



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista



Curso de Serviço Social

MARIANE HELENA DA SILVA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:

“A Atuação do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial”

Baixada Santista – SP

Segundo semestre de 2015

MARIANE HELENA DA SILVA

**“A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL”**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
de Serviço Social da Universidade
Federal de São Paulo, Campus
Baixada Santista, como requisito
parcial para obtenção do título de
bacharela em Serviço Social.

Aprovado em de Janeiro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Resumo

O presente estudo resgata historicamente as relações e reprodução sociais acerca da pessoa com transtorno mental na sociedade. Através de levantamento bibliográfico e da observação em campo em um Centro de Apoio Psicossocial- CAPS, será analisado quais as perspectivas do trabalho do assistente social na saúde mental, os dilemas enfrentados para a plena inserção nesses espaços sócio ocupacionais, cujo qual apresentou avanço desde o processo da Reforma Sanitária com a criação do SUS, e no cenário atual, apresentam um avanço no processo de terapias e medicalização das pessoas com transtorno mental, que acaba por obscurecer as competências do profissional de Serviço Social.

Palavras Chave: *Reforma Sanitária- saúde mental- Serviço Social*

Resume

This study historically rescues social relations and reproduction on the mental patients into society. Through literature review and field observation in a Center for Psychosocial Support, the outlook of the work of social worker in mental health will be analyzed , the dilemmas faced for full inclusion in these spaces occupational partner, whose which showed advance since the process of Health Reform, with the creation of SUS, and in the present scenario have a breakthrough in the process of therapy and medicalization of mental patients, which ultimately obscure the skills of professional social work.

Key Words: *Health Reform- mental health- Social Work*

Agradecimentos

Tenho muito a agradecer... aos meus irmãos, Rosiane Silva e Dauri Júnior e meus cunhados, José Vitor e Laís Alecrim, que me apoiaram, me incentivaram a ficar em Santos e terminar a faculdade. Muitas dificuldades surgiram, e em muitos momentos quis desistir, mas eles não falharam comigo e hoje estou pronta para não falhar com eles.

Agradeço aos meus amigos das diversas repúblicas que passei, em especial a “Casa Torta”, com as pessoas mais incríveis que já passaram pela UNIFESP: Carolina Lima, Natália Koto, Carolina Mioni, Jéssica Romano, Maria Clara Pssoa e por fim Ingrid Oliveira.

Agradeço meus amigos que participam da minha vida fora da academia, Ana Carla Carvalho, Fabricio do Aido, e meu namorado Nader Assaf, que apareceu na minha vida de repente, no último ano de academia, mas que me ajudou a ter folego para encarar o último semestre da faculdade, procurando sempre me deixar otimista em relação a academia. Obrigada meus amores!

Não posso deixar de mencionar minha primeira supervisora de campo de estágio, Gabriela Esteves, que me auxiliou com muito folego e vontade para colocar em prática toda a teoria que trouxe em sua bagagem de uma assistente social recém-formada, que inspirou e mostrou que eu não estava errada quando escolhi o Serviço Social. Agradeço minha querida e atual supervisora de campo, Sônia Mello, que me faz acreditar que é possível atuar com determinação e sabedoria, realizando um trabalho que guarda nosso Projeto-Ético-Político com resplandescência. E minha supervisora acadêmica e orientadora, Ana Maria Estevão, uma mulher incrível, cheia de histórias de muita luta e glória, uma docente excepcional, que me auxiliou e contribuiu com toda sua sabedoria com muita magnificência.

Por fim, dedico este trabalho à minha mãe, Irani Cândido. Mulher guerreira, batalhadora, com um coração imenso, que me inspirou a tornar-me uma pessoa melhor e que fez com que eu escolhesse uma profissão que tratasse todos como humanos e que não os dividisse por características externas, como classe, cor, religião ou etnia. Uma pessoa justa, que foi levada com apenas 47 anos e não teve tempo de ficar nesse plano para assistir a formatura de nenhum dos três filhos, mas carrego a certeza de que onde ela estiver, ela está vibrando por ter sua última filha finalmente formada. Obrigada, mãe!

*"O progresso não será alcançado com sonhos utópicos, mas com uma longa marcha
através das instituições"*

Gramsci

Sumário

Introdução.....	8
Capítulo I- Resgate Histórico da Loucura.....	11
1.1. A Reforma Sanitária no Brasil.....	16
1.2. Intervenção no Anchieta, a Revolução Santista.....	19
1.3. O Centro de Atenção Psicossocial.....	20
Capítulo II-A Saúde Mental e o Serviço Social	
2.1 O cenário da institucionalização do Serviço Social no Brasil.....	29
2.2 O Serviço Social em tempos de reformas.....	32
Considerações Finais.....	37
Referências Bibliográficas.....	41

Lista de Tabelas

Tabela 1- Proporção de Recursos do SUS destinados a Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001, 2004.....	25
Tabela 2- Proporção de Recursos do SUS destinados a Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares entre 2002 e 2009.....	27
Tabela 3- Mudança no Perfil dos Hospitais Psiquiátricos.....	27

Introdução

O presente trabalho é produto da minha experiência como estagiária do Serviço Social do Núcleo de Atenção Psicossocial III (NAPS III) de Santos-SP e do contato com a rede de saúde mental. Diariamente os usuários do serviço e os profissionais de saúde mental enfrentam muitos desafios para a inclusão da pessoa com sofrimento e transtorno mental na sociedade. Esse movimento despertou o interesse para estudar a condição dessa parcela da população nas relações sociais e analisar de que forma a rede de saúde mental e o trabalho exercido sobre a subjetividade do indivíduo, pode ser um campo de atuação do assistente social, tendo em vista que o objeto de trabalho deste se dá nas expressões da questão social.

