

**FACULDADE EDUFOR**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:** caracterização do  
trabalho em um hospital psiquiátrico de São Luís/MA

---



**São Luís**

**2023**

**JOSIENE NOGUEIRA ABREU**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: caracterização do trabalho em um hospital psiquiátrico de São Luís**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade EDUFOR, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientador(a):** Prof.<sup>a</sup> Ma. Enaire de Maria Sousa da Silva

**São Luís/MA**

**2023**

A162a Abreu, Josiene Nogueira

A atuação do assistente social na saúde mental: caracterização do trabalho em um hospital psiquiátrico de São Luís / Josiene Nogueira Abreu — São Luís: Faculdade Edufor, 2023.

67 p.

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

Orientador(a) : Enaire de Maria Sousa da Silva

1. Serviço Social. 2. Assistente Social. 3. Saúde mental. I.

Título.

FACULDADE EDUFOR SÃO LUÍS

CDU 36:613.86

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:** caracterização do trabalho em um hospital psiquiátrico de São Luís

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade EDUFOR, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Enaire de Maria Sousa da Silva  
Mestra em Desenvolvimento Socioeconômico (UFMA)  
Orientador(a)

---

Prof.<sup>a</sup> Aylana Cristina Rabelo Silva  
Mestra em Desenvolvimento Socioespacial e Regional (UEMA)

---

Prof.<sup>a</sup> Izamara Nunes Sousa  
Mestra em Desenvolvimento Socioespacial e Regional (UEMA)

Dedico aos meus familiares, em especial a minha mãe, Elzilene, que sempre esteve ao meu lado nos momentos em que mais precisei.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente a Deus por ter me concedido a vida, e me dado condição física e mental para que eu pudesse alcançar meus objetivos pessoais e profissionais.

A minha mãe, a quem sou eternamente grata por todo amor, dedicação, cuidado, proteção, educação, apoio e ensinamentos, destinados a mim e às minhas irmãs. Obrigada, mãezinha, a senhora sempre será o meu amor mais precioso.

Agradeço minhas irmãs, Carla, Camilly e Josielle, pelos momentos de alegria, companheirismo e apoio. Amo vocês intensamente, estaremos sempre de mãos dadas, não importa o que aconteça.

Sou grata ao meu pai, Carlos, por não medir esforços para contribuir com o desenvolvimento pessoal e profissional. Obrigada, pai, eu te amo muito.

A todos os meus amigos e amigas, pelas conversas, pelo amparo, pelas trocas de risos e felicidades. Obrigada meus amores.

Aos meus companheiros e companheiras de jornada acadêmica, em especial, à Anne Caroline, Conceição, Lêda, João, Luiza e Valdeni, com os quais assumi compromisso, desde o primeiro semestre do curso, de sempre nos apoiarmos independente das circunstâncias. Sendo assim, é louvável destacar aqui nossas fases de incentivo: “ninguém solta a mão de ninguém”, assim fizemos; e “vai dar tudo certo”, tudo se encaminhou da melhor forma. Obrigada, amo vocês!

Às minhas queridas supervisoras técnicas de estágio, Felícia, Keila e Rosieane pelo acolhimento, carinho, partilha de conhecimento, compreensão, apoio, estímulo, confiança e amizade. Enfim... Vocês me proporcionaram a possibilidade da construção de aprendizagem prática, a qual é fundamental para a carreira profissional.

Às meninas amadas professoras, Aylana, Christiane, Enaire, e Izamara, agradeço pelos conselhos, pelo repasse de aprendizado e incentivos necessários para a minha formação técnica. Vocês são grandes exemplos de dedicação profissional. Muito obrigada por todo carinho, amizade, respeito e consideração. Lembrei de vocês com muito afeição.

O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.

Franco Basaglia

## RESUMO

Este estudo traz o discurso sobre a atuação do assistente social no campo da Saúde Mental em um hospital psiquiátrico de São Luís/MA. Portanto, ao longo do texto foram incorporados elementos sobre a atuação do assistente social, e os impactos das atividades por ele desenvolvidas que influenciam no cotidiano dos usuários dos serviços oferecidos pelo hospital.

Nesse sentido, a pesquisa teve como objetivo analisar e compreender a atuação do assistente social frente aos processos de trabalho contidos nesse ambiente, buscando também compreender a forma como o Serviço Social contribui para a efetividade dos serviços ofertados à população que sofre de algum tipo de transtorno mental. Primeiramente, foi necessário apresentar um breve contexto sócio-histórico da longa jornada de lutas e conquistas diante dos inúmeros problemas sociais existentes na sociedade, referentes ao corpo social e instituições assistenciais, e as mudanças ocorridas no campo de saúde que culminou em novas formas de lidar com pacientes com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos. Assim, este trabalho foi construído a partir de pesquisa bibliográfica e também de pesquisa de campo, guiada por uma entrevista semiestruturada, que deu suporte para a condução da entrevista que contribuiu para a compreensão do papel do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional da saúde mental.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Assistente Social; Saúde mental.

## ABSTRART

This study brings the discourse about the performance of the social worker in the field of Mental Health in a psychiatric hospital in São Luís/MA. Therefore, throughout the text, elements about the performance of the social worker, and the impacts of the activities developed by him/her that influence the daily lives of users of the services offered by the hospital, were incorporated.

In this sense, the research aimed to analyze and understand the performance of the social worker in the face of the work processes contained in this environment, also seeking to understand the way in which Social Work contributes to the effectiveness of the services offered to the population that suffers from some type of mental disorder. First, it was necessary to present a brief socio-historical context of the long journey of struggles and achievements in the face of the numerous social problems existing in society, referring to the social body and assistance institutions, and the changes that occurred in the field of Health that culminated in new ways of dealing with patients suffering from mental problems in psychiatric hospitals. Thus, this work was built from bibliographical research and also from field research, guided by a semi-structured interview, which gave support to conduct the interview that contributed to the understanding of the role of Social Work in the socio-occupational space of mental health.

**Keywords:** Social Work; Social Worker; Mental health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- Figura 1** - série assistente social no combate ao preconceito, discriminação contra a população usuária da saúde mental.....44
- Figura 2** - série assistente social no combate ao preconceito estigma do uso de drogas.....45
- Figura 3** - Fluxo de Atendimento SPA.....47

### TABELAS

- Tabela 1**- Composição estrutural do HNR e alguns características. ....49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEPSS – Associada Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS – AD Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras Drogas

CRESS – Conselhos Regionais de Serviço Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

ENESSO – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

FEME – Farmácia de Medicamento Especializados

HRN – Hospital Nina Rodrigues

LBA – Legião Brasileira de Assistência

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RP – Reforma Psiquiátrica

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: das origens ao Movimento de Reconceituação.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Os principais determinantes históricos .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.1 Contexto Urbano - Industrial e a Gênese do Serviço Social no Brasil .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 O Movimento de Reconceituação e o Serviço Social Contemporâneo .....</b>	<b>20</b>
<b>3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: perspectivas e desafios atuais.</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Histórico da Política de Saúde Pública no Brasil .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 A Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS .....</b>	<b>34</b>
<b>4 INSERÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO UNIVERSO DA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Institucionalização do Hospital Nina Rodrigues .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 Análise das ações e serviços operacionalizados pelos/as assistentes sociais no espaço do HNR .....</b>	<b>50</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Pesquisar sobre a atuação do assistente social e sua ligação com a Saúde Mental no ambiente do Hospital Nina Rodrigues em São Luís/MA, tornou-se fundamental para dar ênfase na utilidade dos serviços oferecidos ao usuário/paciente em hospitais psiquiátricos, bem como compreender as formas de trabalho do Serviço Social neste universo.

Dentro desta questão é basilar compreender que a historicidade da construção do profissional de Serviço Social dispõe de elementos paralelos ao das linhas de lutas e reivindicações para que houve revoluções nos modelos de tratamentos destinados a pessoas com transtornos mentais nas instituições, posto que, a Saúde Mental por muito tempo foi interpretada de maneira totalmente distorcida nas entranhas da sociedade brasileira.

Nessa visão, o estudo pode contribuir para haver mudança na visão de pessoas que têm o Serviço Social como profissão sinônima de benesses e práticas assistencialistas, bem como poderá ajudar a mudar a ideia antiquada de que hospitais psiquiátricos são exclusivos para “loucos” que devem ser excluídos da sociedade, tendo assim impactos positivos na forma como a sociedade contemporânea entende a prática dos/as assistentes sociais e como lidam com a questão saúde mental. Visto que, a exploração de tal assunto poderá ser de caráter informativo, já que este é um conteúdo urgente e transversal.

É interessante ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), diz que “saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade” (AMARANTE, 2013, p.15). Diante disso, esta é uma proposta de trabalho que tende a enfatizar os conceitos e discussões atuais sobre saúde mental no intuito de contribuir com a formação de conhecimento no âmbito das ciências sociais.

Outro aspecto imprescindível que traz o debate, é a política de saúde mental no que tange a sua aplicação e, mais especificamente, na compreensão dos processos sociais emergentes que deram suporte para a criação dessa política em um país tão excludente e hierarquizado, onde é sabido que historicamente os

indivíduos que apresentavam sinais ou que tinham doenças mentais eram rotulados como “loucos”, mantidos sob controle compulsório, reclusas do meio social e vistas de forma marginalizada.

Isso posto, justifica-se ainda, que o Sistema Único de Saúde (SUS), no atual cenário Brasileiro, tem vivenciado retrocessos que afetam significativamente a política de saúde mental e prejudicam o fortalecimento de sua importância para os cidadãos. Por isso, se reconhece aqui a relevância de acentuar para a sociedade o quão tal política é fundamental para a organização de um corpo social. Ligado a este destaque, enfatiza-se a conveniência de realizar a pesquisa no âmbito do Hospital Nina Rodrigues, em razão de ser uma unidade pouco conhecida ou mal identificada pelos indivíduos da cidade de São Luís/MA e municípios adjacentes. Assim, este trabalho colabora para que as pessoas conheçam os serviços e saibam como acessá-los.

Faz-se necessário também salientar que esta pesquisa é embutida de relevância para a comunidade acadêmica, no que diz respeito ao conteúdo de base bibliográfica que foi utilizado, dado que tal escrito possui vasto acúmulo teórico para futuras pesquisas científicas.

Dessa maneira, estudar a saúde mental é uma tarefa extremamente necessária, porém complexa e desafiadora para o pesquisador, dado que está problemática é bastante plural o que delimita os limites para a elaboração de estudos. Destaca-se ainda que, por ser a saúde mental o campo de estágio da autora, tornou-se imprescindível aprofundar os estudos teóricos da área, visando aperfeiçoamento profissional e acadêmico concomitante à geração de conhecimentos aos leitores desta pesquisa.

No que diz respeito à metodologia científica, o estudo se organizou acerca da condição de apreender informações que gerem ao pesquisador embasamento para a produção de conhecimento crítico e analítico para a estruturação contextual do presente estudo. “A metodologia constitui a doutrina do método, a sua teoria. Ela discute os vários tipos particulares de métodos, organiza-os num sistema, (...) A metodologia explica um conjunto de métodos, donde também decorre a técnica.” (NUNES, 1993, p. 51)

Sendo assim, este estudo firmou-se na corrente filosófica do materialismo histórico-dialético de Marx como sustentação teórica-metodológica, de acordo com Silva (2019), o método materialista histórico dialético é usado para analisar o ser social

e determinar suas categorias, revelando suas contradições e buscando superá-las. É uma posição ético-política de superação as contradições capitalistas.

Nessa lógica, o estudo se deu de modo qualitativo, pois analisa a atuação do/a assistente social na saúde mental considerando a realidade social do indivíduo exposto ao meio socioeconômico. Dessa maneira, é importante dizer que “o método marxista insiste sobre a originalidade (qualitativa) de cada espécie de objetos estudados e até mesmo de cada objeto individual. Uma vez que cada um possui suas qualidades e suas diferenças (...)”. (LEFEBVRE, 2016, p. 32-33)

Devido a isso, realizou-se dois modelos de pesquisa: a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica foi importante para entender o pensamento crítico sobre o capitalismo e para contextualizar a criação de políticas públicas para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, bem como para embasar a história da saúde mental e da construção do Serviço Social no Brasil. Essa se deu por meio de livros, teses, periódicos, artigos, anais, dentre outros.

Além disso, como metodologia, o estudo se concretizou também a partir da pesquisa de campo, que permitiu ao pesquisador um olhar mais aprofundado da realidade dos enfoques da pesquisa, a mesma ocorreu com a intenção de colher reflexões objetivas e elementares para a composição do predito texto.

Atrelado a isso, a obtenção dessas reflexões deu-se através de um roteiro de entrevista semiestruturado, que promoveu suporte para que o pesquisador conduzisse a entrevista de maneira sistemática, mas não se prendendo ao instrumental, essa entrevista se realizou no intuito de coletar informações mais aprofundadas sobre a atuação do/a profissional naquela esfera, como: os desafios enfrentados pelo/a atuante, focalizando suas atribuições e competências; sobre o funcionamento da unidade, buscando saber sobre as ações e serviços do local, e outros aspectos. E ainda, este estudo também se formou a partir de acepções da autora sobre a atuação do profissional neste ambiente de atuação, sendo que, o hospital foi campo de estágio da mesma (como já mencionado anteriormente), o que possibilitou uma maior compreensão sobre o assunto em questão, considerando sua vivência como estagiária.

Portanto, objetivou-se nesse trabalho identificar os processos de trabalho desenvolvidos pelos assistentes sociais no âmbito do Hospital Nina Rodrigues em São Luís – MA, para a construção de noções científicas sobre a atuação dos profissionais

nos espaços hospitalares que trabalham a política de saúde mental. A partir disso o estudo se divide com base na realização de um levantamento sócio-histórico da evolução profissional do Serviço Social no Brasil; de uma breve abordagem sobre o universo da saúde mental, com seus avanços e retrocessos enquanto política pública nacional; e por último, diante da análise das ações e serviços operacionalizados pelos assistentes sociais do Hospital Nina Rodrigues.

