



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SAMARA VIEIRA SOUZA**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL: UM OLHAR A PARTIR DOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS  
ELETRÔNICOS DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.**

Salvador - BA  
2017

**SAMARA VIEIRA SOUZA**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL: UM OLHAR A PARTIR DOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS  
ELETRÔNICOS DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Ensino de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Ma. Geyse Clea Silva de Miranda.

Salvador/Ba

2017

**SAMARA VIEIRA SOUZA**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UM OLHAR A PARTIR DOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS ELETRÔNICOS DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Ensino de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

Geyse Clea Silva de Miranda – Orientadora - \_\_\_\_\_  
Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

Valéria dos Santos Noronha Miranda \_\_\_\_\_  
Doutora em Serviço Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Alba Cristiane da Cruz Costa \_\_\_\_\_  
Especialista em Saúde Mental – Universidade Federal da Bahia

## RESUMO

O trabalho intitulado “A atuação do Assistente Social no campo da Saúde mental: um olhar a partir dos periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil” tem como objetivo analisar a abordagem dos periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil acerca da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental no período de 2010 a 2016. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, exploratória com método dialético e abordagem qualitativa. Assim, este trabalho inicialmente contextualiza a trajetória da Política de saúde e da saúde mental no Brasil, bem como o Serviço Social no campo da Saúde Mental. Posteriormente apresenta a análise das publicações selecionadas para pesquisa. Como resultado evidenciou a carência de produções bibliográficas acerca da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental no Brasil no período em questão, bem como a necessidade da realização de mais estudos sobre a temática de modo a contribuir com o debate sobre a atuação dos Assistentes Sociais na Saúde Mental. A análise das publicações demonstrou que a atuação profissional, na perspectiva das autoras, coaduna com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, a realização de atividades rotineiras e burocráticas nos serviços de saúde mental se constitui uma realidade do trabalho profissional, que somada à precarização do trabalho dos Assistentes Sociais e a submissão do trabalho aos saberes “*ps*”, impõe limites ao trabalho profissional. Os desafios apontados pela pesquisa no que se refere à atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental foram o desconhecimento dos usuários, familiares e agentes comunitários acerca dos serviços de atenção à saúde mental e de suas atividades, o trabalho realizado com as famílias e a precarização e desmonte dos serviços públicos de saúde, o que provoca os Assistentes Sociais a buscarem estratégias de enfrentamento.

**Palavras-chaves:** Saúde mental, Serviço Social, Atuação profissional.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 Artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica .....	12
Quadro 2 Tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	27

## LISTAS DE SIGLAS

<b>CAPs</b>	Caixas de Aposentadoria e Pensões
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEAS</b>	Centro de Estudos e Ação Social
<b>CFESS</b>	Conselho Federal de Serviço Social
<b>CNSS</b>	Conselho Nacional de Serviço Social
<b>COI</b>	Centro de Orientação Infantil
<b>COJ</b>	Centro de Orientação Juvenil
<b>CT</b>	Comunidade Terapêutica
<b>DGSP</b>	Diretoria Geral de Saúde Pública
<b>HUPES</b>	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
<b>IAPs</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões
<b>IAPB</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
<b>IAPC</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
<b>IAPI</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
<b>IAPM</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>LBA</b>	Legião Brasileira de Assistência
<b>LOPS</b>	Lei Orgânica da Previdência Social
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NAPS</b>	Núcleo de Atenção Psicossocial
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>SAMPAS</b>	Serviço de Assistência Médica da Previdência Social
<b>SAPAS</b>	Serviço de Alimentação da Previdência Social
<b>SENAI</b>	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
<b>SESI</b>	Serviço Social da Indústria
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TR</b>	Técnica de Referência
<b>UBSs</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: RESGATE HISTÓRICO .....</b>	<b>14</b>
2.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	14
2.2 O PERCURSO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA .....	22
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....	28
<b>3 A PRODUÇÃO ELETRÔNICA BRASILEIRA SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>34</b>
3.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL .....	35
3.2 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....	37
3.3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....	44
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “A atuação do Assistente Social no campo da Saúde mental: um olhar a partir dos periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil” se constitui um requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A escolha deste tema está relacionada à experiência de estágio supervisionado em Serviço Social, realizado na enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES).

Historicamente a saúde mental atravessou diversas transformações que culminaram com a Reforma Psiquiátrica. Na década de 70, foi iniciado o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira em razão das denúncias de violência, maus-tratos e violações que aconteciam nos hospitais psiquiátricos (DELGADO, 2014).

A Reforma Psiquiátrica objetiva a substituição do modelo hospitalocêntrico pela implantação de serviços substitutivos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, ambulatórios, hospitais - gerais e entre outros.

A partir deste movimento, o campo da saúde mental conquistou a implantação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, em 1987 e em 1989 o Deputado Paulo Delgado apresentou no Congresso Nacional um projeto de lei de nº 3.657, visando, assim, o fim dos manicômios (BRASIL, 2005).

Neste período, ocorreu também a promulgação da Constituição Federal de 1988. A Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em que a saúde passou a ser reconhecida como um direito do cidadão e responsabilidade do Estado.

A inserção dos Assistentes Sociais no campo da Saúde Mental no Brasil ocorreu em 1946. Estes profissionais inicialmente trabalharam nos Centros de Orientação Infantil e Juvenil (COI / COJ) e em hospitais psiquiátricos (BISNETO, 2007).

Com a Reforma Psiquiátrica, os Assistentes Sociais passaram a atuar junto da equipe multiprofissional dos serviços substitutivos de saúde mental, buscando estratégias para enfrentar às diversas expressões da questão social neste campo e na garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Este trabalho visa investigar de que forma os periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil abordam o trabalho do Assistente Social no campo da Saúde Mental.

Sendo assim, tem como objetivo geral analisar a abordagem dos periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil acerca da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental no período de 2010 a 2016. Já os objetivos específicos selecionados para a construção da pesquisa foram: contextualizar a trajetória do Serviço Social no campo da Saúde Mental; identificar a inserção da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental nos periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil no período de 2010 a 2016; compreender o debate sobre a atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental existentes nos periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil no período de 2010 a 2016.

Então, de que forma os periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil abordam o trabalho do Assistente Social no campo da Saúde Mental?

Para tanto, buscou-se realizar uma pesquisa exploratória e bibliográfica. Lima e Mioto (2007, p.43), referem-se à pesquisa bibliográfica como

Um procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas poucos explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas.

A pesquisa realizada para o presente trabalho baseia-se no método dialético e na abordagem qualitativa. O método dialético conduz

[...] o pesquisador a trabalhar sempre considerando a contradição e o conflito; o 'devenir'; o movimento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários; além de apreender, em tudo o percurso de pesquisa, as dimensões filosóficas, material/concreta e política que envolve seu objeto de estudo (LIMA E MIOTO, 2007, p.39).

A abordagem qualitativa “[...] responde a questões muito particulares [...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009, p.21).

O material selecionado para a pesquisa contemplou os artigos publicados nos periódicos científicos eletrônicos nacionais do Serviço Social, em língua portuguesa,

com versão *online*, no período de 2010 a 2016, estratos A1, A2 e B1, na área de avaliação do Serviço Social, de acordo com a classificação do quadriênio 2013 - 2016.

Os periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social com Qualis Capes A1 foram: Revista Katalysis, Serviço Social e Sociedade, A2: Revista Em Pauta, SER Social, Textos e Contextos e o B1: Revista Temporalis e O Social em Questão.

Visando atingir os objetivos do estudo, a análise das publicações ocorreu a partir dos seguintes eixos: concepção de saúde mental, a atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental e os desafios e perspectivas para atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental.

Durante a seleção dos artigos foi constatado uma carência de produções bibliográficas do período de 2010 a 2016 que abordem a atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental. Em decorrência disso, foram encontrados quatro artigos, dois deles publicados na Revista Textos e Contextos no ano de 2010 e 2015, um na Revista Ser Social, ano de 2016 e outro na Revista Serviço Social e Sociedade do ano de 2010, conforme detalhamento no quadro 01.

## QUADRO 1 - ARTIGOS SELECIONADOS PARA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

TÍTULO	AUTOR	ANO	REVISTA	QUALIS CAPES
Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive.	Suleima Gomes Bredow. Glória Maria Dravanz.	2010	Textos & Contextos.	A2
O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.	Conceição Maria Vaz Robaina.	2010	Serviço Social e Sociedade.	A1
Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional	Mirela de Lucena Mota. Cleide Maria Batista Rodrigues	2016	SER Social	A2
Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente Social em comunidade terapêutica.	Camila Biribio Woerner.	2015	Textos & Contextos.	A2

Fonte: Elaborado pela autora.

A proposta da presente pesquisa é muito relevante para o âmbito acadêmico e profissional do Serviço Social, pois existem poucas produções bibliográficas sobre o tema e contribuirá para as discussões acerca da atuação profissional dos Assistentes Sociais no campo da Saúde Mental.

A partir da leitura realizada nos quatro artigos e do preenchimento da ficha de análise bibliográfica (mostrada no apêndice A), foi possível perceber pontos e considerações relevantes acerca da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental.

Este trabalho está dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo inicialmente traz a trajetória da política de saúde no Brasil. Neste tópico é mostrado como a saúde era vista antes da criação do SUS, o Movimento de Reforma Sanitária, os avanços que a saúde obteve durante esses anos, principalmente com a implantação de um Sistema único de Saúde e também seus desafios. No tópico 2.2- Percurso da

Política de Saúde mental Brasileira será explanado de forma sucinta o tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais, o movimento de Reforma Psiquiátrica e suas conquistas, a criação e aprovação da Lei 10.216 de 2001 e os novos serviços de atenção à saúde mental que tem como objetivo à reinserção social e o exercício da cidadania destes sujeitos.

E no tópico 2.3 – O Serviço Social no campo da saúde mental contempla uma breve trajetória do Serviço Social no Brasil, a inserção do Assistente Social no campo saúde mental, e por fim, o trabalho desenvolvido por estes profissionais no campo da saúde mental.

O segundo capítulo apresenta a análise realizada nos artigos escolhidos para a presente pesquisa, mostrando, assim, os pontos mais importantes que os artigos abordam a partir dos eixos de análise já mencionados e também as principais reflexões acerca da atuação do Assistente Social no campo da saúde mental.