A inclusão da pessoa com transtorno mental tem sido tema de muitas pesquisas e os resultados têm apontado a existência de estigmas e estereótipos tanto no âmbito familiar quanto na comunidade. Tais reações impedem que a sociedade acredite no desenvolvimento cognitivo dessa parcela da população, marginalizando e excluindo estes sujeitos da organização social. Diante disso, este estudo tem relevância ao produzir conhecimentos acerca da pessoa com transtorno mental, sobretudo ao que diz respeito a seu potencial, que historicamente é condenado apenas pela não aceitação do diferente ao conhecido, daquilo que está fora do padrão da sociedade.

O conceito “loucura” é socialmente construído, considerando o contexto social, político, econômico e cultural, no qual os sujeitos estão inseridos. Dessa forma, a conceituação da loucura é mutável e está diretamente vinculada à maneira como determinada sociedade se organiza para produzir e reproduzir sua vida, através da conjuntura de uma determinada época. A loucura é produto da reprodução das relações sociais, ignorada, exaltada ou tratada conforme as regras da razão. O indivíduo através das construções coletivas e individuais, subjetivas (construções individuais) e objetivas (modo de produção) de valores, define a razão e a

não-razão. Valores, aqui, enquanto construção social, na valoração que os sujeitos farão de elementos que dizem respeito a conduta humana, ou seja, valores morais.

Em Cardoso (2013) temos valores morais como princípios que partem da ação humana, ao mesmo tempo que a orienta, passando pela análise subjetiva do indivíduo.

“Valores, portanto, não são atitudes, mas são gerados por essas e as orientam. Partem do real, passando pela subjetividade humana, e se concretizam através da ação humana, o que lhes confere um caráter objetivo: surgem do concreto e traduzem-se no real, ao mesmo tempo em que têm um caráter subjetivo. Podemos afirmar que a construção de valores, enquanto conceitos e princípios, espaço de abstração a partir do real, está vinculada à relação que o homem estabelece com o modo de produção e se dá a partir da ação humana com outros homens, e não isoladamente, retornando à essa ação como sua base. Essa construção tem relação direta com o momento histórico e a construção social, na medida em que a valorização de determinado objeto ou princípio dependerá dos interesses sociais postos em tensão”. (Cardoso, 2013, p. 33)

Na obra “*A História da Loucura na Idade Clássica*” Michel Foucault apresenta as construções feitas acerca da loucura na sociedade. Após as Cruzadas - expedições militares e cristãs que tinham como objetivo ocupar e manter sob domínio cristão a Palestina - disseminou-se a lepra pelo Oriente e por toda Europa, edificando inúmeros abrigos para os leprosos. Havia preconceito e estigmatização dos leprosos na sociedade, que eram obrigados a terem marcas de identificação ou guizos para serem detectáveis em relação aos demais. No entanto, havia respeito em relação ao tratamento, pois segundo a Igreja, a lepra era uma manifestação divina, assim, a existência de leprosos era uma vontade divina que deveria ser honrada.

“E por mais que estejas separado da Igreja e da companhia dos Sãos, não estarás separado da graça de Deus [...]O pecador que abandona o leproso à sua porta está, com esse gesto, abrindo-lhe as portas da salvação”. (Foucault, 1978, p.10)

E é sob a influência do isolamento da lepra que surge o internamento, num espaço moral de exclusão das doenças venéreas e da

loucura, que foram as sucessoras da lepra no que seria o novo “medo do século”. Após o desaparecimento da lepra, os leprosários passaram a servir de depósito para aqueles que estavam fora da normalidade; homossexuais, “cabeças alienadas”, mendigos, presidiários. Assim, com a lepra nascem reações de divisão, de exclusão e de purificação.

“[...]os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde[...] Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual”. (Foucault, 1978, p.10)

Essas construções sociais são regidas por uma moral dominante que regulam as relações dos indivíduos e a partir dessa moral que o indivíduo vai se constituir enquanto ser, inserido em um conjunto de crenças, valores, princípios, um sistema econômico, social, político e cultural.

Nesse trabalho, portanto, veremos como deu-se a institucionalização do transtorno mental, como foi o processo de desinstitucionalização e como o profissional de Serviço Social se inseriu em um espaço tomado pela psicologização dos indivíduos, trazendo para o debate atual os dilemas e desafios que a dissolução dos direitos sociais acarretaram.

Dessa forma, o presente trabalho será realizado através de um levantamento bibliográfico, de viés qualitativo, sobre a trajetória da pessoa com transtornos mentais nas relações sociais e uma pesquisa documental relacionada à ruptura do modelo manicomial clássico e os avanços legislativos que a Constituição de 1.988 trouxe para a Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. Por fim, a partir da experiência de estágio curricular será feita uma análise da atuação e competências do assistente social na rede de saúde mental.