## **2 LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: das origens ao Movimento de Reconceituação**

Analisar a inserção do Serviço Social em meio ao processo de produção e reprodução das relações sociais no Brasil requer inserir no decorrer deste tópico os principais elementos da construção sócio-histórica do cenário econômico, social e cultural brasileiro que foram decisórios para a inserção e desenvolvimento da profissão no país. Isso porque a referida profissão nasce e se legitima frente às múltiplas formas de expressão da questão social, surgidas nos mais diversos momentos de mudança de uma sociedade capitalista.

Portanto, salienta-se que a situação da sociedade brasileira na primeira metade do século XX terá o protagonismo do processo de urbanização e industrialização do modo de produção capitalista, que visa apenas o acúmulo de lucro e riqueza obtidos a partir da exploração da força de trabalho do proletariado.

Em contrapartida, o proletariado tem a necessidade de mercantilizar sua força de trabalho buscando adquirir subsistência (relação capital x trabalho), ou seja, a força humana é materializada e utilizada como objeto de troca. Segundo explicam lamamoto e Carvalho (2014, p.38), “o Capital se expressa sob a forma de mercadorias: meios de produção (matérias-primas e auxiliares e instrumentos de trabalho) e meios de vidas necessários à reprodução de força de trabalho.”

Seguindo o pensamento marxista, Azevedo (1998, p. 119), diz que:

Na sociedade capitalista, a produção diz respeito a uma forma de organização social em que os homens não providos dos meios de produção necessitam vender a sua força de trabalho a outrem em troca de sua subsistência. No capitalismo, o trabalho é concebido como qualquer outra mercadoria, apresentando sempre um determinado valor de troca. (AZEVEDO, 1998, p. 119).

Dessa forma, converte-se em objeto fundamental para o desenrolar das relações sociais, em termo de compreender a formação das classes sociais e da relação patrão x empregado. De modo consequente, faz-se interessante retratar alguns aspectos do Serviço Social na América Latina, cruciais para o entendimento deste tópico.

## 2.1 Os principais determinantes históricos

De acordo com Castro (2011), o Serviço Social na América Latina tem suas origens no final do século XIX e início do século XX em um contexto de transformações sociais e políticas na região. Na época, o continente estava passando por um processo de industrialização e urbanização acelerado, com a migração de trabalhadores do campo para as cidades e a formação de uma classe operária em ascensão. Nesse contexto, surgiram as primeiras iniciativas de atendimento e assistência social, muitas vezes realizadas por organizações religiosas ou filantrópicas.

É importante dizer que o Serviço Social se origina (no mundo) a partir das ações da Igreja Católica que previa a rescristianização da sociedade através de sua hegemonia ideológica, ou seja, a Igreja desejava reestabelecer sua predominância sobre a sociedade promovendo uma reforma social.

Suas características eram pautadas no cunho humanista e anti-liberal, ela possuía como regras genéricas para execução de suas atividades a filosofia pautada nas Encíclicas Papais - *Rerum Novarum*, a qual foi escrita em 15 de maio de 1891 pelo Papa Leão XIII, e a *Quadragesimo Anno*, escrita pelo Papa Pio XI, em 15 de maio de 1931. Ambas foram importantes para o período de profissionalização da categoria e da instalação do Serviço Social na Universidade. (CASTRO, 2011).

A Encíclica *Rerum Novarum* trata dos direitos dos trabalhadores e da justiça social no contexto da revolução industrial. Esta encíclica, reconhece a importância do trabalho como um meio de realização pessoal e afirma que os trabalhadores têm o direito de uma remuneração justa, de condições de trabalho decentes e de proteção contra exploração. “o direito à propriedade é um direito natural que procede da generosidade divina: quando Deus concedeu a terra ao homem”. (CASTRO, 2011, p.53).

Já a *Quadragesimo Anno*, é uma continuação direta de *Rerum Novarum* e aborda novamente questões relacionadas aos direitos dos trabalhadores e à justiça social. Nesta encíclica, afirma-se que é dever da sociedade garantir que todas as pessoas tenham acesso ao trabalho digno, à educação e aos recursos necessários para viver com dignidade. “A desigualdade não é apenas natural: é conveniente à

coletividade, já que é necessária a variedade de talentos e ofícios”. (CASTRO, 2011, p. 55).

Refletindo sobre o significado das encíclicas, Castro (2011) explica que “se a natureza engendrou as classes sociais e se estas são produtos de poderes superiores, então este poder superior — representado pelo papa pode opor-se a que exista conflito entre elas e recusar a colocação da realidade de luta de classes.” (CASTRO, 2011, p. 55-56).

Dessa maneira, inicialmente pode-se dizer que a primeira escola de Serviço Social da América Latina foi fundada por Alejandro Del Río, em 1925 no Chile, sob influência de René Sand — subtende-se que é dessa forma que se concretiza o surgimento do Serviço Social como profissão no continente latino-americano — submetido a sub-profissão e dirigido pela profissional médica e por outras profissões, até também se subordina a instituições beneficentes. (CASTRO, 2011).

Posto isso, foi apenas a partir da década de 1920 que surgiram as primeiras escolas de formação em Serviço Social na região, com a fundação da Escola de Serviço Social do Chile, em 1925, e da Escola de Serviço Social de São Paulo, em 1936, e em 1937 no Peru. “O surgimento das primeiras escolas de Serviço Social na América Latina cristaliza uma situação prévia e introduz algumas mudanças significativas no percurso histórico da profissão.” (CASTRO, 2011, p.45).

Além dessa discussão, é fundamental tratar a influência norte-americana no ensino especializado do Serviço Social, sendo assim, o Estados Unidos traz o reforço da moralidade, firmando-se nas concepções de Mary Richmond que trará os aspectos tradicional, conservador e de responsabilização do indivíduo pelos problemas sociais vivenciados por eles.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2014), a principal influência norte-americana se dará a contar do Congresso de Intercâmbio de Serviço Social realizado em 1941 em Atlantic City (USA), ocasionando em mudança nos currículos das Universidades de Serviço Social.

Durante as décadas seguintes, o Serviço Social se consolidou como uma profissão importante na América Latina, sendo utilizada como instrumento de intervenção nas lutas sociais e políticas. O movimento de reforma social, que teve grande influência na América Latina a partir dos anos 1940, contribuiu para a

consolidação do Serviço Social como uma profissão comprometida com a transformação social e com a defesa dos direitos humanos.

Nos anos de 1960 e 1970, o Serviço Social na América Latina passou por um período de forte politização, influenciado pelas lutas contra as ditaduras militares que governaram vários países da região.

Conforme salienta Santos et al. (2018, p.31):

nos anos de 1960, a crise do serviço social tradicional não configura - se como um processo de origem exclusivamente brasileiro, mas, sim, como um fenômeno internacional, pois a década de 1960 foi marcada por questões econômicas, sociais, políticas e ideoculturais que geraram a conjuntura da cultura contemporânea.

Foi nesse contexto que emergiu o movimento de renovação ou reconceituação, que apresentou duas faces: a da modernização a de ruptura, advindas de um movimento iniciado no I Seminário Latino-americano de Serviço Social, no ano de 1965 em Porto Alegre.

Esse fomento gerou, ao longo dos anos seguintes, vários encontros e debates entre a categoria para discutir a formação teórico-prática de assistentes sociais e, culminou para a construção das teorias críticas do Serviço Social, que propunham uma compreensão mais ampla das relações sociais e políticas no continente, e uma atuação mais comprometida com as lutas populares.

### **2.1.1 Contexto Urbano - Industrial e a Gênese do Serviço Social no Brasil**

Pode-se dizer que a industrialização foi bastante favorável para a rentabilidade econômica brasileira, porém, seu planejamento inadequado ocasionou no agravamento da questão social já existente naquela esfera social, tal como provocou o surgimento de novas expressões do problema. Com isso se estabelece uma crise urbana-industrial na sociedade, o que redundou na precisão de convocar agentes para atuar frente aos problemas sociais emergidos desse processo.

Nos grandes centros urbanos tem-se o crescimento populacional de uma população que estava em busca de emprego no setor industrial para melhorar suas condições de vida. Todavia, as indústrias não conseguiram ofertar serviços para toda

aquela massa, contribuindo assim para a geração do desemprego e de outras complicações, sendo um dos fatores causadores do desequilíbrio do sistema.

A partir dessas características — geradas pela primeira fase capitalismo industrial — nascem no seio da classe trabalhadora como forma de resistência operária: os movimentos sociais, associações e organizações sindicais. Eles exigiam reconhecimento como cidadãos e que seus direitos básicos enquanto trabalhadores assalariados fossem garantidos em leis.

Destarte, é relevante dizer que outrora (na República Velha), mulheres e crianças estiveram sujeitas à mesma jornada e ritmo trabalho, com salário inferiores, e os operários sobreviviam somente com a venda da força de trabalho, sua e de sua família. Conforme argumentação de Iamamoto e Carvalho (2014).

Não terá direito a férias, descanso semanal remuneração, licença para tratamento de saúde ou qualquer espécie de seguro regulado por lei. Dentro da fábrica estará sujeito à autoridade absoluta — muitas vezes paternalista — de patrões e mestres. Não posso ligar também garantia empregatícia ou contrato coletivo, pois as relações no mercado de trabalho permanecem estritamente no campo privado constituindo contrato particular entre patrão e empregado, regido pelo Código Civil. A frequentes crises do setor industrial, ainda emergente, são marcadas por dispensas versas maciças e rebaixamentos salariais, que tornam mais sombria a vida do proletariado industrial atirado ao pauperismo. Para suas necessidades de ensino e cultura ficarão, basicamente, na dependência de iniciativa próprias ou da caridade e filantropia. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.138).

A contar dessas circunstâncias — geradas pela primeira fase capitalismo industrial —, nascem no seio da classe trabalhadora como forma de resistência operária: os movimentos sociais, associações e organizações sindicais, e mais tarde, organizam-se em Congressos e Confederações Operárias. Em tais situações os operários exigiam reconhecimento como cidadãos e garantias de direitos, tais como a garantia em lei de seus direitos básicos enquanto trabalhadores assalariados.

Reivindicando mudanças favoráveis para o exercício profissional da classe trabalhadora, ocorre em 1917 na Cidade São Paulo uma greve geral que mexeu com as estruturas do país e provocou a promulgação das primeiras leis trabalhistas do Brasil. Assim expõe Castro (2011).

Desse modo:

Em 1917, uma grande greve geral sacudiu a cidade de São Paulo e outras áreas do interioranas. A própria capital do país foi abalada pelo movimento, que reivindicava a jornada de oito horas e aumentos salariais. O sindicalismo anarquista combatia frontalmente o Estado opressor e nutria a esperança de abatê-lo por meio de uma greve geral revolucionária que, preparada para 1918, foi duramente reprimida. No ano seguinte, movimentos grevistas voltaram a se manifestar em várias cidades brasileiras — Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Rio de Janeiro etc. —, todos abafados por uma cruel repressão. Em 1922, foi fundado o Partido Comunista Brasileiro e, no bojo de toda esta movimentação, promulgaram-se as primeiras leis trabalhistas: uma legislação sobre habitação popular (1921), a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários (1923) e a regulamentação dos feriados (1925). (CASTRO, 2011, p.101).

Nesse sentido, e diante de afirmação de Iamamoto e Carvalho (2014), foram decretados importantes instrumentos para tratar o Seguro Social, questões trabalhistas e saúde, estas são: o Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde, o Código Sanitário, e a Lei Eloy Chaves. Em 1923 o Parlamento aprovou a Lei Eloy Chaves (primeira lei da previdência) ela vai dar embalsamento para a futura política de Seguro Social, onde vai prevalecer até 1966 quando da unificação das instituições de previdência.

O Estado não tomava como obrigação intervir sob as demandas sociais, as quais eram atendidas por instituições de caridade que ofereciam serviços voluntários — como exemplo a Igreja — nem sobre os conflitos emergentes na sociedade que eram tidos como “caso de polícia” e tratados com autoritarismo e forte repressão pelas autoridades policiais. “(...) a resposta principal e mais evidente do Estado na Primeira República, diante da sua incapacidade de propor e implementar políticas sociais eficazes, será a repressão policial.” (Iamamoto e Carvalho, 2014, p. 142)

Alicerçado a esse panorama já é possível identificar a presença das expressões da questão social. Contudo, a burguesia se recusava a reconhecer aqueles males como fruto da inconsequente industrialização, adotando uma postura ideológica progressista, visando somente a formação de programas de política econômica. Nesse sentido, “buscará por todos os meios e formas de pressão impedir, retardar ou boicotar a regulamentação externa do mercado de trabalho e tudo que interfira no controle direto e manipulação de seus empregados.” (IAMAMOTO E CARVALHO, 2014, p. 144)

Em consequência estará constantemente em embate com os sindicatos, assim como terá a preocupação de que os conflitos sociais deixem de ser enfrentados pela

força policial. Alterado a isso, surgem dois pontos essenciais para a implementação e desenvolvimento do Serviço Social, o primeiro é a inquietação de não haver um mecanismo de socialização do proletariado, por parte de instituições que tenham o objetivo de produzir trabalhadores integrados física e psicologicamente ao trabalho fabril. O segundo ponto “refere-se ao conteúdo substancialmente diverso da política assistencialista desenvolvida pelo empresariado no âmbito da empresa.” (IAMAMOTO E CARVALHO, 2014, p. 147).