## 2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: BREVE RESGATE HISTÓRICO

Este capítulo tem como objetivo discutir sobre a saúde mental enquanto campo de atuação do Assistente Social. Para tanto, será apresentado uma breve contextualização sobre a história da política de saúde no Brasil, a Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde, assim como os rebatimentos no campo da saúde mental. Além disso, abordará um sucinto resgate da trajetória do Serviço Social de modo a subsidiar a discussão sobre a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental.

### 2.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Durante o século XVIII e início do século XIX a saúde no Brasil foi marcada pela filantropia e a pela medicina liberal. A população rica procurava os médicos particulares de outros países, principalmente os da Europa para os cuidados da chamada medicina erudita. Por outro lado, a população pobre era atendida em instituições filantrópicas mantidas pela igreja, como as Santas Casas de Misericórdia, e também pelos curandeiros e as benzedadeiras (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Nesse período, a questão da saúde não era vista como objeto de intervenção do Estado e seu acesso era um privilégio das elites através da medicina liberal, restando à população pobre a caridade cristã exercida por meio da filantropia. As ações realizadas em torno da saúde possuíam um caráter mais individualista e a mesma não era vista como uma política pública.

No início do século XIX, quando a Coroa Portuguesa chegou ao Brasil, foram implantadas as primeiras ações no âmbito da saúde pública, tais como: o físico - mor e a provedoria – mor. O físico - mor era responsável pela inspeção das atividades médicas e realizava exames para os indivíduos que tinham interesse de exercer o cargo de curadores. A provedoria - mor fazia a fiscalização dos navios para evitar o aparecimento de doenças contagiosas (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; PAIM, 2009).

Nesse período, os problemas de saúde que acometiam a população eram essencialmente os parasitas intestinais e doenças como a tuberculose, a varíola, a

febre amarela, a sífilis, a malária e outras relacionados às condições de vida e trabalho de escravos, indígenas e outros colonos.

Ainda no campo da saúde pública foram realizadas ações como campanhas limitadas e a vigilância do exercício profissional, em consequência das transformações econômicas e políticas do País (BRAVO, 2006). As ações no âmbito da saúde pública estavam voltadas essencialmente ao combate às epidemias e outras medidas que tinham como finalidade manter a salubridade urbana.

O século XX marca a emergência da saúde como questão social, aparecendo como reivindicação do movimento operário e demandando a intervenção do Estado.

O 'sistema de saúde' brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil (PAIM, 2008, p.94).

No início desse século os surtos e epidemias ainda persistiam no País. No Rio de Janeiro, capital do império, destacava-se a varíola, a febre amarela e a peste bubônica, o que ocasionou a morte de diversas pessoas. Nesse período, o então presidente do país Rodrigues Alves implantou medidas de saneamento básico e urbanização, visando, assim, o fim destas epidemias. Além disso, convidou o engenheiro Pereira Passos para ficar responsável pelo processo de urbanização da cidade e nomeou Osvaldo Cruz para ser diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Após a nomeação, o diretor implantou uma campanha sanitária que tinha como objetivo combater esses surtos para não prejudicar a produção e a exportação cafeeira.

Este modelo, denominado de campanhista, estabeleceu a vacinação obrigatória contra a varíola, bem como a realização de ações de saneamento básico. Essas intervenções destruíram os cortiços para a construção de prédios e avenidas, assim como isolou a população infectada, expulsando-a de suas casas para fazer desinfecção (BRASIL, 2006; ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; RIO DE JANEIRO, 2006).

Contudo, vale mencionar que essas intervenções eram realizadas por meio de repressões policiais. As medidas adotadas ocasionaram uma revolta na população, que começou a realizar manifestações e ataques na cidade, que se

recusava a utilizar a vacina em razão do pouco conhecimento sobre a mesma e a insatisfação pela obrigatoriedade. Esse movimento foi denominado de Revolta da Vacina (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Portanto, é possível afirmar que a saúde durante este período “[...] era tratada mais como caso de polícia do que como questão social” (PAIM, 2009, p.29).

Com a expansão do capitalismo industrial no início do século XX, iniciaram em São Paulo e Rio de Janeiro as greves dos industriários que denunciavam as condições de trabalho precárias, os salários baixos, à jornada de trabalho intensa e reivindicavam assistência à saúde, direito a férias e dentre outros. Além das condições de trabalho precárias, os trabalhadores viviam em bairros pobres, sem saneamento básico e o local de trabalho não possuía uma estrutura adequada e eram considerados insalubres. As condições de vida e de trabalho o qual os trabalhadores eram submetidos possibilitavam o adoecimento do trabalhador e ocasionavam acidentes de trabalho (BRAVO, 2013; IAMAMOTO e CARVALHO, 2012).

Diante desse cenário, a principal medida tomada pelo Estado para solucionar os problemas de saúde do trabalhador durante este período foi à criação da Lei Eloy Chaves em 1923, que regulamentou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os trabalhadores formais da indústria ferroviária. As CAPs eram organizadas pelas empresas e os trabalhadores, as empresas financiavam e a partir disso a classe trabalhadora passaria a ter o direito à assistência médica, a aposentadoria e a pensão (BRAVO, 2013).

Portanto, essa medida se constituiu como um embrião da Previdência Social no Brasil e foi conquistada pela luta da classe trabalhadora que visava melhores condições de vida e trabalho.

Em 1928, no âmbito da saúde pública, as intervenções passaram a ser responsabilidade dos municípios e não mais da Coroa Portuguesa, ocorrendo à extinção do físico-mor. Além disso, ocorria também a vacinação antivariólica e a internação temporária para os sujeitos que se encontravam em estado grave, em razão dos surtos de epidemias e para os doentes mentais que ficavam isolados no Hospício de Pedro II, criado durante o período imperial (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Nota-se que durante este período, as ações desenvolvidas no âmbito da

saúde pública eram realizadas de maneira pontual, apenas em época de surtos e epidemias, considerando que estas poderiam prejudicar o desenvolvimento econômico do país. Contudo, é visto que o poder público durante este período não se responsabilizava pela saúde da população, deixando este papel para a filantropia, limitando a sua intervenção ao controle das epidemias.

Na década de 30 a medicina previdenciária se expandiu, com a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). As CAPs eram consideradas ineficazes, pois não era disponibilizada a todos os trabalhadores (BRAVO, 2013).

Os IAPs eram organizados por categorias profissionais e mantidos pela contribuição dos empregados, dos empregadores e do Estado. Esses Institutos foram criados de acordo com a capacidade de mobilização e importância de cada categoria, a exemplo: o dos marítimos (IAPM), bancários (IAPB), comerciários (IAPC), industriários (IAPI), entre outros. Os Institutos ofereciam a cada categoria profissional assistência à saúde, aposentadoria e pensões (BRAVO, 2013; PAIM, 2009).

De acordo com Bravo (2013):

[...] a criação dos Institutos de Aposentadorias e pensões – IAPs pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder a uma cobertura ampla (BRAVO, 2013, p.133).

É importante ressaltar que os serviços médicos oferecidos pela Previdência Social eram apenas para os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e o restante da população, dependendo da condição econômica, era atendida por médicos particulares ou instituições filantrópicas.

Em 1954 e 1955, os IAPs passaram a oferecer outros serviços aos contribuintes, como o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPAS), o Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPAS), e também ampliou o número de hospitais (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

No ano de 1960, iniciou-se a proposta de unificação dos institutos em que foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que “[...] uniformizou os direitos dos segurados de todos os institutos no padrão dos melhores IAPs [...] e

incorporou a proposta de limitar a participação da União na receita previdenciária” (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008, p.314).

A LOPS unificou o regime geral da previdência social, incluindo todos os trabalhadores formais, excluindo os trabalhadores rurais - incorporados apenas três anos mais tarde – os empregados domésticos, que permaneceram excluídos do regime (POLIGNANO, 2001).

O processo de unificação dos institutos foi concretizado em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Para Escorel (2008, p.326) com a criação do INPS a previdência Social “[...] passou a ter função assistencial e redistributivista, ainda que estivesse limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada”.

Ainda nesse período algumas empresas passaram a contratar a medicina de grupo para os trabalhadores não buscarem os serviços de saúde da previdência e, em compensação não pagaria grande parte da contribuição (PAIM, 2009).

A partir da criação do IAPs e mais tarde com a implantação de vários órgãos da Previdência Social a medicina previdenciária se expandiu e, conseqüentemente houve um declínio da saúde pública no país. O desenvolvimento da medicina previdenciária aconteceu também “[...] num período em que problemas de saúde pública continuavam intensos, com a incidência de epidemias [...] e devido [...] a intensa urbanização dos anos 1940[...].” (BRAVO, 2013, p.148).

O Sistema de Saúde Brasileiro se desenvolveu a partir de três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho, que percorreram historicamente caminhos paralelos e independentes. Além deles, coexistia também a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a denominada medicina popular. Ou seja, de um lado ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade (saúde pública), de outro lado à saúde do trabalhador, através do Ministério do Trabalho e ainda as ações curativas e individuais por meio da medicina previdenciária e da medicina liberal, filantrópica e empresarial (PAIM, 2009).

No entanto, essa heterogeneidade do sistema público de saúde brasileiro não significava a eficácia no atendimento das necessidades da população. Assim, na década de 70 teve início no Brasil um movimento social, denominado de Movimento de Reforma Sanitária que tinha como proposta a transformação social de todos os âmbitos da sociedade, a democratização da saúde, a modificação do sistema de

saúde vigente e a saúde enquanto direito de todos e ligada à cidadania. O movimento contou com a participação de organizações sindicais, os profissionais da saúde, os estudantes, segmentos populares, pesquisadores, instituições acadêmicas, sociedades científicas, entre outros (PAIM, 2009, 2012).

A Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 2006, p.15).

Em 1986, foi realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco para a política de saúde brasileira, que discutiu,

[...] a saúde como um direito inerente à personalidade e à cidadania e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico – institucional, descentralização, universalização e participação [...] (BRAVO, 2011, p.110).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi muito importante, pois inseriu a sociedade civil nas discussões referentes à Saúde e também propôs a criação de um Sistema Único de Saúde e a Reforma Sanitária (BRAVO, 2011). Durante essa Conferência foram discutidos os elementos e proposições do movimento, logo, é possível afirmar que essa conferência consolidou as propostas do movimento de Reforma Sanitária. O seu relatório serviu de base para a formulação do capítulo referente à saúde integrante da Constituição Federal de 1988.

Posteriormente a VIII conferência, o Estado instituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de saúde (SUDS), tendo como proposta

[...] à descentralização dos serviços de saúde, [...] o enxugamento da máquina previdenciária de nível estadual, transformando as antigas superintendências regionais, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento do secretário estadual de saúde como gestor único de saúde em cada esfera do governo; e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado [...] (SCOREL, 2008, p.357 - 358).

