Furtado; MARIOTTI, Milton Carlos. Franco Basaglia e a Fenomenologia: um caminho epistemológico por liberdade. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 24, n. 2, p. x-x, jul/dez. 2020

PINTO, Marina Barbosa. Questão habitacional como expressão da questão social na sociedade brasileira. **Libertas**, v. 4, n. 1/2, 2004.

PONTES, Fábio Souza. **A revolução de 1930 e a industrialização na Era Vargas (1930-1939)**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, 2015.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, p. 1515-1529, 2013.

RIBEIRO, J. M. C.; ÁLVARES, K.; BASTOS, A. A psicanálise e o tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos em uma instituição de saúde mental. SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021,e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”: particularidades no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SCHEFFER, Graziela; ZACARIAS, Inez Rocha; MIZOGUCHI, Jéssica Flores. A INFLUÊNCIA DO HIGIENISMO NA FORMAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS GAÚCHOS (1945-1954). **Repositório UFSC**, 2019.

SILVA, Claudemir Osmar da. **TRADIÇÃO MARXISTA E SERVIÇO SOCIAL: interlocução e legado histórico**. III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202651/Silva_Tradi%C3%A7%C3%A3o%20marxista%20e%20servi%C3%A7o%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em 07 abr. 2023.

SILVA, Maria Ozanira Silva e. (org.) **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 7a. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 591-595, 2005.

SUZIGAN, W. Industrialização brasileira em perspectiva histórica. **História Econômica & História de Empresas**, v. 3, n. 2, 19 jul. 2012.

Teixeira, Elaine de Almeida Wantil, 1982- T266c **A categoria trabalho na obra de Marilda Iamamoto** / Elaine de Almeida Wantil Teixeira. – 2014. 139 f. : il.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019.

TERRA, S. H. **Código de Ética do Assistente Social comentado**. Organização do Cfess. São Paulo: Cortez, 2012

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria/Michel Foucault and the "History of Madness": 50 years changing the history of psychiatry. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2011.

VIANA, Borges; CARVALHO, Kássia; FONSECA, Claudenora. **O Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. Seminário Nacional de Serviço Social Trabalho e Política Social.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis- SC, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf Acesso em 05 mai. 2023.

YAZBEK, Carmelita. In: CRESS-SP. **Legislação Brasileira para o Serviço Social. Coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da(o) assistente social.** 3. ed. São Paulo, 2008.

YAZBEK, Carmelita; IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social na História: América Latina, África e Europa** - São Paulo: Cortez, 2019.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e Assistência Social.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2016

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

FACULDADE EDUFOR

Aluna: Amanda Macedo Marques dos Santos

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE CAMPO

TEMA: **A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:** análise da intervenção profissional em um hospital psiquiátrico de São Luís-MA

- Objetivo 1 da pesquisa: **compreender a atuação do assistente social em um hospital voltado à saúde mental em São Luís- MA.**

1) Quais são as principais demandas do assistente social no atendimento aos pacientes psiquiátricos e seus familiares ? Essas demandas são por meio de encaminhamentos ou espontâneas ?

(Qual o perfil de atendimentos)

2) Como o assistente social pode contribuir para a inserção social e a reinserção familiar dos pacientes psiquiátricos em tratamento ?

3) Como o assistente social atua na Rede de Atenção Psicossocial ? Como se dá essa articulação em redes de serviços ?

- Objetivo 2 da pesquisa: **apreender os principais desafios do assistentes sociais na Política de Saúde Mental**

1) Quais são os principais desafios enfrentados por assistentes sociais em hospitais psiquiátricos para garantir uma assistência humanizada e individualizada aos pacientes ?

2) Quais são as principais barreiras à realização do trabalho em equipe entre assistentes sociais e profissionais de saúde mental, e como elas podem ser superadas ?

3) Qual é o papel dos assistentes sociais na garantia do direito à saúde mental da população vulnerável, como pessoas em situação de rua ?