De acordo com noções de Iamamoto e Carvalho (2014), é válido apontar os principais problemas trazidos pelo processo de urbanização industrial no Brasil, esse processo gerou um rápido crescimento das cidades, com a concentração de indústrias em áreas urbanas, o que levou a uma intensa migração do campo para as cidades; trouxe profundas transformações na vida cotidiana das pessoas, com a mudança de hábitos alimentares, novas formas de lazer e consumo, dentre outras; geraram grandes impactos ambientais, como a poluição do ar, água e solo, além do desmatamento e degradação de áreas naturais; agravou as desigualdades sociais, com a concentração de riqueza nas mãos de poucos, e conseqüentemente o aumento da pobreza e das desigualdades regionais; e provocou o surgimento dos movimentos sociais, como greves, lutas por melhores condições de trabalho, direito à moradia, saneamento básico, saúde, educação, entre outros.

Esses movimentos tiveram um papel importante na construção da democracia brasileira. A urbanização industrial emitiu um profundo abalo na sociedade brasileira, ocasionando modificações econômicas, sociais e culturais.

Em função disso, ressalta-se três acontecimentos extremamente importantes para a reorganização econômica, social, cultural e estatal da sociedade brasileira, que culminaram em um ponto central para a movimentação da acumulação capitalista nas atividades da agro-exportação. Destacam-se o pós-guerra, a crise do comércio internacional 1920, provocando desemprego em massa e crise financeira, e o movimento de outubro de 1930 (Golpe de 30 ou “Revolução de 30”). (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.136).

Com base nisso:

Getúlio Vargas, em 1930, assumiu a liderança de uma luta cujas bandeiras principais eram a liquidação do poder oligárquico (com o qual, depois, Vargas acabou por se conciliar) e a criação das bases para o erguimento de um nítido poder burguês industrial. Com a “Revolução de 30”, Vargas — procedente da

oligarquia fundiária — estimulou o desenvolvimento industrial propiciando a substituição de importações e instaurado uma política protecionista que beneficiou a indústria nacional (...). (CASTRO, 2011, p. 102).

A datar deste período o Estado passa a assumir a responsabilidade de atuar frente aos problemas sociais, e instala as primeiras políticas sociais no país, como forma de legitimar o seu poder e de reparar as sequelas adivinhas do processo urbano-industrial.

É nesse contexto que o Serviço Social inicia sua trajetória profissional no Brasil, no ano de 1930, sendo ferramenta primordial para o enfrentamento da “questão social”. Nisso, a institucionalização do Serviço Social se organizará como uma espécie de “objeto de controle social” do Estado e da Burguesia, tendo sua fundamentação prática sob a hegemonia ideológica da Igreja Católica.

Em contrapartida, o poder governante preocupava-se em manter a estabilidade financeira brasileira, e tinham como principal proposta a expansão da política econômica sustentada na manufatura. O que tirava o foco de investimentos em políticas públicas sociais.

O Serviço Social surge num momento em que o modo de produção capitalista define a sociedade em que a Igreja se insere. É também um momento em que a ideologia das classes dominantes não é mais a da Igreja. Não é mais ela quem cria e difunde a ideologia dominante. Esta sociedade passa a ser produzida e difundida por outras instâncias da Sociedade Civil e Política, que são monopolizadas e controladas pelos grupos e classes que mantêm o monopólio dos meios de produção. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 243).

Diante desta concepção, vale ressaltar que o Serviço Social aparece na sociedade brasileira destinado a realização de ações assistencialistas e de benesses por meio de práticas movidas pela Igreja Católica de maneira voluntária para pessoas que se encontravam em situação de pauperização. De acordo com Iamamoto e Carvalho (2014), o Serviço Social era visto como uma missão vocacional que dependia de indivíduos para praticar o bem.

Sendo assim, com o pensamento de diminuir as mazelas sociais através da ajuda, surge a intenção de formar profissionais capacitados para lidar com as

expressões da questão social, tal como para atuar na implementação das políticas públicas elaboradas pelo poder estatal.

Em conformidade com Iamamoto (2022, p. 68), faz-se primordial salientar que a questão social é considerada como o objetivo de trabalho do assistente social, ela explica a necessidade das políticas sociais, no âmbito das relações entre as classes e o Estado, mas as políticas sociais, por si, não explicam a questão social.

É nesse cenário de capacitar e formar técnicos para a execução de um trabalho mais qualificado que emergem os primeiros cursos de Serviço Social do Brasil, com embasamento na doutrina social da Igreja, nas ideias e ações de Franco-belga e, possuindo como orientação o ponto de vista filosófico do Tomismo e o Neotomismo, trazendo os princípios da dignidade da pessoa humana e do bem-estar social, essas partem da ideologia de São Tomás de Aquino. Essas bases metodológicas sustentaram a teoria e a prática do assistente social, de 1936 até 1960.

Devido a isso, é construído o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS) em 1932, voltado para o ensinamento educacional de práticas da assistência social para as moças burguesas da alta sociedade. Assim como foi um instrumento destinado a forjar uma superior militância católica à mercê de uma ampla mobilização direcionada à repercussão, pela Igreja, de sua influência e dos seus privilégios.

O Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo (CEAS), considerado como manifestação original do Serviço Social no Brasil, surge em 1932 como incentivo e sob o controle do sistema da hierarquia. O objetivo central do CEAS será o de promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da Igreja é fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 178 e 179).

Após esse impotente marco, será fundada a primeira Escola de Serviço Social do Brasil, em 1936 na PUC-SP, diretamente inspirada pela Ação Católica e pela Ação Social, com o objetivo - da igreja - de formar profissionais para defender a população de influências consideradas nocivas e para se construir como a força normativa da sociedade. De acordo com alusões de Castro (2011).

quando se funda a escola, os fatores antes mencionados (referidos ao projeto católico) juntam-se também com uma demanda profissional que começa a

revelar-se a partir de alguns aparelhos do Estado, tornando mais exigente a qualificação acadêmica, religiosa e técnica. (CASTRO, 2011, p.105).

Outrossim, em 1937 é fundada a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro, sendo a segunda do país construída diante das noções com as quais a primeira foi fundada.

É imprescindível dizer que:

Num período relativamente curto, surgem: em 1937, o Instituto de Educação Familiar e Social — formado por duas escolas: uma de Serviço Social e uma de Educação Familiar —, respaldado pelo Grupo de Ação Social (GAS); em 1938, por iniciativa do Juizado de Menores, a Escola Técnica de Serviço Social, atendendo sobretudo para a questão dos menores; e, em 1940, o curso de preparação ao Serviço Social incorpora-se à Escola de Enfermagem Ana Nery. (CASTRO, 2011, p. 107).

Na década de 1940 surgem diversas escolas de Serviço Social em todo o Brasil, sua grande maioria se formará sob a influência das duas primeiras (a de São Paulo e do Rio de Janeiro), de origem católica, porém, essas escolas ainda estavam em estágio inicial, sendo apenas a de Pernambuco que havia alcançado na formação de sua primeira turma com apenas um diploma. Iamamoto e Carvalho (2014) relatam que a existência de Assistentes Sociais diplomados se limitará por um longo período quase apenas ao Rio de Janeiro (com a formação de 40 de assistentes sociais, entre homens e mulheres) e São Paulo (com a formação de 196).

A maioria do corpo docente compõe-se de religiosos, baixáreis, educadores, e outros profissionais liberais (...). A observação do corpo docente das primeiras escolas (em 1947) — no que toca aos professores em Serviço Social, que em geral monopolizavam as cadeiras específicas dessa matéria — mostra, por sua vez, um elevado percentual de profissionais com curso no exterior: dos 13 Assistentes Sociais em cargos de docência, 2 são de nacionalidade francesa e se formaram em seu país natal, 1 se formou na Bélgica e 10 se formaram no Brasil, possuindo a metade dos mesmos cursos nos Estados Unidos. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 238).

Dentro desse apontamento pode-se observar que houve uma grande diversidade nas concepções compostas no currículo de formação dos assistentes

sociais, e que seu ensino especializado será substancialmente influenciado por acepções europeia e norte-americana, elevando a presença desses territórios na construção da profissão no país.

Além do que, nesse mesmo período, atendendo às requisições da classe trabalhadora que solicitava mudanças nas condições de trabalho, então, Vargas cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, a Carteira de Trabalho, a Legislação Trabalhista, os Institutos de Aposentadoria e Pensão, e o Ministério da Educação e Saúde. Em 1934, ocorre a promulgação da Carta Constituição Federal, depois em 1937, é formulada em nova Constituição Federal; e em 1938 a criação do Conselho Nacional de Serviço Social.

Anos à frente, mais precisamente nos anos de 1940, ainda sob a gestão de Getúlio Vargas, foi implementada a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho/CLT — trazendo o salário-mínimo; o Departamento Nacional da Criança e Comissão Nacional de Alimentação, a nova estrutura do Ministério da Educação e Saúde, a promulgação da Consolidação criação do imposto sindical, do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). (SANTOS et al., 2018).

Por conseguinte, e segundo comentário de Iamamoto e Carvalho (2014): neste momento o Estado também cria prestadores de serviços sociais – e, conseqüentemente, os principais campos de atuação dos assistentes sociais da época - que surgem com a finalidade de atender as demandas da classe trabalhadora. Como destaque, em ordem cronológica, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, a LBA era voltada para a realização de ações destinadas ajudar os mais pobres em atendimento emergencial e paliativo no freamento da miséria, tinha caráter paternalista e clientelista; Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), em 1942, Serviço Social do Comércio (SESC), em 1945, o Serviço Social da Indústria (SESI), em 1946, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), em 1946, e a Função Leão XIII, em 1946.

concomitantemente ao aprofundamento do capitalismo, acentuar-se os mecanismos de disciplinamento e controle social. Aparecem novas técnicas sociais, associadas ao revolucionamento dos processos produtivos e ao aumento da composição orgânica do capital. O Estado assume crescentemente as funções de zelar pelo disciplinamento e reprodução da Força de Trabalho (e socialização de seus custos), tarefas em relação às quais as instituições assistenciais desempenham um papel fundamental. Ao

abranger condições essenciais da sobrevivência e reprodução da Força de Trabalho (e materializar a vinculação entre o modelo econômico e político, e as políticas sociais), tais instituições passam a desempenhar funções políticas, econômicas e ideológicas vitais para a manutenção da dominação de classes. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 324).

Paralelo a isso, a criação de entidades nacionais provocou um avanço na organização política da categoria, trazendo componentes específicos que dão suporte para a legitimação e implementação do Serviço Social, como: a criação da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS), em 1946, o CFESS (primeiro Código de Ética, em 1947, primeira lei e criação do CFAS em 1957), a ENESSO (1º Encontro Nacional de Estudantes em 1978; SUSSNE em 1988-1993, ENESSO em 1993); em 1947 é implementado o primeiro Código de Ética Profissional do Assistente Social, depois advém outros códigos nos anos de 1965, 1975, 1986 até chegar ao vigente que é do ano de 1993; Lei nº 8.662/1993. (SILVA, 2016).

Conforme considera Iamamoto e Carvalho (2014, p. 326), “O processo de surgimento e desenvolvimento das grandes entidades assistenciais — estatais, autárquicas ou privadas — é também o processo de legitimação e institucionalização do Serviço Social.”

As grandes instituições assistenciais desenvolvem-se num momento em que o Serviço Social, como profissão legitimada da divisão social do trabalho — entendido o Assistente Social como profissional que domina um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas — é um projeto ainda em estado embrionário; é uma atividade profundamente marcada e ligada à sua origem católica, e a determinadas funções de classes, as quais ainda monopolizam seu ensino e prática. Nesse sentido, o processo de institucionalização do Serviço Social será também o processo de profissionalização dos Assistentes Sociais formados nas Escolas Especializadas. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 327).

Para mais, como naquela época o maior intuito do estado era o crescimento econômico, fundaram empresas, como: PETROBRAS, ELETROBRÁS, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), nos dias atuais, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Por esse ângulo, é importante dizer que nas décadas seguintes, até meados de 1964, os interesses dos subsequentes presidentes da república brasileira,

resumem-se em promover o pleno desenvolvimento urbano e econômico, não havendo assim tanta preocupação em criar políticas sociais públicas para o enfrentamento da questão social.

A partir dos anos 1950, com a criação do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e dos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), onde a profissão se consolidou e passou a ter maior visibilidade na sociedade brasileira.

Observa-se, portanto, um Serviço Social formado a partir dos preceitos de ajuda da Igreja Católica, dentre uma sociedade burguesa extremamente conservadora e com forte predominância sob o Estado, onde a classe trabalhadora encontrava-se cada vez mais explorada e em situação deplorável de vida. Considerando essas circunstâncias surge a necessidade de se trazer uma nova roupagem para categoria profissional.

## **2.2 O Movimento de Reconceituação e o Serviço Social Contemporâneo**

Para debater o Serviço Social na contemporaneidade preliminarmente é crucial apresentar neste discurso o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina. Esse processo advém da necessidade do Assistente Social se tornar um profissional crítico e não ser mais um mero aplicador de ações assistencialistas. Ou seja, esse processo vem criticar as práticas do Serviço Social tradicional, e dar ênfase a uma nova ótica para sua formação. Após esse momento, apresenta-se aqui particularidades do Projeto Ético Político e a atual contexto da profissão.

O Movimento de Reconceituação surgiu no Brasil no período de Ditadura Militar, o que acabou dificultando o andamento desse processo, ocorrente entre os anos de 1965 e 1975. Nesse período de Ditadura Militar o Brasil foi governado pelo exército que agia com tortura, repressão e até mesmo exilando pessoas que se mostrassem contra ao modelo de administração estatal. Por consequência disso, acentuou-se as lutas de classes já existentes no âmbito das relações sociais, onde o assistente social percebe o um Estado excludente e dirigido pela classe burguesa. Nesse sentido,

A evolução do movimento de reconceptualização, que como tal se exaure por volta de 1975, vai explicitar esta heterogeneidade (...), dissipando

completamente a ilusão de unidade que marcou a sua emersão. (...) à relação com a tradição marxista. É no marco da reconceptualização, pela primeira vez de forma aberta, a elaboração do Serviço Social vai socorrer-se da tradição marxista. (NETTO, 2015, p. 193).