Capítulo I- Resgate Histórico da Loucura

No presente capítulo abordaremos as construções da sociedade em relação a inserção da pessoa com transtorno mental nas relações sociais, considerando o contexto social, econômico e político de cada época. Faremos um aprofundamento nos movimentos dos trabalhadores da saúde mental responsáveis pelas mudanças nos avanços da legislação e das políticas sociais voltadas para esse público. Por fim problematizaremos o contexto neoliberal á que tais avanços e políticas estão submetidos.

A sociedade se organizou de maneiras diferentes sobre as construções de propostas de sobrevivência e inclusão da pessoa com transtorno mental nas relações sociais. Em Esparta, na antiga Grécia, havia um grande louvor ao equilíbrio entre corpo esteticamente perfeito e a mente, assim as crianças com transtornos e deficiências eram abandonadas em montanhas, ou jogadas em abismos com a justificativa de que elas não seriam uteis para possíveis guerrilhas.

Na Roma antiga, as crianças não eram necessariamente executadas, algumas eram empregadas em lavouras, outras eram atiradas em rios, como afirma Misés (1977, p. 14)

“[...] nós matamos os cães danados e touros ferozes, degolamos ovelhas doentes, asfixiamos recém-nascidos mal constituídos; mesmo as crianças se forem débeis ou anormais, nós as afogamos, não se trata de ódio, mas da razão que nos convida a separar das partes sãs aquelas que podem corrompe-las[...].”

E também utilizadas no entretenimento de famílias ricas, como afirma Silva:

“[...]cegos, surdos, deficientes mentais, deficientes físicos e outros tipos de pessoas nascidos com má formação eram também de quando em quando, ligados a casas comerciais, tavernas e bordéis; bem como a atividades dos circos romanos, para serviços simples e às vezes humilhantes[...].” (Silva, 1987, p.130)

No Renascentismo (século XVI), o hábito passa ser o de embarcar os loucos em navios, a “Nau dos Loucos”:

[...] mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a Narrenschiff é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos[...]. (Foucault, 1978, p. 13)

No entanto:

“Isto não significa que os loucos fossem corridos das cidades de modo sistemático. Existiram durante toda Idade Média e a Renascença, casas de detenção para os insanos, as quais tinham qualquer objetivo de tratamento e só aceitavam os loucos da própria cidade. Eram principalmente estrangeiros escorraçados”. (Passos; Barboza, 2009 p. 48)

No feudalismo, sistema econômico, político e social fundamentado na propriedade sobre a terra, onde toda a formação moral, social e ideológica era fortemente influenciada pela Igreja, o abandono de pessoas com transtornos mentais passou a ser condenado, e valores como caridade, auxílio, compaixão, benevolência eram altamente estimados. O sofrimento psíquico passou a ser encarado como um castigo divino em que os homens deviam salvar a alma da pessoa que possuía algum transtorno mental:

[...] outra forma, embora menos enfática, de a igreja ver e explicar a existência de cegos, mudos, paralíticos, loucos, leprosos, enfim, de pessoas portadoras de qualquer deficiência, era a de que eles eram instrumentos de Deus para alertar os homens, para agraciar as pessoas com a possibilidade de fazerem caridade[...]. (Bianchetti, 1995, p. 11)

Profundas mudanças no modo de produção ainda no interior do feudalismo, trouxeram mudanças nas relações de produção. A aplicação de novas técnicas na agricultura e do cultivo em grande escala, aumentou a produção de excedentes, ampliou a troca e o comércio, e esses fatores trouxeram consigo uma nova visão de homem, de sociedade, de ciência e de história. A influência da igreja ficou enfraquecida e o homem passou a ser o centro do mundo, dotado de uma lógica própria, sem determinação por planos

ou decretos determinais. Também com a produção em larga escala e o avanço de novas técnicas, novas formas de manufatura chegam aos trabalhadores, que agora passarão a produzir no ritmo das máquinas. Dessa forma, inicia-se a transição do feudalismo para o capitalismo. São raros os registros de inserção de pessoas com transtorno mental nas relações de produção nessa época, mas em *O Capital*, Marx faz uma breve menção acerca do emprego de crianças com transtorno mental "(...) não há muitos anos, uma paróquia de Londres e um fabricante fizeram um contrato que estipulava que uma criança idiota seria incluída em cada lote de 20 sadias" (Marx, 1980, p. 877)

Ainda no século XVII, observa-se a defesa da educação dos "débeis mentais" para inserção na vida social, no trabalho e até mesmo na obediência dos princípios morais e éticos da sociedade burguesa. E a loucura se fixa no hospital, hospital não como "local de cura", mas um depósito daqueles que não são apetecíveis para sociedade:

(...) com efeito, quanto mais alguém é de natureza rude, tanto mais tem necessidade de ser ajudada, para que, quanto possível se liberte de sua debilidade e da sua estupidez brutal. (...) assim também os débeis e os estúpidos, mesmo que nos estudos não façam nenhum progresso, tornam-se, todavia, mais brandos nos costumes, de modo a saberem obedecer às autoridades políticas e os ministros da igreja (...).
(Comênio, 1976, p. 140)

Na França do século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o "pai da Psiquiatria", propõe em meio aos ventos das Revolução Francesa e Industrial, uma nova forma de tratamento aos loucos, transferindo-os aos manicômios. A partir daqui, além de um objeto de estudo da Filosofia, a loucura adquire status de doença mental, passa a ser um objeto de estudo e intervenção médica, com tratamento e cura.