Em 1988, foi promulgada no Brasil uma nova Constituição, que possuía um “[...] caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania” (PAIM, 2009, p. 51).

Ademais, sua promulgação “[...] representou no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente á grave crise e as demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdades” (BRAVO, 2000, p.96).

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS com o objetivo de reduzir as desigualdades existentes no âmbito da saúde e para que todos os cidadãos tenham acesso de forma gratuita, integral e universal (BRAVO, 2000; PAIM, 2009).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece que:

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

No entanto, a regulamentação do SUS só veio acontecer em 1990, quando foram sancionadas as leis de nº 8.080/1990 e 8.142/1990 (POLIGNANO, 2001). A lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências” (BRASIL, 1990).

Já a lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Após a promulgação da Constituição de 1988 e a criação das leis orgânicas, a saúde adquiriu novos conceitos, passou a levar em conta as condições de vida como fator importante para questão saúde e a ser reconhecida como uma política pública (BRASIL, 2007; PAIM, 2009).

O artigo 3º da lei nº 8.080/1990 define que a saúde tem,

[...] como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde constitui um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

Os princípios que norteiam o SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade garante que todos os cidadãos tenham acesso à saúde, e a equidade tem como objetivo assegurar a igualdade e reduzir a desigualdade (TEIXEIRA, 2011).

A integralidade “[...] significa que todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde” (PAIM, 2009, p.56).

O SUS é organizado de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada. A descentralização refere-se à “[...] transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios” (TEIXEIRA, 2011, p.6). Já a regionalização, ainda segundo essa autora, determina a área dos serviços de saúde e a hierarquização está relacionada à organização da rede de ações e serviços considerando o nível de complexidade.

No entanto, na década de 90, foi desenvolvida uma contrarreforma liberal com princípios antagônicos aos da Constituição Federal de 1988, o que foi danoso à implementação do Sistema Único de Saúde. A partir daí, nenhum governo demonstrou um compromisso efetivo com o SUS nos termos estabelecidos pela chamada Constituição Cidadã (PAIM, 2013).

Contudo, é visto que durante esses anos a saúde no Brasil obteve vários avanços, principalmente pela luta da população que conquistou o direito a saúde, a criação de um Sistema Único de Saúde, leis que garantem e regulamentam este direito e entre outros que conseguimos atualmente, a saber: a Política de Humanização, a Política de Saúde Mental e o Programa Saúde da Família etc. No entanto, diante desses avanços temos muito que prosseguir e lutar em meio a tantos problemas existentes no sistema de saúde brasileiro.

No que se refere ao atendimento direto aos usuários, os problemas mais

frequentes do SUS são a dificuldade de acesso, as filas enormes para buscar atendimento, a falta de organização, de gestão, de profissionais, de medicamentos, as estruturas de algumas instituições de saúde são precárias, os hospitais não possui vagas, dificuldades com financiamento e dentre outros.

Portanto, um grande desafio posto ao Sistema Único de Saúde é reduzir com todos esses problemas, buscando, assim estratégias que melhorem a organização, a gestão, a qualidade dos serviços ofertados e que ocorra a efetivação dos princípios e diretrizes que o SUS estabelece.

Para tanto, faz-se necessário lutar contra as forças contrárias às políticas sociais, nelas incluídas a saúde. Especialmente no atual contexto sócio-político do Brasil, o SUS vem percorrendo uma trajetória de desmonte de conquistas na direção das tendências de reformas neoliberais, o que significa a perda dos avanços obtidos a partir da Reforma Sanitária Brasileira, esta pautada na concepção de Estado democrático de direito e responsável pela saúde da população brasileira. As mudanças em curso ocorrem na contramão da Constituição de 1988 que estabelece a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

## 2.2 O PERCURSO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

No século XVII os países europeus construíram diversas casas de internamento: locais designados ao acolhimento, correção e reclusão de loucos, libertinos, mágicos, prostitutas e os ladrões. A internação do louco era um instrumento político-social e inicialmente não levava em consideração critérios médicos. Posteriormente, o saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, inserindo-o em uma instituição especializada sob a justificativa de que o seu isolamento seria necessário para a sua proteção, bem como a da sociedade. Foi apenas após da Segunda Guerra Mundial que as comunidades profissionais e culturais, por caminhos distintos, concluíram que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou extinguido (MACIEL, 2012).

As instituições psiquiátricas e sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas, que podem ser chamadas de humanizadoras, desde o fim da II Guerra Mundial, em diversos países, especialmente na Europa e América do Norte. A profundidade e amplitude destas reformas variaram, dando forma a

paradigmas diferenciados como: a Antipsiquiatria e as Comunidades Terapêuticas (Reino Unido), a psiquiatria comunitária (EUA), a de setor (França) e a Psiquiatria Democrática (Itália) (GOULART, 2006, p.3).

No Brasil, a trajetória da saúde mental foi marcada durante muito tempo pelo modelo de tratamento hospitalocêntrico e asilar em que a pessoa com transtorno mental ficava a maior parte do tempo isolada, excluída e longe do convívio familiar e da sociedade (DELGADO, 2014; GONÇALVES e SENA, 2001).

A loucura passa a ser objeto de intervenção do Estado apenas no início do século XIX, com a chegada da Família Real ao Brasil. Nesse período, os loucos começaram a serem vistos como uma ameaça à ordem pública e as pessoas que tivessem algum comportamento considerado “agressivo” eram proibidas de andar pelas ruas, especialmente aquelas com situação socioeconômica desfavorável. O destino dessas pessoas passou a serem os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições (FONTE, 2012).

Em 1830, integrantes da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro elaboraram os primeiros questionamentos relacionados ao tratamento fornecido aos alienados mentais recolhidos nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, bem como protestaram contra a livre-circulação de loucos pelas ruas da capital do Império do Brasil. Dessa forma, deu-se início aos debates que culminariam na inauguração no ano de 1852 do primeiro hospício da América Latina, o Hospício Pedro II, localizado na cidade do Rio de Janeiro e considerado um marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira (GONÇALVES, 2013).

Conforme aponta Fonte (2012), no ano de 1890 o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e subordinado à administração pública. Nessa época a loucura é paulatinamente medicalizada e o tratamento psiquiátrico continua tendo como alicerce o isolamento do louco da vida social. Essa lógica permanece inalterada até a década de 1920, sendo a assistência psiquiátrica desenvolvida no interior dos hospícios, a partir de internações de longa permanência e com base na segregação do convívio familiar e da sociedade.

A década de 30 é marcada pelo Decreto 24.559/1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, o que influenciou sobremaneira o restante do

século.

As décadas de 1940 e 1950 se caracterizam pela expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros, cujo crescimento foi propiciado pela aprovação do decreto-lei 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. O Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações 'asilo', 'retiro' ou 'recolhimento', reconhecendo a categoria 'hospital', se afirmando o espaço de atuação do hospital psiquiátrico. Naquela época a psiquiatria buscava se estabelecer como especialidade médica e os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica foram introduzidos no país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia (FONTE, 2012, p.4).

Segundo Borges e Baptista (2008), os anos 1960 marcam o início do debate relacionado à assistência e a incorporação de propostas desenvolvidas nos países europeus, como a psiquiatria preventiva e comunitária, buscando a humanização dos hospitais psiquiátricos.

Na década de 70, iniciaram-se algumas denúncias de maus-tratos, isolamentos, abandono e mortes dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos (DELGADO, 2014).

Em decorrência disso iniciou-se no país movimentos que criticavam o modelo hospitalocêntrico e lutavam pelos direitos das pessoas com transtorno mental. Esses movimentos foram organizados pelos trabalhadores da saúde mental, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que era composto também pelos participantes do movimento de Reforma Sanitária, as pessoas com transtorno mental, a associação dos familiares e entre outros (BRASIL, 2005; DELGADO, 2014).

De acordo com Amarantes (1995, p.64) o MTSM "é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental".

No Brasil, o final da década de 1970 corresponde ao início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, capitaneada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e influenciada pela conjuntura político-administrativa da época e pelas mobilizações realizadas para transformá-la, tendo as ideias de Foucault contribuído em todo o processo (SANDER, 2010).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica tinha como objetivo a

desinstitucionalização, ou seja, substituir os hospitais psiquiátricos por serviços alternativos (BISNETO, 2007; GONÇALVES e SENA, 2001).

A Reforma Psiquiátrica foi conceituada como um "[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do "louco" e da "loucura", mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão" (BRASIL, 2007, p.63).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica é subsequente ao surgimento do Movimento de Reforma Sanitária, na década de 70, mas apesar disso possui sua própria história, buscando, assim a mudança do tratamento psiquiátrico oferecido nos hospitais (BRASIL, 2005).

Hirdes (2009) assinala que as décadas de 1980 e 1990 constituem marco significativo no debate pela reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira, tendo destaque a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, no ano de 1990, em que foi promulgada a Declaração de Caracas.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

A partir daí é possível identificar alguns avanços no campo da saúde mental. No ano de 1987, foi fundado o primeiro CAPS no país, em São Paulo e em 1989 foi apresentado no Congresso Nacional um projeto de lei nº 3.657 do Deputado Paulo Delgado que tinha como proposta acabar com os manicômios, colocando no lugar uma rede de serviços em saúde mental (BRASIL, 2005).

O projeto de lei ficou 12 anos em tramitação, sendo aprovado apenas em 2001. A lei aprovada de nº 10. 216/2001 foi um substitutivo da original onde teve algumas das suas proposições modificadas e trata "[...] sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Entre outros aspectos a Lei estabelece que o tratamento visa, como finalidade permanente, a reinserção social da pessoa com transtorno mental em seu meio. (BRASIL, 2001, 2005; GONÇALVES e SENA,

2001).

Em julho de 2003, foi sancionada a lei de nº 10.708 que estabeleceu o “[...] auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (BRASIL, 2003, p.1).

A rede de serviços em saúde mental foi proposta em substituição aos manicômios e é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, os ambulatoriais, os Centros de Convivências, as Residências terapêuticas e entre outras (BRASIL, 2005).

Os CAPS, os 475 serviços residenciais terapêuticos e os 350 ambulatoriais, ao lado dos 36 Centros de Convivência e Cultura e do Programa de Volta para Casa e Inclusão Social pelo Trabalho, compõem a rede extra-hospitalar que substitui, aos poucos, o atendimento prestado pelos hospitais psiquiátricos, no Brasil (HIRDES, 2009, p. 300).