Neste ângulo, é válido mencionar os encontros em Seminários de Serviço Social e seus respectivos documentos elaborados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviço Social (CBCISS), que garantiu suporte para uma nova versão do fazer profissional do assistente social.

No decorrer de sua reconceitualização adotou-se três aspectos, a primeira foi a perspectiva Modernizadora (em 1967), a partir dos Documentos de Araxá e Teresópolis, elaborados nas cidades de Araxá (Minas Gerais) e Teresópolis (Rio de Janeiro), esses documentos foram construídos por assistentes sociais de várias partes do Brasil. (NETTO, 2015).

A perspectiva modernizadora, como já indicamos, constitui a primeira — sob todos os aspectos — expressão do processo de renovação do Serviço Social no Brasil. Emergente desde o encontro de Porto Alegre, em 1965 (...), ela encontra a sua formulação afirmada nos resultados do primeiro “Seminário de Teorização do Serviço Social”, promovido pelo CBCISS, na estância hidromineral de Araxá (MG), entre 19 e 26 de março de 1967, e se desdobra nos trabalhos do segundo evento daquela série, também patrocinado pelo CBCISS e efetivado entre 10 e 17 de janeiro de 1970, em Teresópolis (RJ). (NETTO, 2015, p. 213).

Quer dizer, o Documento de Araxá sugeriu a reflexão e o debate sobre a prática profissional diante do trabalho preventivo na vida do indivíduo, já que a ação preventiva poderia mudar de forma positiva a qualidade de vida das pessoas. Parte daí uma visão subjetiva e científica no Serviço Social.

Já o Documento de Teresópolis pensou em dar teorização para a metodologia técnico-operativa do exercício profissional do assistente social.

As formulações registradas nos documentos de Araxá e Teresópolis, marcos canônicos da perspectiva modernizadora do Serviço Social no Brasil, simultaneamente configuraram a sincronização da (auto)representação profissional ao projeto e à realidade globais da “modernização conservadora” que o Estado ditatorial levava a cabo e contribuíam, no plano específico do universo profissional, para o seu processo renovador, interventivo no sentido de girar a face intelectual e operativa do assistente social, balizando novas

exigências e condições para a sua reprodução enquanto categoria e para o seu exercício enquanto técnico assalariado. (NETTO, 2015, p. 248).

Conforme Netto (2015), a perspectiva modernizadora não se limita aos conceitos e posições contidos nesses dois documentos. Ao contrário, encontra diversas imposições e sombras na miríade de trabalhos de profissionais e professores que se desenvolveram na segunda metade dos anos 1960 e no final da década seguinte.

Em seguida foi pensada a perspectiva Fenomenológica ou Reatualização do Conservadorismo em 1970, que visava recuperar as heranças conservadoras da gênese da profissão, ela é trazida nos Documentos de Sumaré (em 1978), e Alto da Boa Vista (1984). Oriunda dos seminários realizados nas Cidades de Sumaré, no Centro de Estudos do Sumaré (da Arquidiocese carioca) e no Alto da Boa Vista (no Colégio Coração de Jesus), ambas no Rio de Janeiro. Entretanto, nenhum desses eventos tiveram a resposta prevista. (NETTO, 2015).

Ainda que se considere o panorama diverso do final do declínio decênio de 1970 (quando se realiza o encontro do Sumaré) e dos primeiros anos da década 1980 (quando ocorre o do Alto da Boa Vista) — vale dizer: tomando em conta o caráter datado dos eventos em tela —, as elaborações e preocupações que tiveram curso nos dois colóquios possuíam traços tais que as tornavam muito pouco aptas para galvanizar a atenção das vanguardas profissionais emergentes. Esses traços podem ser resumidos se se alude ao seu denominador comum: a extrema pobreza teórica que exibiam, em comparação com a discussão simultaneamente operada nos foros acadêmicos, culturais e políticos da profissão e fora dela. (NETTO, 2015, p. 252-253).

Nessa perspectiva Netto (2015), afirma que o recurso à fenomenologia aparece, nesse processo de reatualização, como um método para a reelaboração teórica e prática da profissão no país, já que antes de seu surgimento, a concepção fenomenológica era desconhecida na construção profissional brasileira.

É ainda no marco dos Seminários do Sumaré e do Alto da Boa Vista que ressoam as formulações da vertente renovadora a que denominamos de reatualização do conservadorismo. Nessa perspectiva do processo de renovação do Serviço Social no Brasil se manifesta, no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado profissional, a

ponderabilidade de maior herança profissional, sem prejuízo dos elementos renovadores que apresenta. (NETTO, 2015, p. 258-259).

Nessa lógica, entre os anos de 1972 e 1975, acontece uma articulação entre assistentes sociais e estudantes do curso na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, no qual se discutiu a necessidade da categoria profissional se aproximar da classe trabalhadora. Bem como firmou-se o entendimento do Serviço Social como profissão que necessitava de reparação em sua construção teórica-metodológica, técnica-operativa e de um posicionamento ético-político para o seu exercício profissional. As consequências deste evento ficaram conhecidas como “Método de BH”, onde houve início para o movimento de ruptura do Serviço Social.

O “Método de BH” traz uma crítica ao modelo teórico-prático e ao tradicionalismo profissional, daí traçando o surgimento da intenção de ruptura. A partir disso, os alunos da Universidade de Belo Horizonte (os quais tiveram grande valia nesse processo) construíram uma súmula crítica ao tradicionalismo, e criticaram a neutralidade existente na ideologia política da profissão, a formação abstrata da metodologia teórica e, a prática operativa focada no critério de localização dos indivíduos, grupos ou comunidades. “A crítica ao tradicionalismo profissional contida nesta súmula, vê-se está distanciada de qualquer reducionismo; recobre, ao contrário, toda a concepção tradicional, numa síntese que, em grandes linhas, aparece como consistente em termos contemporâneos (...). (NETTO, 2015, p. 354).

Em resumo, articula-se a partir desse ponto uma nova proposta profissional que vai compor o processo de ruptura.

Logo em seguida, em 1979 a categoria vivencia uma transição democrática, onde passa reconhecer-se e organizar-se como trabalhadores e com os trabalhadores, sobrevivendo do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS), “Congresso da Virada”, que traz atenção para o aprofundamento do projeto de ruptura. (SILVA, 2016, p.102).

este congresso significou um momento de ruptura da categoria, sob a direção das entidades sindicais, com as posições conservadoras que estavam à frente do evento e há muito detinham as direções do conjunto CFAS/CRAS. Questões referentes à programação, organização e direção política do evento foram questionadas pela CENEAS, que em parceria com Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) e os estudantes, realizou uma assembleia deliberando por alterações significativas na condução do congresso. (SILVA, 2016, p. 102-103).

Desse modo, com a finalidade de estabelecer uma visão mais crítica em torno da profissão, na década de 1980 os profissionais se aproximam da ideologia marxista (todavia sem ter um conhecimento aprofundado das concepções de Karl Marx), tornando visível a perspectiva de Intenção de Ruptura ou “Marxismo sem Marx”, onde os profissionais passam a questionar suas reflexões críticas, levando em consideração a compreensão das relações de produção e reprodução social, existentes nas lutas de classes apoiadas em disputas das relações de poder entranhadas no bloco social naquela década.

A vertente marxista no Serviço Social teve seu espaço de difusão ampliado sua legitimidade reforçada à medida que, no seu processo de maturação intelectual, foi se munindo teórica e metodologicamente de elementos analíticos que lhe permitiram um diálogo íntimo com as fontes inspiradoras do conhecimento. (IAMAMOTO, 2022, p. 253).

Ou seja, a proposta do materialismo histórico dialético de Marx (ou Pluralismo Político) adentra a profissão com o intuito de romper com as práticas caritativas, e em resposta ao tratamento com o qual a questão social vinha tendo dentro de uma sociedade burguesa. Não obstante, esse projeto só penetra e ganha nivelamento na profissão na década de 1990, maturando-se e obtendo fortalecimento ainda nos dias atuais. Além disso, “é fundamental o entendimento de que a ruptura com o conservadorismo significa, de fato, um processo histórico e, como tal, permeando de contradições, conquistas, limites e desafios que se atualizam todos os dias.” (SILVA, 2016, p. 210).

Ressalta-se:

A década de 1980 foi extremamente fértil na definição de rumos técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social. Hoje existe um projeto profissional, que aglutina segmentos significativos de assistentes sociais no país, amplamente discutido e coletivamente construído ao longo das duas últimas décadas. As diretrizes norteadoras desse projeto se desdobraram no Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, na Lei da Regulamentação da Profissão de Serviço Social e, hoje, na nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. (IAMAMOTO, 2022, p.59).

Assentado nesta citação, torna-se considerável dispor que, nos anos 1980 e 1990, com a redemocratização do país e a elaboração da Constituição Federal de

1988, o Serviço Social no Brasil passou a ter um papel ainda mais importante na defesa dos direitos sociais e na implementação das políticas públicas. Os assistentes sociais se envolveram ativamente na luta pela inclusão social, pela garantia dos direitos das minorias e pela construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Como explica Iamamoto (2022),

A Carta Constitucional de 1988, fruto do protagonismo da sociedade civil nos anos 1980, preserva e amplia algumas conquistas no campo dos direitos sociais. Prevê a descentralização e a municipalização das políticas sociais, institui os Conselhos de Políticas e de Direitos. (IAMAMOTO, 2022, p, 56).

Ainda nesta década é desenvolvido o Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEP) como uma construção teórico-metodológica, em modelo de resposta crítica ao conservadorismo e à neutralidade política que predominavam na profissão até então. Ele define uma perspectiva crítica e comprometida com as lutas sociais, baseada nos princípios da universalização dos direitos, da equidade e da participação popular.

O PEP é organizado em torno de nove eixos fundamentais: a defesa intransigente dos direitos humanos; a defesa intransigente da democracia; a recusa do arbítrio e do autoritarismo; a defesa do aprofundamento da democracia; a valorização e defesa da organização da classe trabalhadora; a defesa intransigente do princípio da igualdade; a defesa intransigente do princípio da liberdade; a defesa intransigente do pluralismo; e a defesa intransigente do acesso aos bens produzidos socialmente.

O projeto tem como objetivo principal a transformação da realidade social, evidenciando que o Serviço Social deve atuar de forma crítica e reflexiva, compreendendo as relações sociais e os processos históricos que as constituem, assim como anuncia que o profissional deve ser capaz de elaborar projetos e estratégias de intervenção que promovam a inclusão social, a participação popular e a garantia dos direitos humanos.

O Projeto Ético-Político também propõe uma ética profissional comprometida com a defesa dos valores democráticos e da justiça social, e uma formação profissional baseada na criticidade e na reflexividade. Isso inclui a promoção do

diálogo interdisciplinar, a valorização da pesquisa e da produção de conhecimento, e o desenvolvimento de práticas que estimulem a participação ativa dos sujeitos envolvidos nos processos de intervenção. E requer um profissional informado, culto, crítico e competente. (IAMAMOTO, 2022, p.89).

O Projeto Ético-Político do Serviço Social propõe uma nova concepção da profissão, comprometida com a transformação social e com os valores democráticos e de justiça social. Ele se tornou uma referência teórica fundamental para o trabalho dos assistentes sociais no Brasil e em outros países, contribuindo para a ampliação da práxis da profissão na luta por uma sociedade mais justa e igualitária. lamamoto (2022), ressalva que é nessa expressão que se encontra a base social da reorientação da profissão nos anos 1980.

Arelado a esse prisma é indispensável frisar a fundamental relevância do atual Código de Ética do/a Assistente Social, o qual foi elaborado pelo CFESS, ele conta com parâmetros primordiais para instrumentalizar e efetivar a prática interventiva do assistente social no cotidiano de seu exercício profissional. Este documento vem fornecer suporte para a atividade laborativa do técnico. O referido está regido pela Lei nº 8662 de 07 de junho de 1993 (Lei nº 8662/93), que regulamenta a profissão e dispõe condições e embasamentos do exercício profissional de assistentes sociais no Brasil. (Brasil, 2010).

Silva (2016), relata que:

O eixo central desse Código, e que perpassa toda a sua construção, é a liberdade compreendida como fonte de emancipação, autonomia e plena expansão dos indivíduos sociais, (...). Dentro dessa perspectiva, torna-se fundamental a defesa intransigente dos direitos humanos e, conseqüentemente, a recusa do arbítrio, autoritarismo e dos preconceitos. Princípios e valores fundamentais que imprimem a direção social e política do projeto profissional e que na conjuntura atual se destacam como desafios que exigem posicionamento, compromisso e coragem, na contracorrente das barbáries sociais. (SILVA, 2016, p. 192-193)

lamamoto (2022), diz:

O Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos na

cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social. (IAMAMOTO, 2022, p.88)

Destarte, o movimento de reconceituação contribuiu para que houvesse mudança no campo acadêmico, político e social do Serviço Social, por meio da sistematização de suas práticas e da produção de pensamentos críticos a partir do entendimento das contradições políticas, culturais, econômicas e sociais da sociedade brasileira. Coadjuva também para que o assistente social se aproxime e se entenda como pertencente à classe trabalhadora.

Como já mencionado, o projeto hegemônico do Serviço Social é formulado a partir da década de 1990. Mas, esse período é também marcado pela chegada da era neoliberal no Brasil, que é a maturação do sistema capitalista de produção, e advém dos países centrais e chega na América Latina transformando radicalmente o relacionamento entre Estado e sociedade, provocando o aparecimento de uma nova maneira de proteção social para o povo, e diminuindo os movimentos sociais.

O projeto neoliberal surge como uma reação ao Estado do Bem-Estar Social, contra a social-democracia. Com a crise dos anos 1970, as ideias neoliberais são assumidas como “a grande saída”, preconizando a desarticulação do poder dos sindicatos, como condição de possibilitar o rebaixamento salarial, aumentar a competitividade dos trabalhadores e impor a política de ajuste monetário. Essas medidas têm por fim atingir o poder dos sindicatos, tornar possível a ampliação da taxa “natural” de desemprego, implantar uma política de estabilidade monetária e uma reforma fiscal que reduza os impostos sobre as altas rendas e favoreça a elevação das taxas de juros, preservando os rendimentos do capital financeiro. (IAMAMOTO, 2022, p. 41).