"Ligados ao surgimento do asilo figuram os nomes de S. Tuke, na Inglaterra e de Ph. Pinel na França. Os asilos montados por ambos se distinguem sob vários aspectos importantes, sobretudo no que diz respeito aos valores religiosos, presentes em um e ausentes em outro. No entanto, é possível aproximá-los esquematicamente, apenas para destacar o sentido e algumas implicações gerais do mundo asilar. Mas, antes de mais nada, é preciso saber que Pinel, Tuke e seus contemporâneos ao contrário do que se costuma dizer quando se faz a história da Psiquiatria, não

romperam com as práticas do internamento”. (Frayze-Pereira, 1984, p. 83)

No século XIX, os tratamentos manicomiais incluíam o isolamento do indivíduo do convívio em sociedade, medidas violentas como chicotadas, banhos frios, máquinas giratórias, sangrias, lobotomias, entre outros. Um trecho de um relatório do Dr. Carlos Lisboa, primeiro diretor Hospício São Pedro de Porto Alegre de 1884, descreve o tratamento e o diagnóstico:

“Duração e prognostico. A loucura não é sempre contínua; de ordinário é intermitente. A sua duração é variável; assim, pôde ser somente de oito á quinze dias, ou alguns mezes na mania; mas muitas vezes é de um ou muitos anos, e até pôde durar a vida toda. A loucura pôde curar-se pela reaparição de uma secreção ou de uma hemorragia suprimida por vômitos, evacuações alvinas abundantes, por suores, hemorragiás espontâneas e além d’isto pela maior parte das expressões moraes vivas.

Tratamento. Os loucos devem estar isolados, separados de todas as pessoas com que viviam, e collocados de maneira que possam ser facilmente vigiados. É necessário tomar todas as precauções para impedir que se matem, se elles tem inclinação ao suicídio. Os alienados inquietos ou furiosos devem ser subjugados com a camisola, e até amarrados, se fôr necessário. Nunca se devem avivar as idéias ou as paixões d’estes doentes no sentido do seu delírio é necessário não combater suas opiniões desarrozoadas pelo raciocínio, discussão, opposição ou zombaria e convem fixar sua atenção sobre objectos estranhos ao delírio, e communicar a seu espirito idéias e affecções novas. O tratamento da loucura é difficil e complicado; e é quasi impossivel que as famílias possam fazer o que convem. Só a presença das pessoas e cousas habituaes é um grande obstáculo a sua cura. Interesses de muitos gêneros combinam-se para determinar as famílias e encerrar os alienados nos estabelecimentos públicos ou particulares. Primeiro que tudo, a segurança publica impõe justamente esta obrigação. A liberdade, que se deixa a estes doentes em seus domicílios, compromette a vida d’elles e a das pessoas que os rodeiam; mil motivos devem fazer preferir a sua morada em um estabelecimento próprio. A experiência prova que um muito maior numero de loucos são curados nos estabelecimentos do que quando são conservados no seio de suas famílias”.

Após a Segunda Guerra Mundial, o “Estado de Bem-Estar Social” ganhou expansão, os países capitalistas reconsideraram suas políticas sociais e reconheceram os direitos dos cidadãos, o Estado responsabilizou-se pelas políticas-econômicas oferecendo proteção social aos cidadãos. Nesse momento a saúde foi aceita como direito e a loucura passa a ser entendida como doença a ser tratada e não como um comportamento a ser vigiado e punido.

No Brasil, a trajetória de assistência psiquiátrica inicia-se no ano 1.852 com o Hospício Pedro II. Em 1.903 foi promulgada a primeira lei voltada à assistência pelo Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro.

“Reorganiza a Assistencia a Alienados”

“O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a resolução seguinte:

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.”

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM. O primeiro diretor do SNDM, Lysânias Marcelino da Silva, realizou visitas nos hospitais psiquiátricos e elaborou um relatório sobre as condições precárias destes.

“Os ambulatórios, num total de dezessete vivem à míngua de escassos e duvidosos auxílios que de vez em quando recebiam da sede do SNDM. Sendo assim, não podiam realizar uma assistência aos seus doentes de forma adequada” (Ministério da Saúde, 1956, s/p).

A jornalista Daniela Arbex relata no livro “O Holocausto Brasileiro” a realidade vivida por milhares de pessoas no Hospital Colônia de Barbacena, um dos maiores manicômios do país, localizado em Barbacena-MG. O livro contabiliza cerca de 60mil mortes dentro da instituição, considerada referência em tratamento na época. Muitos dos internos haviam sido abandonados na instituição e a maioria não apresentava diagnóstico de transtorno mental. Essas mortes também movimentaram o mercado de compra de cadáveres pelas faculdades de Medicina da região:

“...os corpos dos transformados em indigentes foram negociados por cerca de cinquenta cruzeiros cada um. O valor atualizado, corrigido pelo Índice Geral de Preços (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, é equivalente a R\$200 por peça. Entre 4 e 19 de novembro de 1970, foram enviados para a Faculdade de Medicina de Valença quarenta e cinco cadáveres negociados por 2.250 cruzeiros o lote. Corrigido pelo IGP-DI, o lote saiu a R\$ 8.338,59. Em uma década a venda de cadáveres atingiu quase 600mil, fora o valor faturado com o comércio de ossos e órgãos. O fornecimento de peças anatômicas, aliás, dobrava nos meses de inverno, época em que ocorriam mais falecimentos no Colônia, se comparada ao período de verão...”