O CAPS é um "serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território, priorizando [...] o atendimento de pessoas com transtorno mentais severos e persistentes" (BRASIL, 2002, p.1).

Uma das principais funções do CAPS é realizar o tratamento clínico e a reintegração social dos indivíduos com transtorno mental através do exercício da cidadania, lazer, trabalho e o fortalecimento dos vínculos sociais e familiares para que não ocorram internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, 2005).

A Portaria número 336/2002, estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem constituir-se nas modalidades de serviços CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme explicitado no quadro a seguir.

## QUADRO 2 - TIPOS DE CAPS

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad
Oferece tratamento aos indivíduos de todas as faixas etárias com transtorno mentais graves e persistentes e os resultantes do uso de drogas, como álcool e crack etc. Esse serviço é designado para municípios com mais de 20.000 habitantes.	Atende os indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, e os que fazem uso de drogas. Esse serviço é oferecido em municípios com mais de 70.000 habitantes.	É um serviço que oferece atendimento ininterrupto aos indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, e é ofertado em municípios com mais de 200.000 habitantes.	É um serviço aberto que atende crianças e adolescentes com transtorno mental e os resultantes do uso de drogas e é ofertado em municípios acima de 150.000 habitantes.	É também um serviço aberto que atende todas as faixas etárias com transtorno mental e para indivíduos os que fazem uso de drogas. É ofertado em municípios com mais de 70.000 habitantes.

Fonte: Elaborado pela autora com base na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

A partir da luta do movimento de Reforma Psiquiátrica a saúde mental obteve vários avanços, mas apesar disso existem muitos desafios a serem enfrentados. Os principais desafios da Política de saúde Mental hoje é a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como o acesso aos serviços ofertados e qualidade dos mesmos (BRASIL, 2004).

Bezerra Jr. (2007) traz outro desafio que é,

[...] produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida (BEZERRA JR., 2007, p.247).

Os impactos sentidos no domínio das políticas públicas em decorrência do ideário neoliberal, acentuados no atual contexto, são verificados entre outros

elementos pela privatização, pela precarização dos serviços públicos e pelos retrocessos no âmbito da Seguridade Social Brasileira e, por conseguinte, na Política de Saúde Mental, o que tem implicado no lento processo de desinstitucionalização. Alguns problemas no âmbito dessa política estão relacionados ao subfinanciamento, à gestão e à cultura manicomial nas relações cotidianas (PASSOS e PORTUGAL, 2015).

### 2.3 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A segunda metade do século XIX no Brasil marcou o fim da escravidão, o processo de transição do modo de produção agrícola para a produção industrial, bem como o do trabalho escravo para o livre. (BRASIL, 2010)

Segundo Iamamoto e Carvalho (2012, p.137) “a população operária se constitui em uma minoria - composta majoritariamente por imigrantes - marginalizadas social e ecologicamente dentro das cidades [...]”.

Em decorrência do desenvolvimento do capitalismo industrial no século XIX, aumentou o número de trabalhadores assalariados no país. Esses trabalhadores viviam em situação de pobreza, os locais onde moravam não tinham saneamento básico, as condições de trabalho eram insalubres, salários precários em que levavam as crianças e as mulheres dos operários a ingressar nas fábricas, jornada de trabalho excessiva e sem direito a férias e entre outros. Além disso, para ter acesso à educação o proletariado tinha que pagar por aulas particulares ou por ações filantrópicas, etc. Diante dessa situação em que o trabalhador era submetido e com o desenvolvimento do capitalismo industrial surge no cenário do país a questão social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2012).

Segundo Iamamoto (2012, p.84), a questão social,

Não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão.

Nesta época, as expressões da questão social eram consideradas pelo Estado como uma fatalidade e as tratava como uma questão de polícia. Diante

disso, a assistência aos sujeitos mais necessitados ficava por parte da igreja e dos ditos “homens bons” (BRASIL, 2010; BRAVO, 2013).

Devido às condições de vida e trabalho, o proletariado passou a participar de movimentos que reivindicavam os direitos sociais e trabalhistas, em razão disso aconteceram várias greves no país. A partir dessas reivindicações, o Estado passou a intervir sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, criando algumas leis trabalhistas e sociais, e também oferecendo serviços sociais visando, assim, intervir na questão social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2012).

Percebe-se que o proletariado durante esta época organizou-se enquanto classe para lutar pelo seu reconhecimento e interesses, diante disso a questão social passou a ser reconhecida pelo estado e deixou

[...] de ser apenas contradição entre abençoados e desabençoados pela fortuna, pobres e ricos ou entre dominantes e dominados, para constituir-se essencialmente, na contradição antagônica entre burguesia e proletariado [...] (IAMAMOTO e CARVALHO, 2012, p.135).

Além disso, a questão social adquire uma nova roupagem, precisando ser enfrentada, não mais por meio de repressão e caridade e sim através de políticas sociais (IAMAMOTO, 2010; IAMAMOTO e CARVALHO, 2012).

É nesse contexto que surge o Serviço Social no Brasil, profissão que “[...] se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato como questão social, expressão da desigualdade do modo de produção capitalista” (BRAVO, 2013, p.55).

O Serviço Social nasceu a partir da iniciativa do Estado e das classes dominantes que tinha como objetivo atenuar a expansão da questão social no país. Ademais, o Serviço Social estava ligado à ação da igreja católica (IAMAMOTO e CARVALHO, 2012; SILVA, 2011).

Esses assistentes sociais tiveram uma formação marcada pela influência europeia, que se baseava no modelo franco-belga, no qual visava à salvação do corpo e da alma dos sujeitos e também possuía uma atuação voltada para prática da caridade e as ações doutrinárias da igreja (IAMAMOTO, 2011; PIANA, 2009).

Além disso, realizavam atividades organizativas e educativas junto à família da classe trabalhadora, visando, assim, atenuar o pauperismo e os surtos de

epidemias que surgiam durante este período.

O Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) fundou em 1936, a primeira escola de Serviço Social na cidade de São Paulo. A escola foi fundada em razão do crescimento da assistência social no país, e as aulas eram ministradas apenas para moças, visando assim à formação social, moral e técnica (AGUIAR, 2011).

Em 1937, foi fundado no Rio de Janeiro, o Instituto de Educação Familiar e Social que era constituído pelas Escolas de Serviço Social e a educação familiar. E em 1938, nasce a Escola Técnica de Serviço Social que tinha como finalidade tratar dos menores (BRAVO, 2013; IAMAMOTO e CARVALHO, 2012).

Segundo Iamamoto e Carvalho (2012, p.195),

A necessidade de formação especializada para a prática da assistência é vista não apenas como uma necessidade particular ao movimento católico. Tem - se presente essa necessidade, enquanto uma necessidade social o que não apenas envolve apenas o aparato religioso, mas também o Estado e o empresariado.

Tendo em vista que o processo de industrialização no Brasil foi marcado por várias greves e reivindicações, no governo Vargas foram criadas instituições que tinham como objetivo atenuar e manter estes movimentos sob o domínio do Estado. As instituições assistenciais criadas foram: o CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social, a LBA – Legião Brasileira de Assistência, o SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, o SESI - Serviço Social da Indústria e a Fundação Leão XIII (IAMAMOTO e CARVALHO, 2012).

A implantação das instituições assistenciais foi uma forma de

[...] instrumento de controle social e político dos setores dominados e de manutenção do sistema de produção, tanto por seus efeitos econômicos, como pela absorção dos conflitos sociais e disciplinamento das relações sociais vigentes (IAMAMOTO e CARVALHO 2012, p.256).

Ademais, é importante ressaltar que o surgimento e o crescimento dessas instituições possibilitaram que a formação especializada em Serviço Social se desenvolvesse no país, conseqüentemente a isso, ampliou-se o campo de trabalho, a profissão foi reconhecida legalmente e também ocorreu a sua institucionalização (SILVA, 2011).

A partir daí suas bases de legitimação são deslocadas para o Estado e para os setores empresariais da sociedade, ao mesmo tempo em que o assistente social se transforma numa categoria profissional assalariada, passando a absorver, além de representantes das elites, setores médios e da pequena burguesia, interessados pela profissão remunerada. Por outro lado, amplia-se e diversifica-se a clientela atendida pelos profissionais. O Serviço Social passa a integrar os mecanismos de execução das políticas sociais do Estado e dos setores empresariais, enquanto forma de enfrentamento da questão social emergente no contexto do desenvolvimento urbano-industrial (SILVA, 2011).

O Serviço Social na década de 40, "[...] passou da influência do pensamento conservador europeu (escola franco-belga) para a da sociologia conservadora norte-americana [...]" (SILVA, 2011, p.31).

A partir disso, a profissão buscou novos instrumentos e técnicas para subsidiar a atuação, tais como: o Serviço Social de caso, grupo e comunidade, pois a caridade não fornecia respostas suficientes para atenuar os problemas e atender as demandas da classe trabalhadora (MATOS, 2013; PIANA, 2009; SILVA, 2011).

Na década de 1960, iniciou no Brasil o Movimento de Reconceituação que tinha como proposta a ruptura do serviço social tradicional e conservador. Essa proposta visava à renovação da profissão e de suas ações em que os assistentes sociais passariam atuar junto às demandas da classe trabalhadora, buscando uma mudança social.

Esse movimento expressa um largo questionamento sobre as finalidades, fundamentos, compromissos éticos e políticos, procedimentos operativos e formação profissional do Serviço Social. A unidade se expressava na recusa da importação de teorias e métodos, na afirmação do compromisso com a transformação social e no propósito de atribuir um caráter científico às atividades do assistente social (IAMAMOTO, 1998).

Além disso, para Silva (2011 p.31),

o rebatimento do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, [...] configura-se, no Brasil, até meados da década de 1970, por um esforço de atualização da herança conservadora da profissão, via modernização do aparato profissional, atendendo a demandas do capitalismo monopolista, com a manutenção dos compromissos sociopolíticos [...].

O movimento de renovação do Serviço Social aconteceu em paralelo ao Movimento de Reforma Sanitária, inclusive coincidindo em algumas categorias teóricas o debate: Estado, direitos sociais, prática institucional e políticas públicas (KRUGER, 2010).

No entanto, afirma Bravo (1996), que até os anos 1980 o Serviço Social ainda apresentava pouca aproximação com a Reforma Sanitária, modificando esse cenário a partir dos anos 1990, porém ainda com incipiente alteração no trabalho institucional, desarticulação da categoria profissional com o Movimento e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde”.