O capitalismo neoliberal expõe a visão de controlar a economia de acordo com os interesses do Estado, tornando-o em mínimo que desvia e terceiriza sua responsabilidade estatal. Isso culmina no agravamento e na multiplicação das expressões da questão social. Em consequência, trouxe um novo contexto para o Serviço Social brasileiro, que atualmente continua amadurecendo seu posicionamento crítico diante da sociedade.

O Serviço Social na contemporaneidade evoca a importância de atuar na defesa dos direitos humanos e sociais, por meio da elaboração e implementação de políticas públicas efetivas e pela luta contra a violação dos direitos fundamentais. O

fortalecimento do controle social e da participação popular também tem sido uma estratégia essencial adotada pelos assistentes sociais, que buscam dialogar com as diversas demandas da sociedade e contribuir para a construção de uma sociedade mais democrática.

Apesar disso, os assistentes sociais na modernidade enfrentam inúmeros desafios que afetam sua “capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.” (IAMAMOTO, 2022, p. 26).

Ademais, é importante destacar que a formação e a capacitação profissional são fundamentais para o profissional do Serviço Social contemporâneo, na direção de se trabalhar com efetividade e excelência, diante dos desafios e complexidades da realidade social brasileira. Isso é preciso para que a profissão continue amadurecendo sua fundamentação metodológica, e alcançando novos patamares para sua práxis. “Pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar da sua recriação.” (IAMAMOTO, 2022, p. 25).

### **3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: perspectivas e desafios atuais**

Neste capítulo, será sumariamente explorada a narrativa com a qual se configurou a Política de Saúde Mental no Brasil e sua interface junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, cabe trazer para o discurso a relevância que as lutas e resistências dos movimentos sociais tiveram para o reordenamento do sistema de saúde, dentro de um contexto de contradição e expansão desigual nos espaços da sociedade brasileira, e como essa política pública vem sobrevivendo dado o cenário capitalista contemporâneo, onde o Estado se mostra mínimo para as políticas sociais e máximo para o capital, multiplicando as expressões da questão social. Ou seja, “o Estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos.” (BISNETO, 2007, p. 41).

Behring; Boschetti, (2011) relata que essa manobra do Estado, pressionando pelo neoliberalismo, faz como que as políticas sociais se tornem privatizadas, focalizadas e descentralizadas, porém essa descentralização não ocorre entre os poderes públicos, sua responsabilidade é compartilhada com iniciativas privadas.

a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156).

Sendo assim, vamos ver na seção a seguir uma concisa configuração sobre a histórica da política de saúde no Brasil. Logo após trazer aspectos da política de saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), limitando-se apenas a descrever a institucionalização dessas políticas, e não visando caracterizar de maneira profunda as razões do surgimento delas.

### 3.1 Histórico da Política de Saúde Pública no Brasil

O debate teórico sobre a história da Política Pública de Saúde no Brasil apresenta muitas lutas e conquistas ao longo dos anos. Isso dito, importa dizer que a atenção à saúde pública no país teve início no período colonial, pautada na filantropia de instituições que foram criadas para prestar assistência médica à classe trabalhadora. Essas instituições também eram responsáveis por prestar atendimento médico à população em situação de extrema pauperização, oferecendo abrigo, alimentação e assistência religiosa a tais.

Somente no início do século XX é que foram criadas as primeiras leis e órgãos governamentais voltados para a saúde pública, com o surgimento do seguro social no Brasil, o cuidado esteve presente tanto nas medidas de saúde pública como na assistência médica da segurança social prestada pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923, e posteriormente pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), fundada em 1933 a partir da unificação da CAPs. Nessa época o sistema de saúde era extremamente fragmentado e estava caracterizado por intervenções imediatistas, atendendo a demandas do trabalhador assalariado.

A década de 1920 também tem destaque para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que foi criado pelo decreto n. 3.987, em 1920. Esse departamento era responsável por coordenar as ações de saúde em nível nacional, além de desenvolver campanhas de combate a doenças altamente transmissíveis.

Durante o governo de Getúlio Vargas, na década de 1930, foram criados os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), em 1942, da parceria entre os governos dos Estados Unidos e do Brasil, durante o período da II Guerra Mundial. Seu principal objetivo era prestar assistência médica e sanitária às áreas produtoras de materiais estratégicos, que representavam à época a mais importante contribuição do Brasil à guerra, afirma Finkelman (2002).

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo

americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado. (MOTA, 2006, p. 92).

Com o fim do Estado Novo, em 1945, a política de saúde passou a ser descentralizada, com a criação de órgãos estaduais e municipais responsáveis pelo planejamento e execução das ações de saúde.

Confirme aponta Menicucci (2007), até 1953, a assistência médica também era organizada pelo Ministério da Educação e Saúde. Após esse período aconteceu uma divisão no interior do ministério, separando-os, e a saúde ficou a cargo apenas do Ministério da Saúde (MS).

Já na década de 1960, durante o regime militar, e através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que reunia as atividades relacionadas à saúde, previdência e assistência social, dando fim aos IAPs, mais tarde trocado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). E o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha como objetivo oferecer serviços médicos e hospitalares aos trabalhadores brasileiros, posteriormente substituído pelo SUS.

“Tal iniciativa expressou a aproximação do princípio da universalização da seguridade social ao desvincular cada vez mais o atendimento médico da condição de segurado (...)”, comenta Menicucci (2007, p. 93-94). Ainda porque, naquela época a assistência à saúde estava ligada apenas à condição de trabalhador segurado, com o modelo cooperativo.

O decêndio dos anos de 1970 e 1980, proferiu meios para que houvesse uma renovação no sistema de saúde pública, o qual culminou para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado em 1988, por meio da Constituição Federal, que estabeleceu o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado. A proposta era criar um sistema de saúde que tivesse características públicas, universais e igualitárias, capaz de atender toda a população.

Contudo, a origem do SUS não veio apenas da necessidade de construir um sistema que oferecesse acesso universal e de gratuidade em serviços de saúde por parte do Estado. Para que houvesse de fato a legitimidade do SUS, tornou-se preciso

que os cidadãos saíssem em manifestações reivindicando a garantia de avanços benéficos para o setor de saúde do país.

Posto isso, é fundamental a compreensão sobre o movimento que foi decisivo para a revolução do sistema de saúde e, comumente, para a elaboração do SUS, destaca-se então o Movimento pela Reforma Sanitária, que surgiu na década de 1970, em meio ao contexto de luta contra a ditadura militar, e bem como quando as pessoas revidavam por melhores condições de vida.

O movimento defendia a necessidade de uma mudança profunda no modelo de saúde vigente naquela época no Brasil, que era marcado pela fragmentação, pela desigualdade e pela privatização. O movimento pautava a criação de um sistema público, universal e gratuito de saúde que fosse capaz de atender às necessidades da população, independentemente da sua renda ou localização geográfica. Ou melhor, a Reforma Sanitária ficou marcada na sociedade como um acontecimento histórico e social.

Para Paim (2008),

A Reforma Sanitária enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como idéia-proposta-projeto-movimento-processo: idéia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas. (PAIM, p. 36, 2008).

Dessa maneira, durante a década de 1980, a sociedade civil organizada, em conjunto com profissionais da saúde e militantes políticos, pressionara o governo para que fossem criadas políticas públicas de saúde que atendessem às necessidades de toda população. A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve suma significância para este processo, ela tinha como “eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde.” (PAIM, 2008, p. 99).

Sendo assim, em meio ao processo de redemocratização do país, nos anos 80, a Reforma Sanitária obteve importantes avanços, com a inclusão do direito à saúde na Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Reconhecia-se, assim, a relação do direito à saúde como advento do Estado de Bem-Estar Social, embora fosse assinalado que nos países capitalistas a preservação das políticas sociais sofria ameaças quando as forças conservadoras assumiam o poder ou quando a economia ia mal. Daí a pertinência em examinar a natureza do Estado capitalista, as suas reações diante das condições de saúde das populações e a sua atuação na produção de bens e serviços de saúde. (PAIM, 2008, p. 104).

Essa ideia confronta a autonomia relativa e contraditória do Estado frente aos interesses da classe dominante, e atendendo as tensões da classe dominada, questionado se o Estado seria capaz de exercer livremente o seu poder atrelado ao sistema capitalista.

Foi nesse contexto que se deu a criação da Lei 8.080, sancionada em setembro de 1990. A legislação regulamenta o SUS e estabelece as diretrizes para a implementação da política pública de saúde no Brasil. Essa lei é considerada um marco na consolidação do SUS como um sistema de saúde universal e gratuito, ela “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990). O texto da Lei também cita que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990), fazendo alusão aos responsáveis pela efetivação do sistema.

A Lei 8.080 define as competências e atribuições dos três níveis de governo na organização do SUS – municipal, estadual e federal -, além de estabelecer as bases para a participação da comunidade na gestão da saúde pública. Ela também determina a criação de órgãos colegiados e a realização de conferências de saúde para a construção de políticas públicas.

Sobre isso, é fundamental trazer aspectos de Bravo, et al., (2022),

O Sistema Único de Saúde, mesmo que não tenha sido implantado na sua plenitude como garante, ainda, a Constituição de 1988, guarda ganhos para a classe trabalhadora brasileira. Como política descentralizada, com a execução dos serviços, prioritariamente, pelos municípios, constitui-se, dentro da Seguridade Social, a única política pública universal, mantendo Conselhos de Saúde funcionando nos três níveis do sistema e financiamento, ainda que não respeitados, garantidos legalmente. (BRAVO, et Al., 2022, p.51).

Quer dizer, apesar dos desmontes que tem sofrido, a política de saúde possui grandes conquistas para a classe trabalhadora e, mesmo de forma fragmentada, ela age diretamente no combate ao enfrentamento das expressões da questão social.

Então faz-se importante mencionar essas conquistas, destacam-se: a universalização do acesso aos serviços de saúde, a ampliação da rede pública de atendimento, a criação de programas de prevenção e promoção à saúde e a implementação de políticas específicas para grupos populacionais vulneráveis. No entanto, ainda há muitos desafios a serem enfrentados, como as tentativas de privatização, a falta de recursos financeiros e a desigualdade ainda existente no acesso aos serviços de saúde.

No que diz respeito à Política de Saúde Mental, à lei 8.080/90 a inclui entre as áreas de atuação do Sistema Único de Saúde, todavia, não porta a Lei 10.216/2001 em suas disposições. Isto é, o SUS oferta, porém não apresenta a Lei que rege a Política Nacional de Saúde Mental nas estruturas de seu marco regulatório. O que é bastante infortúnio, uma vez que como política de saúde, tal política retém grande importância para a população que dela necessita e, deveria ser mencionada na lei 8.080. No próximo item veremos a sistematização dessa política no Brasil.

Este fato, em específico, tem contribuído para que as discussões que se referem à efetivação do SUS não considerem o tema da saúde mental de maneira transversal, pelo contrário, a temática é sempre colocada como eixo “à parte”, tal qual uma especialidade do SUS e não como integrante a ele. Na seção a seguir, abordar-se-á a Política de Saúde Mental no Brasil.

### **3.2 A Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS**

A trajetória em torno da compreensão sobre como formou-se a política nacional que regulamenta a prestação de serviços às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, envolve um longo e conflituoso processo histórico de batalha social, política e institucional, até ser constituída como política e ser objeto interventivo do Estado no amparo e proteção dos direitos de tal população.

Por conseguinte, é laudável exibir aqui a apreensão sobre a conjuntura histórica desta política. Dito isso, a Política de Saúde Mental é uma área de grande importância

no arcabouço do SUS, tendo como objetivo garantir o acesso da população aos serviços de prevenção, atenção e tratamento de transtornos mentais.

Historicamente, a assistência destinada a pessoas com problemas mentais inicia-se com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o hospício construído por Don Pedro II, na época do império, funcionava como anexo das Santas Casas de Misericórdia, e levava o nome do Imperador.

Alguns anos depois de sua instituição, o hospital destinado para "alienados mentais" foi alvo de críticas por parte dos médicos que não consideravam o hospital como um ambiente efetivamente médico, mas sim de caridade por estar ligado às Santas Casas de Misericórdia, bem como por não terem sido elaborados dentro dos parâmetros necessários da terapêutica moderna da alienação mental' (termo utilizado por Philippe Pinel para caracterizar as doenças mentais).

Depois de um certo período os hospitais foram desvinculados da Santas Casas e passaram a ser dirigidos por médicos. Mas o modelo serviu para a criação de outros hospitais psiquiátricos no Brasil, e as políticas nacionais do setor eram meramente de construção desses hospitais. (GIOVANELLA et al., 2012).

Silva (2019, p.8) refletindo sobre a obra de Erasmo de Rotterdam (Elogio da Loucura escrita em 1509), elucida que:

a assistência prestada às pessoas com transtorno mental durante muito tempo foi centrada na figura do psiquiatra tendo como base a internação e a medicalização, sem a participação da família. Tratava-se de um modelo de isolamento da pessoa com transtorno mental, iniciado na Europa e exportado para o Brasil como referência para o trato dos doentes mentais; os procedimentos realizados nos espaços manicômiais, onde essas pessoas se encontravam isoladas, com certa frequência, experimentavam práticas de violação dos direitos humanos com situações degradantes.