Na segunda metade do século XX, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, iniciou um processo de transformações no interior das instituições psiquiátricas, transformando-as em comunidades terapêuticas. Fechou o Hospital Provincial na cidade de Trieste, onde era diretor e promoveu a substituição do modelo manicomial clássico por uma rede territorial de atendimentos. Visitou o Brasil em 1970, realizou seminários e conferências que foram fundamentais para o início do Movimento Antimanicomial e taxou o Hospital Colônia de Barbacena como um campo de concentração nazista.

Dessa forma surgiram os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, questionando o modelo manicomial clássico que era caracterizado por medidas hospitalocêntricas que superlotavam os manicômios, estimulavam a indústria hospitalar da loucura, mercantilizavam o sofrimento mental e procediam tratamentos violentos e desumanos. Segundo Machado:

“A atenção psiquiátrica no Brasil se encontrava caótica, mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialidade. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas especializadas. ” (Machado; Vasconcelos, 1997, p. 36)

1.1. A Reforma Sanitária no Brasil

O principal marco do início da Reforma Sanitária no Brasil foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão responsável

pelo planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de hospitais psiquiátricos públicos. Essa crise deu-se a partir de denúncias feitas por profissionais da área, sobre as más condições dos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro, estes foram demitidos logo após a denúncia. No mesmo ano, estes trabalhadores se reuniram no V Congresso Nacional de Psiquiatria, e divulgaram o Manifesto de Camboriú e marcaram o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo em 1.979. Nesse processo surge o primeiro movimento da área com participação popular, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1.986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual construiu um relatório com três propostas; saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor.

O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), amplia o sentido de saúde e a define como o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, emprego, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Entende-se então, que direito a saúde é a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde.

Na reformulação do Sistema Nacional de Saúde, introduz uma nova estratégia de saúde pública; a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um sistema público, integral, universal e igualitário, coordenado por um único Ministério, até então a coordenação era feita pelo Departamento Nacional de Saúde. A 8ª CNS resultou na implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um acordo entre o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) com os governos estaduais. A ampliação e implementação do SUS ocorreu de forma gradual.

O financiamento do setor aconteceria por meio do Fundo Único Federal de Saúde, de responsabilidade do Estado com participação dos estados e municípios adotando estratégias de descentralização da saúde e desvinculando o financiamento da saúde pela previdência.

A Reforma Sanitária ganha força, ambientada pelos ventos democráticos da Constituição Federal de 1988 e com a elaboração e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Pela primeira vez a saúde é entendida como direito de cidadania. Na Constituição Federal a saúde é reconhecida como política de Seguridade Social, estruturando a tríade Previdência Social, Assistência Social e Saúde nos artigos a seguir:

“Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art. 196. 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 universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental foi essencial para a evolução da Reforma Psiquiátrica no Brasil, no dia 18 de maio de 1987 houve o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru- SP com a finalidade de instrumentalizar a luta pela Reforma Psiquiátrica com o tema “Por uma sociedade sem manicômios” e assim foi instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Nesse ano surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de São Paulo. Através do segundo evento, em 1989, a Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional com a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos/SP no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta e a sequente criação de dispositivos antimanicomiais na cidade; os Núcleos de Apoio

Psicossocial, que passaram a receber os egressos do hospital Anchieta, numa gestão que inspirou várias experiências posteriormente conduzidas por todo o país. (Amarante, 2008)

“...o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, inspirado na experiência Trieste (Itália), que funcionava 24 horas por dia, nos sete dias da semana, ao mesmo tempo que era fechada a clínica de Anchieta, o único hospital psiquiátrico da cidade. Na cidade de São Paulo foi aberto o primeiro serviço chamado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que, posteriormente, foi difundido por todo o Brasil”. (Machado apud Vasconcelos, 1997, p. 39)

Em 1.990 surge a Coordenadoria Geral de Saúde Mental, que passa efetivamente a coordenar as políticas de saúde mental no país, e potencializada pela elaboração do SUS, implementa ações de impacto no sistema público de saúde, como a redução no número de leitos de hospitais psiquiátricos. (Borges e Baptista, 2008).

1.2. Intervenção no Anchieta, a Revolução Santista

Na luta contra a maré neoliberal que começou a influenciar o sistema econômico e social no Brasil, num cenário de privatização de serviços públicos e maximização da exploração do trabalho¹, em 1989, o Movimento Antimanicomial voltou seu olhar para Santos/SP, especificamente para a Casa de Saúde Anchieta.

No anúncio do jornal local *A Tribuna*, em 1951, o hospital era especializado no tratamento de “doenças nervosas e mentais/ repouso/ alcoolismo/ sífilis nervosa/ desajustamentos emocionais”. Um complexo privado de 5mil m² com capacidade para duzentos e dezenove leitos, abrigava quinhentas e quarenta e três pessoas, recebia recursos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e as mantinha em condições sub-humanas. Pacientes nus, com sarna e piolho faziam a limpeza no local em troca de maços de cigarros. O quadro de funcionários era reduzido, além dos próprios pacientes, havia uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma assistente social e um psicólogo, ambos por meio-período. Como não haviam

¹ No Capítulo 2 será aprofundada a questão das novas configurações do mundo do trabalho e suas manifestações.

leitos suficientes, os pacientes dormiam no chão, entre fezes e urina, alguns pacientes apresentavam subnutrição, o tratamento na realidade, incluía eletrochoques e trancamentos em salas escuras sem comida nem água.