Apesar disso, Sarreta e Bertani (2011) afirmam que o projeto ético-político do Serviço Social está articulado à Reforma Sanitária Brasileira. O processo de implantação do SUS tem demandado a atuação do assistente social no processo de gestão da política de saúde, planejamento, execução e avaliação de programas, políticas e projetos, controle social, entre outras, considerando os princípios e diretrizes desse Sistema. Sobretudo nos municípios, onde as ações e serviços de saúde se concretizam.

A atuação profissional inclui ainda o reconhecimento dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população – trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, acesso aos bens e serviços essenciais, como manifestações da questão social (SARRETA e BERTANI, 2011).

No campo da saúde mental, a inserção do assistente social se deu a partir de 1946 com a atuação nos Centros de Orientação Infantil e Juvenil, “[...] diretamente influenciados pelo modelo proposto pelos higienistas [...] tendo por base a experiência das Child Guidance Clinics norte – americanos” (BISNETO, 2007; VASCONCELOS, 2010, p.163).

Na década de 50, os assistentes sociais passaram a fazer parte das equipes dos hospitais psiquiátricos, atuando, assim, na porta de entrada e saída destas instituições. Estes profissionais eram submissos à direção dos hospitais e aos médicos, acatando todas as demandas impostas. Ficavam responsáveis pela coleta dos dados sociais dos usuários, contato com os familiares para a elaboração da alta hospitalar e dos atestados. Também atuavam junto às diversas demandas “no varejo” dos usuários e familiares, geralmente com relação às necessidades frequentes como contatos, roupas, recursos financeiros, sociais e faziam

encaminhamentos (VASCONCELOS, 2010).

Vasconcelos (2010) assinala ainda que, no ano de 1960, o Brasil vivenciava um momento de escassa visibilidade social nos hospitais psiquiátricos, de repressão, principalmente às mobilizações sociais, participação política da sociedade civil e o influxo das experiências estrangeiras e do projeto precursor da clínica de Pinel. Esses acontecimentos propiciaram a implementação de comunidades terapêuticas no interior dos hospitais psiquiátricos. Algumas assistentes sociais vivenciaram as experiências da comunidade terapêuticas, sobretudo no Rio de Janeiro, ocupando-se de cargos de lideranças.

Em 1970, com movimento de Reforma psiquiátrica brasileira foram incorporadas novas concepções e atuações no campo da saúde mental. A partir disso, os assistentes sociais passaram atuar nos serviços substitutivos em saúde mental, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, visando à reinserção social das pessoas com transtornos mentais, e também de forma que seus direitos sejam garantidos (BISNETO, 2007; ROSA e MELO, 2009).

De acordo com o CFESS (2010, p.41) no âmbito da saúde mental, “o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político”.

A atuação dos assistentes sociais neste campo ocorre a partir de encaminhamentos para outros serviços; divulgação de normas da instituição aos familiares e os pacientes; entrevistas com os usuários e/ou familiares; interação entre os núcleos familiares e as pessoas com transtorno mental, viabilização de benefícios; realização de oficinas e grupos de conversas com os usuários e/ou familiares, entre outras atividades. A partir do novo modelo de psiquiatria, o Serviço Social tem atuado junto à equipe multiprofissional (BISNETO, 2007).

O autor destaca ainda que a os assistentes sociais também intervêm em questões relativas à ruptura do sujeito em sofrimento psíquico com o convívio social, a privação dos direitos fundamentais e nas ocorrências de abandono do tratamento psiquiátrico em virtude dos fatores contextuais e sociais. Além disso, realizam escuta das demandas dos usuários, buscando conhecer a realidade social desses sujeitos e de suas famílias, com vistas ao enfrentamento das manifestações da questão social.

### **3 A PRODUÇÃO ELETRÔNICA BRASILEIRA SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Neste capítulo será discutida a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental a partir da análise realizada nos quatro artigos selecionados para o presente trabalho, conforme síntese abaixo.

O artigo de Bredow e Dravanz (2010) - *Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive*, aborda a “prática profissional do serviço social na saúde mental”, tendo como referência o período de estágio curricular desenvolvido em CAPS Escola localizado no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. O objetivo do artigo é sinalizar a relevância do trabalho em rede, considerando-o, assim, como primeiro passo para conquistar a intersectorialidade no campo da saúde mental, por meio de um processo de interlocução desenvolvido com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Além disso, aponta o papel da intervenção profissional do Assistente Social na elaboração de uma rede de cuidados direcionada para a integralidade do atendimento, apresentando como compromisso a promoção da autonomia e a realização do exercício da cidadania dos usuários dos serviços de atenção à saúde mental.

Robaina (2010) - *O trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental* busca especificar a relação dos diferentes paradigmas do cuidado da loucura com a questão social e reiterar o campo da saúde mental como um espaço sócio-ocupacional dos Assistentes Sociais. Além disso, questiona a submissão do trabalho profissional dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental aos denominados saberes “ps”.

Woerner (2015) - *Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica* aborda o trabalho do Assistente Social junto aos adolescentes com dependência química durante o tratamento em Comunidade Terapêutica (CT). Descreve as intervenções realizadas no momento da admissão, do acompanhamento e do desligamento dos adolescentes com a instituição. Além disso, demonstra a importância da articulação entre a teoria e prática e traz algumas reflexões acerca da “prática profissional” dos Assistentes Sociais e das intervenções realizadas na Comunidade Terapêutica, apontando relevância e desafios.

Já o trabalho Mota e Rodrigues (2016) - *Serviço Social e Saúde Mental: um*

*estudo sobre a prática profissional* objetiva analisar a “prática profissional” dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental, em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS da cidade de Recife, Pernambuco, evidenciando a importância do Assistente Social na saúde mental no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Assim, o presente capítulo foi dividido em três tópicos que corresponde aos eixos de análise do trabalho, a saber: a concepção de saúde mental, a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental e os desafios e perspectivas para atuação do Assistente Social no campo da saúde mental.

### 3.1 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Bredow e Dravanz (2010) apresentam uma contextualização sobre a loucura, às propostas da Reforma Psiquiátrica e os avanços e as conquistas no campo da saúde mental ao longo da história no Brasil.

As autoras assinalam que por muitos anos a loucura foi vista como um problema de conduta e uma ameaça à paz, sendo o seu tratamento realizado em hospitais psiquiátricos em que os indivíduos ditos loucos ficavam isolados e excluídos.

Este cenário se modifica em 1978, início do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira em que os médicos psiquiatras denunciaram ao Ministério da Saúde as violações e os abusos realizados no interior dos hospitais psiquiátricos. Simultaneamente a este ocorrido foi fundado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira objetivava

[...] além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para o tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os loucos deveriam ser isolados para o tratamento (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.231).

O protagonismo do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental é mencionado ao longo do artigo que aponta a realização por parte desse coletivo de várias manifestações em prol da Reforma psiquiátrica que resultaram na aprovação da lei nº 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de

transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p.1).

Além disso, os usuários com transtornos mentais passaram a ser vistos como indivíduos de direitos e de ter acesso ao tratamento.

Conforme aponta Bredow e Dravanz (2010, p.232) a novo conceito de saúde mental,

[...] visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersectorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando á integralidade no atendimento ao usuário.

Na citação acima se pode notar que o novo conceito de saúde mental passou a centrar-se nos sujeitos com transtornos mentais e possibilitou vários avanços para este campo, principalmente no que diz respeito aos direitos destes indivíduos, os espaços de atendimento e as técnicas de tratamento. Para tanto, é essencial trabalhar e articular com a rede de serviços para que este usuário tenha acesso integral aos diversos níveis de complexidade do sistema.

Diante do exposto, podemos observar que a concepção de saúde mental abordada no artigo de Bredow e Dravanz (2010) está pautada na Reforma Psiquiátrica. Ou seja, valida a necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico, a modificação do modo de tratamento e a criação de novos serviços de saúde mental que garantam o tratamento psiquiátrico, bem como a reinserção social e o exercício da cidadania dos usuários com sofrimento psíquico.

Robaina (2010), assim como Woerner (2015); Matos e Rodrigues (2016) não explicitam claramente a concepção de saúde mental, mas durante a análise foi visto que o tratamento disponibilizado nos serviços substitutivos de saúde mental, sobretudo no CAPS e na Comunidade Terapêutica mencionados está em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, ao analisar os artigos foi possível perceber que todos apresentam um posicionamento na direção da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos princípios do Sistema Único de Saúde.

### 3.2 - A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Bredow e Dravanz (2010) abordam a atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental a partir da vivência no estágio de Serviço Social realizado no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Escola de Pelotas, no município do Estado do Rio Grande do Sul.

O trabalho dos Assistentes Sociais no CAPS escola tem como objetivo,

[...] mais importante propiciar a conquista de autonomia dos usuários, através do exercício do empoderamento (empowerment), que visa ao incentivo á participação e á ocupação por parte dos usuários e familiares nos espaços que são oferecidos, bem como a conquista de novos espaços (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.236).

Verifica-se, portanto, que os Assistentes Sociais no CAPS escola atuam na perspectiva de promoção da autonomia e da participação para que os usuários e os familiares conheçam e busquem os seus direitos, decidam o que é melhor para si, participem das decisões no que se refere ao seu tratamento e conquistem sua independência.

Essa postura demonstra uma atuação pautada no Projeto Ético Político da profissão, que tem como princípios o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a elas inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, a ampliação e consolidação da cidadania com vistas á garantia dos direitos civis sociais e políticos, o posicionamento em favor da equidade e justiça social e também se alinham as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na instituição se concentram essencialmente na realização das reuniões distritais e nas visitas domiciliares. As reuniões distritais aconteciam mensalmente no CAPS, tendo como objetivo principal possibilitar à interlocução entre o CAPS escola e as Unidades Básicas de Saúde - UBSs com vistas á integralidade do atendimento e da intersetorialidade.

Além desse objetivo, outros foram mencionados, tal como:

trabalhar de maneira compartilhada; trocar experiências e saberes; oferecer subsídios teóricos e técnicos para enfrentamento das situações extremas de surtos e outras apresentadas pelos profissionais da UBSs; e principalmente colaborar para a superação

de pré - conceitos (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.238).

No que diz respeito às visitas domiciliares o artigo de Bredow e Dravanz (2010) abordou que estas aconteciam conforme as demandas apresentadas pelos usuários do serviço e acordada com a equipe interdisciplinar. Durante a realização das visitas “buscou-se reduzir a distância entre atendimento clínico nas UBSs e atendimento psíquico no CAPS escola” (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.238).