A emergência do capitalismo no Brasil tornou a loucura acessível à medicina, como já acontecia na Europa, e isso determinou a forma como a loucura foi associada nas sociedades ocidentais. No foco do modelo hegemônico de biologia clínica, a psiquiatria considera a loucura uma doença mental. Definiu-a como o processo orgânico de produção de efeitos a partir de distúrbios fisiológicos e designou os manicômios como locais de verdade médica sobre a doença mental, nos quais as funções terapêuticas e de gestão política tornam-se mais concretas. Toma a "doença"

como objeto de pesquisa e visa “curar a doença”. Mas, na prática, a tese tem sido improvável. (SILVA et al, 2002).

Esta interpretação possibilita o entendimento sobre como eram abordadas as políticas de acordo com os organismos vivos que atendiam às necessidades econômicas da época.

Destarte, torna-se relevante frisar sobre as conquistas e mudanças políticas referentes às formas de tratamento e serviços no cerne da saúde mental, apontando as influências dos movimentos sociais, com destaque para a chamada Luta Antimanicomial, que é um movimento social nascente em oposição ao modelo de tratamento manicomial que priorizava a internação compulsória em hospitais psiquiátricos como única forma de cuidado para pessoas com transtornos mentais. Como espelha Amarante (1998, p. 29), “o asilo psiquiátrico situava-se em um quadro de extrema precariedade, não cumprindo a função de recuperação dos doentes mentais.”

O movimento começou a ganhar força na década de 1960, com a crítica de intelectuais e profissionais da área de saúde mental à violência e aos abusos que ocorriam dentro das instituições psiquiátricas.

Na década de 1970 o movimento se fortaleceu com a mobilização de usuários da saúde mental e de seus familiares, que denunciavam a péssima qualidade de vida dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos e a falta de alternativas de tratamento em liberdade, dando brecha para que ocorresse mais manifestações fervorosas pela Reforma Psiquiátrica (RP), iniciando assim um movimento social ainda mais intenso pela revolução do sistema de atenção psicossocial.

Subentende-se que a Reforma Psiquiátrica surge a partir das manifestações em prol da desospitalização (luta antimanicomial), que contestava o modelo manicomial e defendia a descentralização dos serviços psiquiátricos. Ela se originou alicerçada ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se vinculou a outros movimentos sociais como: o trabalhista e educacional o qual eram os mais populares da época. E referia-se também à influência produzida pelo pensamento e a prática de Franco Basaglia, crítico assíduo do modelo psiquiátrico. (AMARANTE, 1998).

Amarante (1996) diz que a reforma psiquiátrica fora pensada e discutida desde a sua implementação como matéria. As incisivas e movimentações se intensificam

após o pós-guerra, emergindo “projetos mais delimitados, no sentido de um conjunto de enunciados, propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa sobre o campo interdisciplinar e de intervenção da psiquiatria.” (AMARANTE, 1996, p. 14).

Consoante a Vasconcelos (2021), a nível de regionalidade, a sistematização dessa reconstrução se concentrou em alguns estados do sudeste do Brasil, que foi o principal cenário utilizado para que houvesse mudanças políticas pela questão de ter a maior rede de serviços psiquiátricos do país naquela região.

Nessa época a sociedade brasileira estava se reerguendo após o extenso período da ditadura militar e, tornam a erguer-se os movimentos sociais, se organizando para solicitar o aperfeiçoamento nos serviços básicos de uma sociedade e a criação de políticas públicas em favor da população. E é exatamente nesse momento que se destaca o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, iniciando um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes naquele período.

Em 1987, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Nela, salientou-se a necessidade de uma nova legislação e inversão do modelo assistencial centrado no hospital. Procurando a ampliação da participação popular no debate sobre saúde mental. No mesmo período, realizou-se o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo lema foi “Por uma sociedade sem manicômios”, designando o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. (SILVEIRA et al, 2014).

É ainda nessa última fase da década de oitenta, que advém uma resposta plausível para os esforços dessa população que almejava por melhorias. Veio então, a primeira determinação legítima em favor desses indivíduos, o Projeto de Lei nº Lei 3.657, de 1989, dispendo sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentando a internação psiquiátrica compulsória. (BRASIL, 1989).

A partir disso, a Reforma Psiquiátrica adquiriu mais força com a criação de novos modelos de atenção em saúde mental, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), propondo a substituição gradual dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários de saúde mental.

Desde o fim dos anos 1990 já existiam no Brasil vários serviços alternativos para o cuidado mental, como: o Centro de Atenção Diária (CAD); Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), oficinas terapêuticas, conforme destaca Bisneto (2007).

A luta antimanicomial ganhou ainda mais força, em busca política de proteção à saúde mental, com a promulgação da Lei 10.216/2001, instaurando a Política Nacional da Saúde Mental (denomina também por Lei da Reforma Psiquiátrica).

Assim como acentuou-se no parágrafo acima, A Política Nacional de Saúde Mental, instituída em 06 de abril de 2001, pela Lei 10.216/2001, complementou a legislação e definiu normas para a organização dos serviços de assistência à saúde mental no país. Dispondo “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental redimensionando a Política Nacional de Saúde Mental.” (BRASIL 2001).

Com isso se tornou possível o aceite do Brasil à Declaração de Caracas e organizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992. A II CNSM teve como temática central “A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no BRASIL: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania” e incluiu o propósito de

definir diretrizes gerais para a "Reforma Psiquiátrica", no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, orientando a reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil nos planos assistencial e jurídico-institucional. Terá por norte as Resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde e da Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. (BRASIL, 1992).

Anos depois da instituição da lei 10.216/2001, em 23 de dezembro de 2011, a luta antimanicomial consagrou um novo marco em seu percurso de peleja e resistência, com a instauração da Portaria nº. 3.088, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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). (BRASIL, 2011). Ela foi idealizada no intuito de se vincular à Atenção Básica, Atenção Psicossocial, na Atenção de Urgência e Emergência, na Atenção Residencial de Caráter Transitório e na Atenção Hospitalar, dentre outros. (BRASIL, 2011).

É inegável que a Reforma Psiquiátrica propôs uma abordagem mais humanizada e democrática em relação ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, promovendo proteção, inclusão social e a defesa dos direitos dessa gama social. A vista disso, transfigura-se vultuoso exprimir a vantagem que este movimento obteve para que fosse possível a materialização de suas metas, pois bem, a Reforma Psiquiátrica remota de meados dos anos de 1970, no berço da Reforma Sanitária, onde granjeou subsídios políticos para seu amadurecimento no interior da sociedade brasileira.

Dentre os principais dispositivos e serviços desenvolvidos pelo SUS na área da saúde mental, destacam-se:

- Os Hospitais Psiquiátricos;
- Os Programa de Volta para Casa; que busca reintegrar socialmente pessoas com transtornos mentais que foram hospitalizadas por um longo período;
- Serviços de Urgência e Emergência;
- Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem atendimento ambulatorial a pacientes com transtornos mentais graves;
- O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS/AD), cujo seu objetivo é acolher e trata usuários do SUS e seus familiares com prejuízos decorrentes do uso abusivo e dependente de Substâncias Psicoativas;
- e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), responsáveis por fornecer apoio e orientação aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica.

Fundado nos apontamentos aqui levantados, pôde-se constatar amplas conquistas inerentes à construção da política de saúde mental ao longo da história. Apesar disso, nos dias que correm, ainda há imensuráveis desafios a serem enfrentados, como a estigmatização em relação aos transtornos mentais, a falta de investimento financeiro em ações preventivas, carência de profissionais de saúde mental, em algumas regiões.

Outro desafio se dá devido ao fato de que o financiamento do SUS é insuficiente para atender as demandas da população e a gestão do sistema ainda precisa ser aprimorada em vários aspectos, o que é um grande desafio dado ao cenário de

contrarreforma que causa a diminuição do investimento público no setor de saúde mental, tendo em vista, que “dentro dessa política os governos estão interessados em diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do Estado.” (BISNETO, 2007, p. 42)

No que se refere à questão social, as reformas psiquiátricas sempre estiveram ligadas a demandas sociais, podendo ser identificadas em articulações conflituosas de interesses das classes sociais, partindo do entendimento de que a problemática diante da autonomia da expansão do poder de troca, pelo ambiente mental, não por tratamento ou correção, mas pela reprodução social de pessoas com transtorno mental e, como resultado, sua reinserção no mundo social, conforme elucida Robaina (2010).

#### **4 INSERÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO UNIVERSO DA SAÚDE MENTAL**

O exercício do profissional de Serviço Social em sua grande maioria está concentrado na atuação frente as políticas públicas, dessa forma, no campo da política pública de saúde mental os/as assistentes sociais atuam buscando garantir o acesso aos direitos e à cidadania dos usuários, visando inclui-los de forma equitativa no meio social. Considerando que “a trajetória do trabalho profissional do assistente social tem sido atender, principalmente, uma demanda do capital ou do trabalho, com interesses distintos, essa contradição é uma realidade no contexto profissional.” (SILVA, 2019, p.28). Nesse sentido, destaca-se a seguir a historicidade da atuação do/a assistente social ligado a esse campo sócio-ocupacional.

O processo de institucionalização do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil concorreu de modo paulatino ao longo dos séculos, data precisamente do ano 1946, “pela atuação no Centro de Orientação infantil (COI) e no Centro de Orientação Juvenil (OCJ)”, acrescenta (Bisneto, 2007, p.61), esse período também marca a formação dos/das primeiros/as assistentes sociais no Brasil.

Segundo noções de Vasconcelos (2021), o desenvolvimento dos serviços sociais, a partir do contexto histórico, e político brasileiro, é nascente pelas iniciativas do Estado e do surgimento das primeiras escolas de serviço social, o qual foi marcado pelas abordagens e pela atividade política do movimento de higiene mental. Era nessa perspectiva que a saúde mental da época de 40 delimitava a atuação dos/as assistentes sociais, que naquela fase era voltada ao padrão higienista a qual responsabilizava o indivíduo pelos problemas expresso pela “questão social”.

Mas nesse período a quantidade de assistentes sociais que trabalhavam na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios eram mínimas, isso só vai mudar após a privatização dos serviços públicos de saúde e com o grande aumento de hospícios pós 64. Existiam apenas “hospícios estatais nas principais capitais do Brasil, e às vezes um hospício em algum estado da federação atendendo a grandes áreas do interior.” (BISNETO, 2007, p.21).

É no auge da década de 60 (nos passos da ditadura militar) que há uma expansão do número de hospícios no país, proporcionando o aumento de contratação de profissionais do Serviço Social para o trabalho no campo da saúde mental, dado

que, nesse período houve as primeiras reformas na área da saúde e da previdência tornado “a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico”. (BISNETO, 2007, p.21).

Como expressa AMARANTE (1994, p.79):

Com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários.

Isto é, essa articulação do Estado tornou a “questão doença mental” em mercadoria, como uma espécie de moeda de troca atendendo aos requisitos do capital na perspectiva de obtenção de lucro.

Qual era a necessidade de o Estado ter o Serviço Social ligado ao campo da psiquiatria se esse cenário já era controlado pela própria equipe psiquiátrica? E conforme a ponta Bisneto (2007, p. 25), “o grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura.” Isso dado ao fato de que a “loucura” está sob o controle dos psiquiatras. Então ele define que as ocorrências dessa solicitação,

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

Então a necessidade se dava ao fato de que o estado precisava de um profissional que fosse capaz de atuar diretamente nos problemas emergentes do processo de produção capitalista. Nesse sentido,

Deve-se registrar que a essa época já havia psiquiatras com visão social de esquerda trabalhando na elaboração das políticas públicas dentro do Estado (mesmo no governo da ditadura militar). Eles reforçaram a concepção de atendimento mais humano nos aparatos assistenciais através de equipes multiprofissionais. Esses técnicos engajados nas lutas sociais ajudaram na formulação e implantação das portarias de cunho inovador do Ministério da

Previdência e Assistência Social que aumentavam o número de profissionais necessários para o atendimento por grupos de pacientes ou número de leitos. O Serviço Social entrou objetivando as novas visões em Saúde Mental: atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária (Souza, 1986: 31). Atendia também às indicações do modelo da psiquiatria preventivista, em voga nos Estados Unidos nos anos 1960. (BISNETO, 2007, p. 25-26).

Dessa feita, os/as assistentes sociais passaram a ter uma ação mais significativa na esfera da saúde mental desde que houveram mudanças no paradigma de tratamento de pessoas com sofrimento mental – por conta do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica - e os profissionais passaram a trabalhar não somente no ambiente hospitalar, mas também na rede de serviços de saúde mental em geral. Então é

Importante também destacar que o Serviço Social tem um papel importante no movimento de Reforma Psiquiátrica, pois este deve ser construído através de lutas que envolvam categorias profissionais e o Assistente Social é um profissional que deve intervir neste movimento, pois é o profissional que apresenta conhecimentos políticos e sociais que são de extrema importância para a luta na consolidação destas reivindicações. (PAES, 2017, n.p).

Assevera-se que a partir da Lei 8.080/1990, o/a assistente social foi reconhecido como um profissional integrante da equipe de saúde, com atribuições específicas, como: a atuação em equipe multiprofissional e a participação em processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas de saúde. As/o profissionais têm uma atuação importante na equipe multidisciplinar, que é um marco em sua trajetória conjunta aos serviços de saúde mental, sendo ele/ela responsável por participar da realização da avaliação socioeconômica dos usuários, identificar suas necessidades e demandas, mobilizar recursos e realizar encaminhamentos. Sobre isso é fundamental mencionar, que preliminarmente, o exercício da equipe multidisciplinar exige o estudo histórico crítico diante da situação apresentada, mas

a origem da interdisciplinaridade não advém a penas de uma racionalidade científica, do reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde por parte da própria medicina e dos órgãos planejadores da saúde, visando a uma maior eficiência e efetividade dos programas. Há interesses e razões políticas e financeiras também (BISNETO, 2007, p. 51).

Para Vasconcelos,

A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. Vasconcelos, 2021, p. 46).

Outra importante atribuição do Serviço Social na saúde mental é a articulação com a rede de saúde e assistência social, buscando garantir o acesso aos serviços, benefícios e direitos sociais previstos em lei. Além disso, o/a assistente social também atua na promoção da participação social e comunitária, fortalecendo a autonomia dos usuários e ampliando as redes de apoio social.