De janeiro de 1.986 a abril de 1989, entre espancamentos, enforcamentos e suicídios, foram cinquenta mortes. Em 22 de abril de 1.989, um relatório divulgado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, denunciava as irregularidades do hospital. E a partir deste relatório, aconteceu a intervenção no Anchieta.

“Mas no início de 1989, em março, chegou às mãos da prefeita - e de seu secretário de Saúde, David Capistrano Filho, um nome nacional em assunto de saúde pública -, um relatório do SUDS-52 que atestava a completa irregularidade no atendimento, uma barbárie em termos higiênicos. Tudo isto insuflava e até criava loucura e revolta, acirrando o clima de guerra interna que produzia vítimas, gerando loucura. O dentista só arrancava dentes, não os tratava, os tratamentos cruéis lembravam a Idade Média. Eletrochoques como punição, não - terapêuticos, fármacos poderosíssimos, o sossega-leão, que prostrava o paciente por dias, - todas as espécies de procedimentos ao revés dos direitos humanos eram praticados”. (Matos, 2004)

A intervenção foi produzida legalmente pelos Decretos municipais 863, de 3/5/1989, e 1.021, de 6/12/1989, ao meio-dia do dia 3 de maio de 1989. Foi um grande avanço e uma grande luta de relações de poder entre o dono do hospital que moveu ações contra a intervenção e dos adeptos ao movimento antimanicomial. Mesmo com a intervenção o Anchieta ainda funcionava para alguns pacientes, aqueles que não tinham nenhum vínculo familiar e sem lugar algum para ir, a única opção era ficar. Somente em 2003 conseguiu-se desligar totalmente o Anchieta, com ajuda do programa “De Volta Para Casa”, um projeto de lei que criou um auxílio reabilitação para pessoas que tiveram um longo histórico de internação.

1.3. Centro de Atenção Psicossocial

O conceito de inclusão social parte da ideia de tornar participante do meio social aqueles que são excluídos desse meio por conter características fora do padrão imposto pela sociedade, características como deficiência física, auditiva, visual, sofrimento mental, raça, idade, condições

financeiras, entre outras. Historicamente construímos um meio de categorizar as características comuns, assim quando encontramos algo que é estranho ao nosso meio social os primeiros aspectos nos permitem prever sua categoria e seus atributos, baseando nessas preconcepções, nós as transformamos em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso. (Goffman, 2004).

O Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) é um serviço público prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que atende pessoas com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários através do exercício da cidadania, avaliando seus direitos, assegurando a autonomia e fortalecendo os laços familiares e comunitários.

O CAPS é um serviço intermediário entre os serviços ambulatoriais e os serviços de internação hospitalar. O CAPS visa: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações multiprofissionais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (Secretaria de Atenção à Saúde, 2004)

A participação dos familiares e da comunidade é imprescindível para haver uma melhor socialização de informações acerca da pessoa com transtorno mental na sociedade, e para isso é essencial que os agentes que estão inseridos na rede de atenção à saúde mental estejam devidamente informados e saibam informar corretamente os usuários sobre os serviços prestados nos Núcleos de Apoio Psicossocial. A construção de estratégias de socialização de informações se faz necessária, pois, além de ajudar os próprios usuários a entenderem qual a função do NAPS e qual os serviços o equipamento oferece, essas informações auxiliam a comunidade a romper paradigmas em relação a saúde mental, diminuir a estigmatização, o preconceito e facilita a inserção social, econômica e cultural das pessoas com transtorno mental. Segundo Vasconcelos:

“A garantia de acesso às informações necessárias e de direitos para que os usuários possam se defrontar com diferentes opções e só assim fazerem realmente escolhas a partir de seus interesses e necessidades, quando não contarem com estes direitos detalhados em cartazes, cartilhas e debates... E aqui, na democratização das informações necessárias para potencializar as escolhas pelos usuários, faz-se necessário não só o conhecimento dos textos e leis que garantem estes direitos, mas o detalhamento destes direitos no cotidiano da população a partir das demandas que colocam, das dúvidas e desinformações que revelam na utilização dos serviços [...]” (2007, p. 433).

Sobre os atendimentos no CAPS:

“[...] os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc.). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem os CAPS[...]” (Manual CAPS, 2004, p.15.)

Os CAPS são organizados e divididos pelo número de habitantes do município e pela especificidade da demanda; crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, transtornos psicóticos e neuróticos graves.

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

O quadro de profissionais também varia de um equipamento para o outro:

CAPS I: 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS II: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS III: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior; 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSi: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSad: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Manual CAPS, 2004)

O usuário inicia o tratamento no CAPS através de encaminhamento feito por médico de uma Unidade Básica de Saúde, no serviço o usuário passa por uma triagem com um plantonista que pode ser um assistente social, psicólogo ou terapeuta ocupacional. Esse primeiro momento é bastante importante para a socialização de informações sobre o CAPS III e para aproximação do usuário ao equipamento. A partir de então será feito um prontuário de atendimento e ele será encaminhado para o atendimento clínico e terapêutico.

A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, explana avanços no campo dos direitos da pessoa com transtorno mental e no resgate da cidadania, questões que foram violadas ao longo do modelo psiquiátrico clássico.