Logo, é sabido que a visita domiciliar é uma ferramenta de atuação do Assistente Social, tendo como “principal objetivo conhecer as condições e modos de vida da população usuária em sua realidade cotidiana, ou seja, no local onde ela estabelece suas relações do dia a dia: em seu domicílio” (SOUZA, 2008, p.128).

Tradicionalmente, os Assistentes Sociais utilizam a visita domiciliar no cotidiano de trabalho, sendo por vezes utilizadas como um mecanismo de controle e investigação social, visando, assim, verificar e comprovar o que os usuários relataram sobre a vida particular e orientar acerca dos cuidados domésticos. Diante disso, é visto atualmente como um instrumento controverso, que deve ser utilizado a partir dos princípios do projeto ético político da profissão.

Portanto, cabe ao Assistente Social utilizá-la com precaução, para que não se configure como uma atitude antidemocrática de verificação e inspeção da vida do indivíduo, bem como de invasão de sua privacidade (SANTOS e NORONHA, 2013).

As autoras apontam como caminho para minimizar essa postura, atitudes como: comunicação prévia ao usuário acerca da visita, definição dos objetivos e questões que vão ser trabalhadas, informação sobre o motivo da visita e requisição do consentimento do indivíduo, explicitação da motivação para anotações, entre outras.

Além das reuniões distritais e das visitas domiciliares, no CAPS Escola são realizados também grupos com os usuários e familiares, acolhimento e a supervisão de estágio.

Diante das atividades desenvolvidas no CAPS escola, percebe-se que os Assistentes Sociais estão utilizando os instrumentos técnicos operativos que a profissão recomenda, não havendo, assim, nenhuma intervenção que se distancie dos mesmos.

Já Robaina (2010) relata que no campo da saúde mental existem duas matrizes de atuação do Assistente Social, uma denominada como atividade clínica e

a outra que conserva a identidade profissional e sua autonomia técnica. No entanto, a autora faz uma crítica à atuação que segue a perspectiva clínica, pois vai de encontro ao mandado social e o projeto ético-político da profissão.

A atividade clínica, “se subordina à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético - político e deixa uma lacuna histórica no projeto da reforma psiquiátrica” (ROBAINA, 2010, p. 345).

Para autora a adesão dos assistentes sociais à atuação clínica “parece advir de certa “crise de identidade”“. Além disto, aborda que estes profissionais estão,

[...] privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a reforma psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças. Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos – o que está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade! (ROBAINA, 2010, p.345)

No que tange à atuação que conserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, Robaina (2010, p.345) aborda que esta não nega a interdisciplinaridade, “[...] buscando contribuir no campo teórico - prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito”.

Frente ao exposto, pode-se perceber que existe uma lacuna entre a dimensão social da profissão e o cotidiano de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da Saúde Mental, o que pode ser verificado pela existência dessas duas matrizes de atuação. É possível observar também que apenas a atuação que conserva a identidade profissional e a autonomia técnica está de acordo com os preceitos da profissão, tendo, assim, como objeto de trabalho as inúmeras manifestações da questão social e não a subjetividade como é visto na atuação clínica.

De acordo com Piana (2009), o Assistente Social,

[...] é um profissional que tem como objeto de trabalho a questão social com suas diversas expressões, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio das políticas sociais, públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais (PIANA, 2009, p. 86).

Além das duas matrizes de atuação do Assistente Social, anteriormente explicitadas, a autora em questão apresentou sucintamente outras atividades atribuídas ao Assistente Social na Saúde Mental, a saber: o trabalho com famílias, na área de geração de renda e trabalho, no campo de controle social, uma atividade classificada como assembleia realizada no CAPS, no levantamento de serviços comunitários e na garantia de acesso dos benéficos, dos direitos sociais e políticos e entre outros.

Vale ressaltar que o controle social no campo da saúde é de suma importância, pois possibilita ao usuário a participação social, bem como a reivindicação dos seus direitos.

Woerner (2015) discutiu a atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental por meio de atividades desenvolvidas em uma Comunidade Terapêutica<sup>1</sup>, particularmente com adolescentes desde a admissão, o acompanhamento e o desligamento da instituição.

No que se refere às atividades desenvolvidas na Comunidade Terapêutica, notadamente no momento da admissão do adolescente, a Assistente Social acolhe o adolescente, informa sobre o funcionamento da unidade, mantém contato com os familiares para a comunicação do ingresso do adolescente e outras informações relacionadas ao período de permanência na Comunidade Terapêutica. No entanto, se a família decidir acolher o adolescente na instituição, o Assistente Social realiza entrevista com o mesmo, tendo como objetivo conhecer a realidade socioeconômica e para avaliar o adolescente.

A entrevista social tem como objetivo principal o levantamento de dados e o aprofundamento das informações acerca dos usuários, sendo realizadas individualmente ou em grupo. Através desta ferramenta o Assistente Social se aproxima da realidade dos sujeitos e “[...] tem melhores condições de compreender as demandas colocadas, possibilitando, assim, uma resposta profissional condizente com as reais necessidades da população” (GRESS/RJ, 2015; SANTOS e NORONHA, 2013, 51- 52).

---

<sup>1</sup> As Comunidades Terapêuticas são serviços de saúde “[...] destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial [...] para os indivíduos [...] com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. (Brasil, 2011)

Ainda de acordo com Santos e Noronha (2013, p.52) na realização da entrevista é necessário que o Assistente Social tenha certo cuidado no que se refere a

[...] própria concepção de instrumento, qual seja, se os instrumentos são meios para se efetivar uma finalidade, o profissional deve ter consciência de suas intencionalidades no processo de escolha da entrevista e explicitá-las para o usuário, esclarecendo o que é serviço social, a natureza daquela instituição e o objetivo daquele procedimento. E com relação [...] ao fato de que o assistente social, no manuseio de todos os instrumentos, utiliza a linguagem. Assim sendo, o profissional deve ter habilidade para encaminhar procedimentos de rotina, formulando perguntas subjetivas, assegurando uma relação de empatia e de confiança com a população, inclusive, repetindo caso não haja respostas às suas indagações ou a perguntas consideradas constrangedoras. Nesse caso, o profissional deve tentar entender o silêncio ou, até mesmo, a mudança de assunto e a própria recusa em participar da entrevista.

Durante o acompanhamento do adolescente na instituição a autora destacou como intervenções realizadas pelo Assistente Social, o atendimento individual com o adolescente, o acompanhamento do processo judicial, bem como o encaminhamento da documentação. Além disso, faz o atendimento da família, no qual presta orientações, esclarece as dúvidas, realiza eventualmente a visita domiciliar, bem como encaminhamentos para outros serviços da rede de saúde.

Já no processo de desligamento do adolescente, as atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais que tiveram maior ênfase foram: realizar contato com a família, o poder judiciário e a rede de serviços disponíveis na localidade do adolescente, informar a comarca sobre a alta do adolescente, quando preciso faz a solicitação do desligamento, prestar orientações, sobretudo do processo pós- alta e da necessidade de continuar com o tratamento, fazer encaminhamentos para outras instituições, boletim de ocorrência e informar quais os serviços que a rede oferece.

Desta forma, podemos observar que os Assistentes Sociais realizam apenas atividades rotineiras e burocráticas na instituição. Assim, cabe acentuar que o trabalho dos Assistentes Sociais não se restringe apenas ao atendimento direto aos usuários, portanto, torna-se necessário que estes profissionais reflitam acerca do exercício profissional e, além disso, busquem novas estratégias de intervenções de forma que transcendam estas atividades.

Iamamoto (2010, p. 21) aponta que as atividades burocráticas e rotineiras, “[...] reduz o trabalho do assistente social a mero *emprego*, como se esse se

limitasse ao cumprimento burocrático de horário, á realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento de atividades preestabelecidas”.

Ainda conforme Iamamoto (2010)

[...] o exercício profissional é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (IAMAMOTO, 2010, p. 21).

Com relação ainda à atuação do assistente social na CT, Woerner (2015, p.184) expõe que,

[...] o profissional de Serviço Social não deve se descivilizar do projeto ético-político da profissão em sua prática profissional, tendo como foco o adolescente e a defesa de seus direitos, percebendo na própria instituição quais são os instrumentos que ela disponibiliza para corroborar tal objetivo [...].

O artigo de Mota e Rodrigues (2016) abordou a atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental através da pesquisa realizada com as Assistentes Sociais do Centro de Atenção Psicossocial específico de Recife.

As autoras explicitam que os Assistentes Sociais estão inseridos na divisão social do processo de trabalho e atua frente às manifestações da questão social presentes na sociedade capitalista. A prática profissional dos Assistentes Sociais “evidencia competências teóricas e práticas, ético-políticas, técnico-operativas para serem executadas em seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais” (MOTA e RODRIGUES, 2016, p.656).

Pode-se notar na citação acima que as autoras salientam a importância dos Assistentes Sociais articularem as três dimensões constitutivas do exercício profissional. Assim, conforme aponta Fávero (2009) as dimensões ético-política, teórico - metodológico e técnico - operativa determinam e baseiam o trabalho profissional dos Assistentes Sociais nos diversos espaços socio-ocupacionais e a estes se adicionam os conhecimentos referentes a cada campo de atuação.

Com relação à atuação dos Assistentes Sociais no campo da Saúde Mental, Matos e Rodrigues (2016, p.658) aborda que estes profissionais “vem possibilitar

ações vinculadas á proposta libertadora da luta antimanicomial”. Além disso,

[...] deve atuar, na saúde mental, de acordo como o caráter de mobilização rumo á construção de uma nova ordem societária, desenvolvendo seu ativismo político, sua dinâmica de atuação e também utilizando sua criatividade para sugerir alternativas, transpondo barreiras que possam vir a ser impostas (MOTA E RODRIGUES, 2016, p.654).

De acordo com as autoras no que se refere ao trabalho no CAPS pode-se notar uma insegurança com relação a exercício profissional devido à lógica psicossocial vigente nas atividades dos CAPS. Essa insegurança “[...] representa a complexidade de um campo de atuação que fortalece os saberes voltados para atuação clínica” (MOTA e RODRIGUES, 2016, p.659).

Na citação acima se pode notar que as autoras fazem uma crítica ao fortalecimento dos saberes voltada a atuação clínica, seguindo, assim, a perspectiva de Robaina (2010), mencionada anteriormente. Cabe também mencionar que o fortalecimento desses saberes se distanciam do trabalho dos Assistentes Sociais e da formação profissional.