O assistente social tem um papel importante nas instituições de Atenção Psicossocial (APS), que trabalham o cuidado à saúde mental do indivíduo, valorizando sua autonomia e o seu protagonismo no processo de recuperação e manutenção da sua saúde mental. O Serviço Social atua na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que são elaborados em conjunto com o usuário e sua família, e consideram suas vivências, desejos e necessidades, visando sua recuperação e reinserção social.

O PTS é um instrumento importante para a garantia da integralidade do cuidado em saúde mental, considerando as dimensões biopsicossociais dos pacientes. Bem como prestam serviços na articulação da rede de atenção psicossocial, que é composta por diversos equipamentos de saúde e assistência social com diferentes níveis de complexidade e atuação, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, abrigos, entre outros. Entende-se que "a articulação entre as equipes de saúde mental e da Atenção Básica é fundamental para evitar o isolamento social e apoiar as famílias para que estas consigam lidar com os usuários com transtornos mentais." (SANTOS; BORGES, 2016, p.15)

Além disso, o Serviço Social na APS tem o objetivo de promover o acesso aos direitos sociais dos usuários, tais como: moradia, trabalho, educação, inclusão social, lazer, cultura, entre outros. Para isso, realiza-se encaminhamentos e articulações com outros setores da política pública, bem como busca fortalecer a participação social e a cidadania dos usuários.

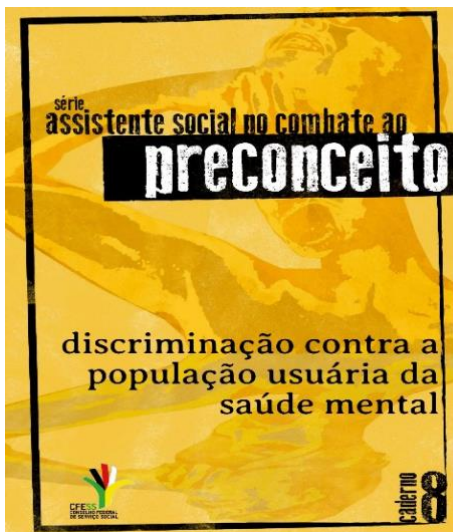
Importa dizer que os assistentes sociais exercem sua função no âmbito da Saúde Mental, apoiados pelo conjunto CFESS/CRESS, os quais realizam mobilizações fundamentais para o combate à estigmatização, ao preconceito e em prol do fortalecimento da luta antimanicomial a nível nacional e regional. Contribuindo intuitivamente para a reflexão crítica e o fortalecimento do Projeto Ético Político da categoria. E mostrando o compromisso do Serviço Social com esse seguimento trabalhista.

É indispensável dizer que,

os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS's), e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (as escolas também, até certo ponto, a “academia” e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). O assistente social está submetido a esses órgãos mesmo que trabalhe subordinado em uma instituição de outra área. (Bisneto, 2007, p.97)

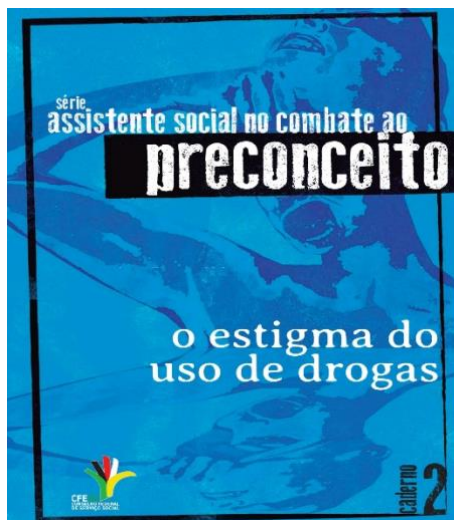
O CFESS, compreendendo as requisições demandas aos assistentes sociais nessa área, especificamente, vem elaboração documentos e manifestos que dialogam sobre a temática e são pautados nos princípios do Código de Ética dos/das profissionais. Destes:

**Figura 1** - Série “assistente social no combate ao preconceito, discriminação contra a população usuária da saúde mental.”



Fonte: CFESS

**Figura 2** - Série “assistente social no combate ao preconceito estigma do uso de drogas.”



Fonte: CFESS

Hodiernamente, o/a assistente social é considerado um profissional fundamental na área de saúde mental, atuando em diversas frentes, como: a atenção ao usuário, ações de prevenção e promoção de saúde mental, integração do usuário na rede de saúde e atuação junto à família e à comunidade. Como será possível

constatar no último tópico deste capítulo, onde ocorrerá uma descrição objetiva do cotidiano do fazer profissional do assistente social no HRN, firmado em pesquisas bibliográficas, pesquisa de campo e como base em noções da autora, tendo em vista que tal instituição foi seu ambiente de estágio curricular.

#### **4.1 Institucionalização do Hospital Nina Rodrigues**

A história da saúde mental no Maranhão acompanha a mesma trajetória de sua constituição a nível nacional, marcada pela predominância do modelo asilar, a partir das casas de misericórdia, e por um profundo percurso de indagações, críticas, preconceitos e exclusão social.

O Hospital Nina Rodrigues (HNR), está localizado em São Luís - MA, e é reconhecido como referência em atendimento em saúde mental e especialidades psiquiátricas no Maranhão. Vale dizer que seu caminho possui vasta influência no que se refere a construção da assistência em saúde mental na região.

O HNR foi fundado em 1941, ele por muito tempo funcionou como um local de internação de compulsória para “alienados”, tendo sua nomeação inaugural como o nome de “Hospital Colônia dos Psicopatas”, fazendo referência a população que utilizavam aquele ambiente, que muitas vezes eram submetidos a condições desumanas e tratamentos extremamente violentos. Sendo assim, "a instituição foi criada com a finalidade de resolver os problemas existentes da época tais como a superlotação das casas de abrigo e misericórdia e limpar o espaço urbano da capital do estado do Maranhão." (FILHO; NASCIMENTO, 2019, p. 3).

A nomenclatura dada na fase de fundação do hospital, provavelmente deu contribuição para a perpetuação da estigmatização negativa sobre o hospital e seus usuários/as. O nome Nina Rodrigues se deu em homenagem ao psiquiatra maranhense Raimundo Nina Rodrigues, o qual possui grande representatividade para a história da medicina brasileira.

A datar das inovações decorrentes da RP, e conforme os anos se passaram, o hospital passou por reformas físicas e administrativas para melhorar as condições de internação e tratamento, adotando novas práticas de intervenção, como: a

desinstitucionalização e a busca pela reinserção social dos pacientes, o que implicou em mudanças significativas em torno do seu funcionamento.

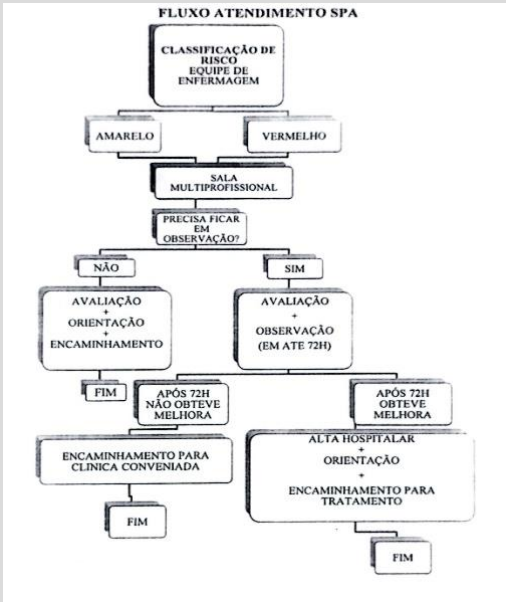
somente na década de 1990 com a Reforma Psiquiátrica, que se instaurou em todo o mundo ocidental, operou-se melhorias tanto na estrutura física, quanto no aspecto administrativo. As melhorias físicas eram de imediatas; a ideia era eliminar a imagem de hospícios e manicômios que os hospitais psiquiátricos apresentavam. A lei era clara: essas instituições deveriam manter a aparência de hospital, não mais aqueles locais fechados, isolados, que apresentavam repugnância de muitos. (...) Desse modo, pensava-se superar o preconceito que era gerado dentro e fora destas instituições. Foi diante destas reformas que o hospital Nina Rodrigues passou de hospital Colônia para hospital Nina Rodrigues, mudando suas nomenclaturas, suas estruturas e, por fim, suas políticas de tratamento ao interno. (FILHO; NASCIMENTO, 2019, p. 3).

Iniciando desse ponto uma transição para um modelo mais comunitário e humanizado de atenção à saúde mental no estado, culminando para a inclusão de diversos profissionais, das mais variadas áreas de formação, para atuarem na instituição e para que fossem criados novos dispositivos capazes de complementar a rede de cuidado mental.

Assim, a população conta atualmente com uma rede de atenção psicossocial que inclui: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais e Serviços de Residenciais Terapêuticos. Na capital São Luís, encontram-se diversos CAPS e UBS que oferecem atendimento em saúde mental para o indivíduo, e contribuem para conscientizar a população sobre a importância da saúde mental, combater o estigma e promover a prevenção e a busca por tratamento oportuno.

Nos dias atuais, o Hospital Nina Rodrigues, é administrado em conjunto pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) e pelo Instituto Vida e Saúde (Invisa), e conta com uma ampla equipe multidisciplinar de profissionais que trabalham na promoção da saúde mental e no cuidado integral das pessoas com transtornos mentais, são eles: médicos psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, dentre outros profissionais. Os mesmos organizavam-se em meio as estruturas que fazem parte da instituição, a seguir o quadro trará propriedades da estruturação:

**Tabela 1-** Composição estrutural do HNR e alguns características.

Compõe:	Características:
Serviço de Pronto Atendimento – SPA;	<p>Atendimento 24h em urgência e emergência;</p> <p><b>Figura 3 - Fluxo de Atendimento SPA</b></p>  <pre> graph TD     A[CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EQUIPE DE ENFERMAGEM] --&gt; B[AMARELO]     A --&gt; C[VERMELHO]     B --&gt; D[SALA MULTIPROFISSIONAL]     C --&gt; D     D --&gt; E{PRECISA FICAR EM OBSERVAÇÃO?}     E -- NÃO --&gt; F[AVALIAÇÃO + ORIENTAÇÃO + ENCAMINHAMENTO]     E -- SIM --&gt; G[AVALIAÇÃO + OBSERVAÇÃO (EM ATÉ 72H)]     F --&gt; H[FIM]     G --&gt; I{APÓS 72H NÃO OBTVE MELHORA}     G --&gt; J{APÓS 72H OBTVE MELHORA}     I --&gt; K[ENCAMINHAMENTO PARA CLÍNICA CONVENIADA]     K --&gt; L[FIM]     J --&gt; M[ALTA HOSPITALAR + ORIENTAÇÃO + ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO]     M --&gt; N[FIM]                     </pre> <p><b>Fonte:</b> (Entrevistado/a)</p>
Enfermaria de Curta Permanência – ECP;	Disponibiliza o acolhimento/internação de até 72h para adulto
Clínica Médica;	Funciona como retaguarda para hospitais estaduais da cidade, como o Hospital Carlos Macieira (HCM).
Ambulatório de Psiquiatria;	Especializados em psiquiatria geral para adultos, psiquiatria infantil, psiquiatria geriátrica, transtornos do humor e transtornos da ansiedade.
Unidade de Acolhimento – UAA; Centro de Atenção Psicossocial “Dr. Bacelar Viana” (CAPS III); Centro de Atenção	Caracteriza-se como unidades paralelas ao HNR, torrando-o em Complexo. Todos estão localizados no entorno da unidade.

Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD Estadual);	
Enfermeira para Pacientes Privados de Liberdade – PPL.	Internação para pessoas em conflito com a lei, determinado por decisão jurídica. Parceria com a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP).

Essa estruturação demonstra minuciosamente a sistemática interna e externa com a qual esse mecanismo do estado, organizar-se para contribuir com a promoção de qualidade na efetivação da política pública de saúde mental, na rede de serviços que visam o acolhimento e a oportunidade de reinserir pessoas com transtornos mentais ao seu estado de bem-estar mental e ao convívio em sociedade.

A saber: O hospital também desenvolve ações de pesquisa e ensino na área da saúde mental, contribuindo para a formação de profissionais capacitados para lidar com os desafios desse campo de atuação.

#### **4.2 Análise das ações e serviços operacionalizados pelos/as assistentes sociais no espaço do HNR**

Como já foi pontuando nos capítulos anteriores, a saúde mental começou ser vista como pretendente à saúde e que comumente precisaria de cuidados, tardiamente. O que se falava de saúde mental era totalmente seletivo. Antes, falar que alguém não estava bem da sua saúde mental era algo muito delicado, as pessoas tinham preconceitos e excluía a quem apresentasse quaisquer tipos de transtornos mentais. Nessa lógica, a relevância do/a assistente social dentro do Hospital Nina Rodrigues se expressa mediante a viabilização para que ocorra a garantia de direitos dos usuários através das medições que proporcionam, até mesmo, meios para que esses indivíduos tenham autonomia para ir em busca de seus direitos.

Diante de promover essa mediação ou melhor levar o usuário os meios para que o mesmo vá a garantia dos seus direitos e que ele entenda não só a questão da doença em si, mas de tudo aquilo que também o circunda, o está que está ou seu devedor. Então o Serviço Social tem esse papel. (ENTREVISTADA).

No que se apresenta como atividades desenvolvidas pelo assistente social neste âmbito, e como essas atividades vão influenciar no dia a dia da população que necessita da política de saúde mental — partindo de noções apresentadas pela referência entrevistada — é interessante salientar que o profissional vai interferir de forma objetiva na vida socioeconômica do usuário/paciente, partindo do pressuposto dos fatores determinantes que ocasionam o adoecimento mental.