São direitos da pessoa acometida de sofrimento psíquico:

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

A partir da Lei 10.216 que os recursos para os serviços extra hospitalares aumentaram, até então, 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental era voltado para os hospitais psiquiátricos. Assim, começam a surgir novos programas dentro dessa política, como o programa “De volta para Casa” voltado para a reintegração de pessoas com transtorno mental com longo histórico de internação em hospitais psiquiátricos, com objetivo de estimular o exercício da cidadania.

Tabela 1- Proporção de Recursos do SUS destinados a Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001, 2004

Composição de Gastos	1997	2001	2004
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Os recursos do CAPS III consideram portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que 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:

Art. 1º – Definir incentivo financeiro da ordem de R\$ 28.305,00 para cada CAPS I, R\$ 33.086,25 para cada CAPS II, R\$ 63.144,25 para cada CAPS III, R\$ 32.130,00 para cada CAPSi, R\$39.780,00 para cada CAPSad e R\$ 78.800,00 para cada CAPSad III habilitado pelo Ministério da Saúde no Distrito Federal, Estados e municípios, no exercício de 2002, para realizar os procedimentos definidos pela Portaria nº 189/SAS, de 20 de março de 2002, conforme discriminado no Anexo desta Portaria.

§ 1º – Os incentivos de que trata o Caput deste artigo serão transferidos em parcela única fundo a fundo ao Distrito Federal, Estados e municípios, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

§ 2º – Não serão beneficiados os municípios que já tiverem recebido, no exercício de 2002, para cada CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPSi implantados, recursos do Fundo Nacional de Saúde para a execução da Ação do Plano Plurianual/PPA “Implantação de Serviço Ambulatorial de Saúde Mental e Prevenção ao Uso Indevido de Álcool e Outras Drogas”, do Programa 0018 – Saúde Mental, por meio de convênio com o Ministério da Saúde.

§ 3º – O incentivo de que trata o Caput deste artigo não se aplica aos CAPS que foram implantados no Distrito Federal, Estados e municípios mediante celebração de convênio destes com fundações, ONG ou instituições filantrópicas, pois se destina a apoiar financeiramente apenas a implantação de serviços de natureza jurídica pública.

Tabela 2- Proporção de Recursos do SUS destinados a Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares entre 2002 e 2009

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012,35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482,83
Total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1.200.37	1329.24	1495,18
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28,293.33	30,226.28	36,538.02	40,794.20	46,185.56	49,489.37	54,120.30	62,919,10
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24,293.34	27,181.16	32,703.50	37,145.78	40,750.59	45,803.74	48,670.19	58,270,26
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

Podemos observar que em 2006 o investimento em serviços extra-hospitalares ultrapassou o investimento em hospitais psiquiátricos, isso representa em números o impacto da reorientação na Reforma Psiquiátrica. Houveram mudanças nos perfis dos hospitais psiquiátricos com a redução de leitos.

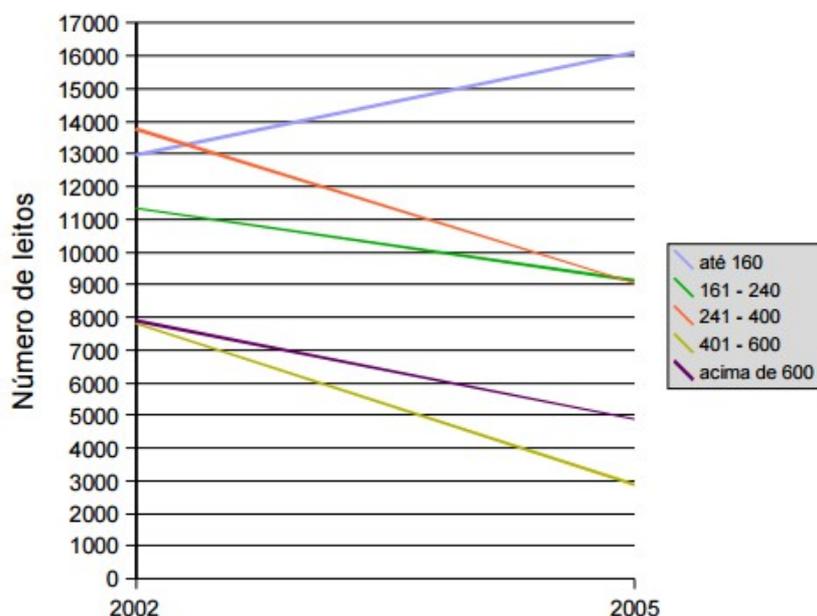
Tabela 3- Mudança no Perfil dos Hospitais Psiquiátricos

Faixas/Portes Hospitalares	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	14.301	29,61	15.616	34,09	16.155	38,39	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78	15.815	45,71	15.933	48,67
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	10.471	21,68	9.959	21,74	9.138	21,72	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6	6.766	19,55	7.003	21,39
De 241a 400 leitos	12.564	24,45	12.476	25,83	10.883	23,75	9.013	21,42	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63	7.471	21,59	6.001	18,33
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	11.055	22,89	9.356	20,42	7.770	18,47	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14	4.549	13,15	3.798	11,60
Total	51.393	100	48.303	100	45.814	100	42.076	100	39.567	100	37.988	100	36.797	100	34.601	100	32.735	100

Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

E a migração de grandes hospitais, para hospitais menores, com maiores possibilidades de um tratamento mais terapêutico.