Portanto, é sabido que os Assistentes Sociais tiveram uma formação voltada para relações sociais e não para clínica, além disso, tem como objeto de trabalho a questão social, buscando, assim, estratégias para enfrentar as suas diversas expressões e assegurar os direitos dos sujeitos com sofrimento psíquico.

Outro ponto importante mencionado pelas autoras foi que as Assistentes Sociais

[...] que se sentem sobrecarregadas, diante das inúmeras demandas no espaços sócio-ocupacionais, que se alinham á precarização dos recursos e serviços, o que gera inclusive uma sobrecarga de atividades, nas quais muitas relatam não conseguir dar conta no espaço institucional, tendo que levar algumas atividades que desempenham no serviço para realizar em suas casa (MOTA e RODRIGUES, 2016, p. 663 - 664).

Podemos notar que a precarização dos serviços públicos de saúde, sobretudo o da saúde mental incide diretamente sobre o trabalho dos Assistentes Sociais. Além disso, vale frisar que a realidade de trabalho destes profissionais é fruto da expansão da precarização do trabalho próprio do sistema capitalista.

As atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais no CAPS são: a visita domiciliar e institucional, acolhimento, atendimento aos familiares, grupos com os pacientes para orientação sobre direitos sociais e cidadania, assembleias com os usuários, preenchimento dos prontuários e a produção de pareceres sociais e relatórios.

Além das atividades destacadas anteriormente, outras eram realizadas, tal como: atividades que possibilitem o controle social, bem como a articulação com entidades da sociedade civil e movimentos sociais, orienta os usuários e familiares a respeito da concessão dos benefícios, das leis, dos procedimentos institucionais, dos serviços disponíveis nas outras instituições, organiza e administra os grupos realizados no CAPS, realiza encaminhamentos e acompanha os usuários como técnico de referência - TR.

Percebe-se que apesar de desenvolverem atividades burocráticas e rotineiras e estarem inseridos em processos de trabalho precários, os Assistentes Sociais no CAPS estão atuando de acordo com que o código de ética da profissão e a lei de regulamentação recomendam.

### 3.3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.

Os desafios para atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental elencados por Bredow e Dravanz (2010, p.237) incluem a falta de conhecimento dos usuários, familiares e os agentes comunitários da UBSs “sobre o que é CAPS e qual é o papel das oficinas terapêuticas”.

A perspectiva dos autores acerca deste desafio é que

[...] o Serviço Social no CAPS busca a superação destes desafios para efetivação da rede e melhora na qualidade dos serviços oferecidos, trabalhando em conjunto com a UBSs, partindo da lógica da criação de meios de acesso à informação, visando desta forma ao tratamento do usuário dentro da sua comunidade, conhecendo a realidade e as redes que podem ser acessadas em cada comunidade (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.237).

Portanto, cabe salientar que o desconhecimento dos serviços de saúde

mental e de suas atividades tornam-se um obstáculo para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, a efetivação das políticas públicas voltadas à saúde mental, bem como a adesão ao tratamento e a participação dos sujeitos nestes espaços. Desta forma, é imprescindível que os Assistentes Sociais tenham um olhar crítico sobre esses desafios e procurem alternativas para o seu enfrentamento. Além desses desafios supracitados, as autoras assinalam que

Sabemos que diariamente o trabalho profissional esbarra nos limites das políticas públicas e na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outros empecilhos como a falta de estrutura física e de acesso dos serviços. Os mesmos, entretanto, não se tornam justificativas para a não realização do exercício profissional. O profissional de Serviço Social é capaz de articular e buscar estratégias para a superação destas questões (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p. 238).

O artigo de Robaina (2010) tal como de Mota e Rodrigues (2016) destaca alguns desafios colocados à atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental diante das solicitações da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como o trabalho realizado com as famílias, a necessidade de se realizar um tenciosamento nos serviços de atenção à saúde mental a respeito da concepção de família, o trabalho em território, o campo da geração de renda e trabalho, a atuação no campo do controle social, e a participação enquanto profissional de Serviço Social nas conferências, nos conselhos, nas assembleias e na garantia de acesso aos direitos políticos e sociais.

Nesta direção, Mioto (2004, p. 1) aponta que o trabalho com família

[...] tem se constituído numa fonte de preocupação para os profissionais que trabalham na área, tanto pela atualidade do tema como pela sua complexidade. A sua discussão envolve inúmeros aspectos dentre os quais estão presentes as diferentes configurações familiares, as relações que a família vem estabelecendo com outras esferas da sociedade, tais como Estado, Sociedade Civil e Mercado, bem como os processos familiares.

Ainda de acordo com Mioto o trabalho com família esteve presente na trajetória da profissão, mas

[...] apesar de sua longa tradição no trato com famílias, [...] a ação

dos assistentes sociais, continua sendo considerada muito aquém das exigências que lhes estão sendo colocadas. Estas exigências estão relacionadas à necessidade de consolidação do atual projeto ético-político da profissão, de qualificação das ações profissionais nessa área, além da afirmação do espaço do Serviço Social num campo cada vez mais disputado por outras profissões (MIOTO, 2004, p. 2).

Robaina (2010) propõe uma reflexão acerca da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental a partir das requisições da Reforma Psiquiátrica, bem como problematiza a necessidade de um tencionamento sobre o conceito de família nos serviços, pois eles indicam várias possibilidades de discussões referentes à prática profissional alicerçada no mandado social e no projeto ético-político da profissão e por causa das diferentes matrizes de atuação do assistente social no campo da saúde mental, a atuação clínica e a que preserva a identidade profissional e a autonomia técnica.

Mota e Rodrigues (2016, p.667) abordaram outros desafios para atuação dos Assistentes Sociais, como “o atual momento de desmonte e precarização dos serviços de saúde”.

Outro ponto importante mencionado pelas autoras foi que

A falta de recursos e de incentivo profissional por parte da gestão governamental foi destacada [...] como um fator desestimulante para a operacionalização do trabalho. Assim como a invisibilidade do usuário com transtorno mental e da política de saúde mental, como um todo, no Estado de Pernambuco (MOTA e RODRIGUES, 2016, p.658).

Para as autoras esses desafios são reflexos do avanço do neoliberalismo no país. A perspectiva de Mota e Rodrigues (2016) frente esses desafios são que

[...] tornam necessários à consolidação e a ampliação das lutas travadas pelos atores que fazem a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, sendo preciso que os trabalhadores da saúde mental possam dialogar em conjunto e unir forças frente ao avanço do capital e da lógica neoliberal [...] (MOTA e RODRIGUES, 2016, p. 668).

Podemos observar que o avanço do neoliberalismo está afetando diretamente o campo da saúde e o processo de trabalho de seus profissionais, principalmente dos Assistentes Sociais.

Assim, é sabido que a precarização do trabalho, o sucateamento dos serviços de saúde, a implementação de políticas públicas focalizadas no campo da saúde, a privatização da saúde, a fragilização dos vínculos empregatícios e as péssimas condições de trabalho são inerentes a este avanço.

Diante disso, os profissionais da saúde, sobretudo os Assistentes Sociais tem que se unir enquanto classe trabalhadora para lutar contra a hegemonia neoliberal que avança priorizando a mediocracia e reduzindo os direitos trabalhistas.

Segundo Bisneto (2007, p.41) o neoliberalismo,

almeja, pretensamente, diminuir a regulação social, deixando assim que a sociedade seja regida pelas leis “naturais” do mercado, a lei da oferta e procura. Na prática, o mercado livre e a desregulamentação da relação patrão – empregado conduzem á lei do mais forte, á lei da selva, a um tipo de darwinismo social. Ora, nesta “selva mercadológica da sobrevivência das espécies”, o mais forte é o empresariado, pois tem mais capacidade de se organizar, uma vez que historicamente detém mais dinheiro e poder. Pior para a massa de trabalhadores, que têm de se submeter ás exigências do capital contando com as leis de proteção ao trabalho minimizadas, isto é , como pouco direitos trabalhistas.

Já Woerner (2015) abordou como desafios para a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental a falta de comunicação do poder judiciário com a Comunidade terapêutica na maioria das vezes, sobretudo acerca da admissão do adolescente a instituição.

[...] Por vezes, somente há a informação de que o adolescente irá realizar o atendimento quando já se encontrar "á porta" da instituição. O que acaba por prejudicar a qualidade de seu acolhimento, pois em alguns momentos o profissional de Serviço Social não possui disponibilidade imediata para o atendimento do adolescente em razão das demais atividades realizadas (WOERNER, 2015, p.180).

Outro desafio que a autora explicita é o não acesso ao processo judicial do adolescente e o encaminhamento do adolescente para instuição sem seus objetos pessoais.

[...] As principais peças do processo judicial do adolescente também são encaminhadas somente em algumas situações. Logo, a instituição não possui informações suficientes com relação á situação judicial dele, não podendo compreender sua realidade em sua totalidade, nem mesmo informar o adolescente sobre sua real condição naquele momento. Considerando que alguns desconhecem

o fato pelo qual foram encaminhados até a CT (WOERNER, 2015, p.180).

No que diz respeito ao encaminhamento do adolescente para instituição sem seus objetos pessoais a autora salienta que

[...] A CT fornece alguns desses objetos ao adolescente, porém ele já ingressa no atendimento desprovido das questões básicas, o que acaba criando nele certa resistência, e, em alguns casos, o desejo de não dar seguimento ao atendimento ora iniciado justamente pelo sentimento de ter sido negligenciado (WOERNER, 2015, p.180).

Frente o exposto, pode-se observar que esses desafios fazem com que os Assistentes Sociais não desenvolvam suas funções na íntegra, suscitando, assim, obstáculos para atuação deste profissional.

Portanto, cabe aos Assistentes Sociais buscarem estratégias, visando, assim facilitar a interlocução do poder judiciário com a Comunidade Terapêutica acerca do encaminhamento do adolescente a instituição para que estes sujeitos tenham seus direitos assegurados, bem como a materialização dos mesmos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho buscou investigar e abordar a forma como os periódicos científicos eletrônicos do Serviço Social no Brasil abordam o trabalho do Assistente Social no campo da saúde mental, o que propiciou resultados significativos frente aos objetivos propostos no trabalho.

É de suma importância reiterar que ao fazer o levantamento bibliográfico verificou-se que o número de artigos publicados nos periódicos eletrônicos do Serviço Social acerca da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental entre 2010 a 2016, ainda é muito limitado. Cabe destacar que a carência de produções bibliográficas sobre o Serviço Social e a Saúde Mental foi mencionada no trabalho de Mota e Rodrigues (2016).