Sendo assim, e levando em consideração esses fatores, subentende-se que o paciente que vai em busca de cuidados para sua saúde mental, dependendo da situação, nem sempre consegue apresentar um discurso coerente sobre o que o levou a buscar aquele recurso. E geralmente, quem tem o papel de requerer algo são os familiares dos pacientes, e essas solicitações normalmente são referentes a vida socioeconômica do usuário.

Essas requisições demandam ao Serviço Social do HNR um alinhamento com diversos serviços socioassistenciais e outros serviços de direito, dentre os mais solicitados estão: encaminhamentos para a Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados (FEME), para o Passe Livre, e o Tratamento Fora Domicílio (TFD).

Quer dizer, as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais do setor de Serviço Social do hospital, estão direcionadas a conhecer as condições de vida e trabalho do/a pessoa com transtorno mental, assim como dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença. A “aproximação dos assistentes sociais com os usuários, é uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos”. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.69). Nessa concepção, é favorável colocar também os instrumentais utilizados para conhecer a realidade dos usuários e os instrumentais que vão interferir na realidade das famílias desses usuários:

**a) Instrumentais e ações realizadas para conhecer a realidade dos usuários:**

- Admissão Social
- Entrevista Social
- Evolução Social de Prontuários
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- Visitas aos leitos
- Acolher usuários internos e externos
- Mapa diário do Serviço Social

**b) Atividades que vão interferir na realidade das famílias desses usuários.**

- Encaminhamento
- Orientações
- Evolução Social de prontuários
- Orientar sobre os direitos sociais
- Elaboração de relatórios
- Mapa diário do Serviço Social

No que tange a significância do trabalho em rede intersetorial para que haja a garantia dos serviços prestados, à referência elucida que a relevância do trabalho em rede se dá na efetivação da garantia de direitos dos usuários, ao passo que ocorre a orientação que é o que dá autonomia para o paciente ir em busca dos seus direitos. Tendo em vista que o conhecimento sobre os equipamentos socioassistenciais é importante que haja a inserção dos usuários nos programas sociais.

No que diz respeito aos desafios a profissional aponta que para o exercício do cotidiano profissional de assistentes sociais na unidade, as barreiras impostas pelo Estado dificultam a realização da mediação entre usuário e o próprio sistema, tornando esse o principal entrave, já que a burocratização do acesso aos serviços impede que os usuários consigam a garantia dos seus direitos, e infelizmente isso

afeta a atividade do profissional fazendo com que o mesmo não consiga atingir o seu objetivo institucional. “Cabe ao Assistente Social, porém, ir além desses objetivos institucionais enfrentar esses desafios que se colocam na sua realidade de trabalho.” (PAES, 2017, n.p.).

Para Bisneto,

Os objetivos expressos nas publicações de Serviço Social e nos estatutos dos estabelecimentos psiquiátricos são aparelhos de uma intenção que nem sempre se dá corretamente. Os objetivos declarados nem sempre são alcançados e por isso o trabalho do Serviço Social é invalidado. (BISNETO, 2007, p. 123).

Com referência a atuação do assistente social diante de outras categorias, foi assentado que existem alguns embates com relação à percepção de outros profissionais diante da relevância do trabalho do Serviço Social, alguns ainda se prendem a noções práticas do Serviço Social clássico,

“comumente ainda se tem esse entendimento, por parte das pessoas leigas, de que o Serviço Social está ali para fazer benesses relacionadas ao assistencialismo. Claro que nós temos um grande percentual de colegas que já conseguem observar a nossa relevância, não só para estar “ajudando” como se fosse forma de benesse.” (ENTREVISTADA).

Em respeito a essa afirmação é possível enxergar a existência de profissionais que já conseguem observar a relevância do trabalho do assistente social, contudo o profissional deve deixar transparente o que de fato é o seu labor à frente de outras categorias, pois muitas vezes outros profissionais têm a tendência de minimizar o exercício do assistente social. Por isso, “o profissional deve colocar sua voz não de forma decreta, mas de modo que eles entendam que seu trabalho também é válido”, contribui a/o entrevistada.

Trazendo para uma visão positiva, existem profissionais que vão valorizar o trabalho do assistente social nesse ambiente sócio-ocupacional, solicitando a até mesmo que o/a profissional compartilhe da sua visão crítica e analítica para esclarecer algumas questões ligadas aquele âmbito no sentido de melhorar a qualidade de vida do paciente. Sobre isso Baptista; Raichelis, et al., (2010, p. 110), relatado o Serviço

Social como uma profissão capaz de produzir ideias e consciências “sobre o modo de pensar a realidade, sobre a maneira de refletir acerca de comportamentos éticos, políticos e sociais”.

A gente tem os dois olhares, que é o positivo no qual os “colegas” compreendem ou tentam compreender o nosso fazer, e atrelado a isso trabalhamos juntos para tentarmos resolver aquelas questões, e tem também aquele olhar que minimiza fazendo com que o nosso trabalho seja realmente relacionado a benevolência. (ENTREVISTADA).

Em tal caso, o assistente social como profissional também tem que ter entendimento sobre si, para que consiga observar essa percepção errônea e informar a outra categoria o que de fato é o seu trabalho.

Nessa visão, com relação aos serviços ofertados pela instituição e aos recursos disponíveis para que o/a profissional possa trabalhar na efetivação destes serviços, a princípio a fonte traz a noção da inserção do assistente social na divisão sociotécnica do trabalho, aludindo que o Serviço Social em sua maior população está inserido em instituições da esfera estatal, e o que ocorre independente do segmento, é que existem carências nessas esferas e não é diferente relacionado ao campo da instituição citada, o assistente social tenta dentro dessas dificuldades fazer o melhor possível para atender as demandas do usuário.

Então o profissional vê o que pode fazer relacionado a situação apresentada, mesmo que seja uma contenção de danos em maior escala, o/a assistente social deverá fazer pelos o mínimo para garantir a eficiência do serviço. É bem verdade que muitas das vezes a gente não consegue, mas a gente tenta da melhor forma possível. (ENTREVISTADA).

Alicerçado a isso, vale trazer as contribuições do CFESS sobre o tocante:

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.69).

À face do exposto, é notório que o exercício profissional deve estar constantemente em pacto com o seu projeto ético-político para que ele/ela saiba estabelecer os limites de sua atuação.

E só assim o profissional poderá contribuir para a eliminação dos preconceitos que as pessoas com sofrimento mental ainda passam nos dias de hoje, assim como reconhece o Código de Ética do/a Assistente Social, de 1993, em seu art. 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”. Então o profissional tem obrigação de atuar frente ao combate do preconceito e na defesa dessa minoria.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se elencar de maneira objetiva a vivência trabalhista do/a assistente social atrelado ao âmbito da saúde mental em um Hospital Psiquiátrico da rede do Sistema Único de Saúde – SUS, que é referência em atendimento de saúde mental no estado do Maranhão. Nesse sentido, os resultados apresentados aqui são indispensáveis para o conhecimento científico, sendo que a pesquisa relacionada a organização do trabalho do assistente social contribui para o despertar de reflexões críticas em quem estuda a temática.

O referido texto teve sua construção a partir de elementos recolhidos em variados conteúdos que proporcionaram referência teórica/bibliográficas para o corpo do trabalho, também se deu através de entendimentos da autora sobre a temática, dado que a instituição referida foi campo de estágio curricular obrigatório da mesma. Além disso, houve também entrevista com uma profissional de Serviço Social, ligada ao ambiente, que permitiu uma maior compreensão sobre a atuação do/a assistente social no Hospital Nina Rodrigues/HNR.

Assim, toda compreensão sobre o exercício do/a assistente social nessa esfera sócio-ocupacional, trouxe grande relevância para o conhecimento diante dos desafios ali impostos para a efetivação do atendimento diante das demandas que chegam até o profissional, serviu também para entender como os atuantes se organizam enquanto às suas atribuições e competências perante as exigências institucionais.

Notou-se que a atuação do/a especialista neste seguimento deve ter juízo firmado com base no Código de Ética do Profissional e na Lei de Regulamentação, acompanhado do conhecimento teórico-metodológico, ético político e técnico-operativo, pois possibilita e amplifica o posicionamento do profissional em resposta aos aspectos que obstaculizam o desenrolar de sua práxis.

Assentado nisso, transfigura-se importante ressalva que o profissional deve se manter firme em seus fundamentos, tendo através do conhecimento apoio para executar de sua técnica. É importante esclarecer que este estudo não se exauriu apenas no debate do fazer profissional do assistente social no espaço do hospital referenciado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208llcnsmr.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2023.

AMARANTE, Paulo. Coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. Coord. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo. Orgs. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BAPTISTA, Mariana Veras; RAICHELIS, Raquel, Maria Lucia Martinelli. **Temas Contemporâneos.** Serviço Social & Sociedade, 57. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** 3ª ed. São Paulo, Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

BRASIL. Lei no 10.226 de 06 de abril de 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm) . Acesso em 12 de maio de 2023.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 29 de maio de 2023.

BRASIL. Lei no 8662 de 07 de junho de 1993.

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

BRAVO, Maria Inês Souza; Ana Maria de Vasconcelos; Andréa de Sousa Gama; Giselle Lavinias Monnerat. Orgs. **Saúde e Serviço Social** (online). São Paulo: Cortez, 2022.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do serviço social na América Latina**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CFESS. **Manifesta Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2021-CfessManifestaAntimanicomial.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2023.

CFESS. **Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social**. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilhas-projeto-etico-politico-e-exercicio-profissional-em-servico-social-os-principios-do-codigo-de-etica-articulados-a-atuacao-critica-de-assistentes-sociais.pdf>

CFESS. **série assistente social no combate ao preconceito, discriminação contra a população usuária da saúde mental**. Caderno 8. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/CFESS-Caderno08-SaudeMental-Site.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2023.

CFESS. **série assistente social no combate ao preconceito**. Caderno 2. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2023.

Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 1993.

**Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atualcao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)

FILHO, Juez Lopes de Carvalho; NASCIMENTO, Emanuelle do Espírito Santo Alves. **Os efeitos das narrativas na classificação social de agentes estigmatizados como “loucos” no hospital psiquiátrico Nina Rodrigues**. Caxambu- MG, 2019. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/43-encontro-anual-da-anpocs/spg-6/spg06-5/11909-os-efeitos-das-narrativas-na-classificacao-social-de-agentes-estigmatizados-como-loucos-no-hospital-psiquiatrico-nina-rodrigues/file>. Acesso em: 04 jun. 2023.

FINKELMAN, Jacobo. Org. **Caminhos da saúde no Brasil** (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002

GIOVANELLA, Lúgia, Sara Scorel, Lenuara de Vasconcelos Costa Lobato, José Carvalho de Noronha, Antônio Ivo de Carvalho. Orgs. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela: **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** (Online) 1. ed. Cortez, 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

MATTOS, Marcelo Badaró, **A classe trabalhadora: de Marx ao nosso tempo.** 1. Ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores processos e trajetória.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

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

NUNES, Marisa Fernandes. As metodologias de ensino e o processo de conhecimento científico. In: NUNES, Marisa Fernandes. Metodologias de ensino: as ciências como forma de pensar o mundo. 1993. Tese (Doutorado) – UNICAMP, Curitiba, 1993. P. 10. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-4060.105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/cbFzCc5T3nqZCgTbDrmHyvk/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 nov. 2022.

PAES, Juliana Santos. **Serviço Social e Saúde Mental: desafios e possibilidades para o Assistente Social na política de Saúde Mental.** in: VIII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2017, São Luís. Anais [...]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudementaldesafiosepossibilidadesparaoassistentesocialnapoliticadesau.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2023

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: continuação para a compreensão e Crítica.** (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em 15 de abr. 2023

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 339-351,

abr./jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200008>. Acesso em: 25 abr. de 2023.

SANTOS et al., Géssika Mayara, Anderson Barbosa Scheifler, Laís Vila Verde Teixeira, Anarita de Souza Salvador. **Fundamentos Históricos Teóricos Metodológicos do Serviço Social — Projeto Ético Político**. Porto Alegre: SAGAH, 2018.

SANTOS, Karenn; BORGES, Cynthia e Silva. **O Cuidado em Saúde Mental na perspectiva dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial**. São Luis-MA, 2016. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1729/2/KarennBorges.pdf>. Acesso em 29 de abr. de 2023.

SILVA, Carolina Flexa da. **Serviço social e saúde mental: elementos teóricos e práticos para reflexão**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2019.

SILVA, Christiane Pimentel e. **O método em Marx: a determinação ontológica da realidade social**. 2018. Dissertação (Pós-graduação) – Universidade Federal do Pará, Belém/PA, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0101-6628.164>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/dQkqhYs3WDkMNX3N44JCKf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (org.). **Serviço social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

TEXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. IN: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais** – Brasília: CFESS/ABEPSS. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata\\_braz-marcelo-201608060407431902860.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_braz-marcelo-201608060407431902860.pdf)

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 1. ed. São Paulo, Cortez, 2021.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDECE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

- 1. Diante de sua percepção, destaque a importância do assistente social no campo da assistência à saúde mental, mencionando suas competências e atribuições no bojo do seu exercício profissional.**
- 2. Quais as principais atividades desenvolvidas pelo assistente social neste ambiente, e de que modo essas atividades vão influenciar no dia a dia da população que necessita da política de saúde mental?**
- 3. Quais os principais desafios enfrentados no cotidiano de sua atuação?**
- 4. Como se concretiza a atuação do/a assistente social junto a equipe multidisciplinar, você acredita que existe valorização da categoria neste ambiente por parte de outros profissionais e da categoria que usufrui dos serviços?**
- 5. Quais são os serviços ofertados pela instituição, o Estado dispõe dos recursos necessários para que o/a profissional possa trabalhar na efetivação destes serviços?**
- 6. Qual a significância do trabalho em rede intersetorial para que haja a garantia dos serviços prestados?**