As autoras apontam que “a discussão teórica ainda insuficiente, sobre a intervenção do Serviço Social na área, é um indicador de dificuldade para operacionalização da prática profissional” (MOTA e RODRIGUES, 2016, p.658).

Durante a análise, percebeu-se que a concepção de saúde mental foi abordada claramente apenas no artigo de Bredow e Dravanz (2010). Os outros artigos apresentaram considerações sobre o trabalho do Assistente Social no campo da saúde mental e os desafios e perspectivas, mas apesar disso é visto que todas as autoras têm um posicionamento favorável a Reforma Psiquiátrica.

No que tange à atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental foi verificado que o exercício profissional dos Assistentes Sociais está pautado nos preceitos do código de ética e da lei de regulamentação da profissão e as atividades apresentadas nos artigos não se distanciam das que são normalmente desenvolvidas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.

Contudo, vale ressaltar que a precarização do trabalho e dos serviços de saúde repercutem no cotidiano de trabalho dos Assistentes Sociais.

Também foi percebido que nos serviços substitutivos de saúde mental, sobretudo nos CAPS, é frequente a prática de psicologização do trabalho profissional dos Assistentes Sociais, bem como a hegemonia dos saberes “psi” e a subordinação da ação profissional de alguns Assistentes Sociais a estes saberes. O artigo de Robaina (2010); Matos e Rodrigues (2016) problematizam estas questões.

Outro ponto importante refere-se aos desafios postos a atuação dos Assistentes Sociais no campo da Saúde Mental. Notou-se, portanto, que nem todos

os artigos abordam os desafios de maneira aprofundada, apenas apontam, deixando, assim, uma lacuna com relação à análise dos mesmos.

Cabe também destacar que dos eixos de análise escolhidos para pesquisa, somente a atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental apresentou uma abordagem aprofundada e reflexiva em todos os artigos.

Portanto, este trabalho visou contribuir para as discussões e reflexões acerca da atuação do Assistente Social no campo da Saúde Mental, entendendo também que é necessária a realização de mais estudos sobre o tema para subsidiar a ação profissional dos Assistentes Sociais que atuam neste campo.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço Social e filosofia: das origens a Araxá.** – 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

AMARANTE, Paulo (Org). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: ENSP, 1995. 143p.

BEZERRA JR, Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** PHYSIS: Rest. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2): 243 – 250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acessado em: Dezembro de 2016.

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

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2): 456-468, fev, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0333.pdf>. Acessado em: Janeiro de 2017.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 44/2004 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil do Brasil, Brasília, setembro. 1990.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil do Brasil, Brasília, dezembro. 1990.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Abril. 2001.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei de nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da República Federativa do Brasil do Brasil, Brasília, julho. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: os centros de Atenção Psicossocial**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acessado em: Janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no**

**Brasil.** Documento apresentado a Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).

Acessado em: Janeiro de 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acessado em: Janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Universidade Federal Fluminense; Organização Pan-Americana da Saúde. **Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde.** São Paulo; s.n; 2006. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-29821>. Acessado em: Dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444](http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444). Acessado em: Dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** – Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro\\_Sus.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf). Acessado em: Dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011.

Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_1.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf).

Acessado em: Janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011]. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf)>. Acesso em: Junho de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental.** Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf). Acessado: Janeiro de 2017, (Caderno Humaniza SUS; v.5).

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. Maria Inês de Souza. **Política de saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Maria Inês de Souza. **Política de saúde no Brasil.** In: Ana Elisabete Mota... [et al ], Orgs. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. 2009, p. 88 - 110.

\_\_\_\_\_. Maria Inês de Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 4. Ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Maria Inês de Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** 1. ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

BREDOW. Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. Textos & Contextos (Porto Alegre), v.9, nº 2, p. 229 – 243, ago./ dez. 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>.

Acessado em: Abril, 2017.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acessado em: junho de 2017.

DELGADO, Pedro. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas. Modulo 1 - Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 279-321.

\_\_\_\_\_ Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 323-363384.

FÁVERO, Eunice Teresinha. **Instruções sociais de processos, sentenças e decisões.** In: Conselho Federal de Serviço Social... [et al ], Orgs. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências. Brasília, 2009, p. 1-34. Disponível em: [www.unirio.br/...servico-social.../livro...servico-social-direitos-sociais-e-competencias-pr](http://www.unirio.br/...servico-social.../livro...servico-social-direitos-sociais-e-competencias-pr). Acessado em: Maio de 2017.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil.** Estudos de Sociologia, Pernambuco, março de 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>, Acesso em:

22 Abr. 2017.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Revista Latino-am Enfermagem 2001, março: 9(2): 48-55. Disponível em: [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/81\\_A\\_reforma\\_psiqui%C3%A1trica\\_no\\_brasil\\_contextualiza%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_reflexos\\_sobre\\_o\\_cuidado\\_com\\_o\\_doente\\_mental\\_na\\_fam%C3%ADlia.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/81_A_reforma_psiqui%C3%A1trica_no_brasil_contextualiza%C3%A7%C3%A3o_e_reflexos_sobre_o_cuidado_com_o_doente_mental_na_fam%C3%ADlia.pdf). Acesso em: Dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Monique de Siqueira. **Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850- 1880).** Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan | jun 2013. Disponível em: [www.sbh.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=997](http://www.sbh.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=997). Acesso em: Dezembro de 2016.

GOULART, Maria Stella Brandão. **A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma Psiquiátrica.** Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A\\_Construcao\\_da\\_Mudanca\\_nas\\_Instituicoes\\_Sociais...-MSB\\_Goulart.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf). Acessado em: Fevereiro de 2017.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência & Saúde Coletiva. 2009, p. 297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>. Acessado em: Março de 2017.

HISTÓRIA da Assistência Social no Brasil. Direção de Marcio Curi. [s.i]: Tvnbr, 2010. P&B. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qPE5MdntV2Y>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 7. Ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo**. 11. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. Marilda Villela e CARVALHO, Raúl de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico – metodológica**. 37. Ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

KRUGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: **Espaços de atuação a partir do SUS**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010. Disponível em: [www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47814](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47814). Acessado em: Fevereiro de 2017.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. Katál. Florianópolis, v. 10, n. esp. p. 37 – 45, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000300004&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000300004&script=sci_abstract). Acessado em: Abril de 2017.

MACIEL, Silvana Carneiro. **Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012. Disponível em: [stat.elogo.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2021/2307](http://stat.elogo.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2021/2307). Acessado em: Março de 2010.

MATOS, Maurílio Castro de. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais**. Revista Virtual Textos & Contextos. Nº 3, ano III, dez. 2004.

MOTA, Mirella de Lucema; RODRIGUES, Cleide Maria Batista. Serviço Social e Saúde Mental: um estudo sobre a prática profissional. SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016. Disponível em: [periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/viewFile/17011/17535](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17011/17535). Acessado em: Abril de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-1-A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>. Acessado em: Fevereiro de 2017

\_\_\_\_\_. Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas**. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Julio Cesar França (orgs.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 91–122.

\_\_\_\_\_. Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10): 1927-1953, out, 2013.

PASSOS, Rachel Gouveia; PORTUGAL, Silva. **Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas**. R. Pol. Públ. São Luís, v. 19, n. 1, p. 91-102, jan./jun. 2015. Disponível em: [www.revistapoliticaspublicas.ufma.br/site/download.php?id\\_publicacao=1000](http://www.revistapoliticaspublicas.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=1000). Acessado em: Abril de 2017.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/vwc8g/pdf/piana-9788579830389.pdf>. Acessado em: Maio de 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf). Acessado em: Janeiro de 2017.

**PRÁXIS**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Serviço Social, v. 84, 2015. Mensal. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/download/praxis/web-praxis84.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

Rio de Janeiro (Cidade). Secretaria Especial de Comunicação Social. **1904 - Revolta da Vacina**. A maior batalha do Rio / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. – A Secretaria, 2006.120 p.: il.– (Cadernos da Comunicação. Série Memória). Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204434/4101424/memoria16.pdf>, acessado em: Março de 2017.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serv. Soc. Soc. São Paulo, nº 102, p.339 – 351. abri./ jun. 2010. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000200008&script=sci...tlnq](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000200008&script=sci...tlnq). Acessado em: Abril, 2017.

ROSA, Lúcia Cristiana dos Santos; Lustosa, Amanda Furtado Mascarenhas. **Afinal, o que faz o Serviço Social na Saúde Mental**. Revista Serviço Social e Sociedade, Campinas, SP. v.11, n1(13), p. 27-50 jan./ jun.2012. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8635023/2878>. Acessado em: Março de 2017.

\_\_\_\_\_. Lucia Cristina dos Santos; Melo, Tânia Maria Ferreira Silva. **Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: em foco o trabalho com as famílias.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII – VIII, n. 7- 8, Dez. 2009. Disponível em: [www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46153](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46153). Acessado em: Março de 2017.

SANDER, JARDEL. **A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos.** Psicologia & Sociedade; 22 (2): 382-387, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/19.pdf>. Acessado em: Abril de 2017.

SANTOS, Cláudia M.; NORONHA, Karine. O Estado da Arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do Assistente Social – uma perspectiva crítica. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda, Orgs. Serviço Social: temas, textos e contextos. 4.ed. – Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2013, 244p.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. **A construção do SUS e a participação do assistente social.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011. Disponível em: [www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=49401](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=49401). Acessado em: Março de 2017.

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

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4025382>. Acessado em: Junho de 2017.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Salvador, Bahia.

Junho de 2011. Disponível em:  
[https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encounter\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/07\\_principios\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encounter_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf). Acessado em: Janeiro de 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A história do Serviço Social Brasileiro e suas relações com a temática da subjetividade e da saúde mental no Brasil. In: \_\_\_\_\_... [et al.], Orgs. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. – 5. ed. – São Paulo: Cortez, 2010, p. 125 – 181.

WOERNER, Camila Biribio. Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. Textos & Contextos (Porto Alegre), v.14, nº 1, p. 174 – 185, jan. / jun. 2015. Disponível em:  
[revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/18155/13317](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/18155/13317).  
Acessado em: Abril em 2017.

**APÊNDICE A - FICHA DE ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA**

Autor:	
Título:	
URL:	
Disponível em:	Data de acesso:
Objetivo do Artigo:	
Concepção de Saúde Mental:	
Atuação do Assistente Social no campo da saúde mental: como foi abordado no artigo.	
Desafios e Perspectivas para Atuação do Assistente Social no Campo da Saúde Mental	