Gráfico 3 – Migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte, sem criação de novos leitos ou novos hospitais (2002-2005).



Fonte : Ministério da Saúde. PRH / Coordenação Geral de Saúde Mental

Discorreremos até aqui, sobre as interpretações da loucura e das construções feitas pela sociedade acerca da pessoa com transtorno mental. Percebemos que a loucura teve diversas interpretações; em alguns momentos era uma benção divina, noutros era uma possessão, já foi vista como magia, e as pessoas com transtorno mental foram consideradas visionárias, em alguns eram apenas ignoradas e mantidas pela bondade alheia. Com o avanço do capitalismo, muda-se as relações e a organização social e é possível perceber que a inclusão da pessoa com transtorno mental realiza-se -ou não- a partir do trabalho e de sua utilidade para a sociedade; nas guerras, nas lavouras, no maquinário ou em um campo de isolamento. No próximo capítulo veremos de que forma as considerações feitas até aqui, serão trabalhadas pelo assistente social inserido na rede de saúde mental.

Capítulo II- A saúde mental como campo de atuação profissional

2.1. O cenário da institucionalização do Serviço Social

No presente capítulo abordaremos as mudanças que ocorreram no interior da profissão ao longo dos quase noventa anos de Serviço Social no Brasil. Analisaremos o trabalho do assistente social na saúde mental a partir da particularidade de cada momento histórico, traçando uma linha evolucionista desde o início profissão até os dias de hoje associando-a ao sistema de saúde.

Em 1.930, Vargas encontrou uma nova possibilidade para o Brasil não depender do capital externo; um investimento massivo em indústrias. Com as indústrias europeias arrasadas pela Segunda Guerra Mundial, era o momento propício para alavancar a produção interna ligada ao petróleo (tintas, borrachas, fertilizantes). Esse processo gerou a migração do meio rural para o urbano, gerando maiores conflitos e impactos nesse meio e nesse momento surge o Serviço Social brasileiro.

A partir de 1.940 inserem-se no mercado de trabalho os primeiros assistentes sociais com formação profissional, norteados pelo primeiro Código de Ética Profissional do ano de 1.947 e pela Lei de Regulamentação da Profissão de 1.957, que expressam caráter conservador e uma forte vinculação à igreja católica:

“SECÇÃO II DEVERES PARA COM O BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO SOCIAL

I – É dever do Assistente Social:

1. Cumprir os compromissos assumidos, respeitando a lei de Deus, os direitos naturais do homem,

inspirando-se, sempre em todos seus atos

profissionais, no bem comum e nos dispositivos da

lei, tendo em mente o juramento prestado diante do testemunho de Deus...”

Segundo Vasconcelos, a presença dos primeiros assistentes sociais na saúde mental dá-se em 1.946, com o projeto *Child Guidance Clinics*, um projeto higienista norte-americano, com objetivos de tratar e diagnosticar “crianças problemas” nas escolas, através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e dos Centros de Orientação Juvenil (COJ).

- 1) *“Processo de inscrição, através de um encontro inicial com o cliente e a família para coleta de dados básicos, estabelecer e/ou esclarecer a necessidade de ajuda e o vínculo com o serviço;*
- 2) *Através do ‘tratamento social de casos’, atuando junto a família do cliente, visando ‘ajudar a família a dar a criança um ambiente adequado para possibilitar o tratamento psiquiátrico’ e ‘ajudá-la (a família) a conseguir um melhor ajustamento sobre seus membros, conseguinte de modificação lenta de atitudes”.*

A atuação e formação dos assistentes sociais eram pautadas no assistencialismo e em adequar o indivíduo a sociedade e as suas normas, e na saúde mental não foi diferente, o assistente social era visto como um profissional subalterno das recomendações médicas e a prática profissional limitava-se a lógica institucional da medicina tradicional e do interesse da burguesia. Desde esse momento temos a saúde mental como um campo que lida apenas com a subjetividade do indivíduo, assim construiu-se a atuação do assistente social apenas como o ajustador de indivíduos, entendendo que aquelas condições eram culpa do indivíduo e da família, isso ao mesmo tempo que a própria psicologia e psiquiatria entendia que o tratamento adequado as pessoas com transtornos mentais não era reabilitá-los e sim trancafiá-los a base de mal tratos e medicação.

“Originalmente parametrado e dinamizado pelo pensamento conservador, [o Serviço Social] adequou-se ao tratamento dos problemas sociais quer tomados nas suas refrações individualizadas (donde a funcionalidade da psicologização das relações sociais), quer tomados como sequelas inevitáveis do ‘progresso’(...) desenvolveu-se legitimando-se precisamente como interveniente práticoempírico e organizador simbólico no âmbito das políticas sociais”. (Netto, 1991, p. 79)

Após assumir a presidência, Juscelino Kubistchek, abriu a economia para o capital internacional, impulsionando o deslocamento de multinacionais para o território brasileiro. Com um grande déficit entre importação e exportação e o rompimento com o Fundo Monetário Internacional, os operários mobilizaram-se com manifestações públicas contra o governo. Nesse momento o Serviço Social ainda não reconhece a questão social como um produto do sistema, mas como um desajuste do próprio indivíduo, e ainda mantém a luta por reconhecimento como profissão, quando foi promulgada a Lei 3.252 de 27 de agosto de 1.957, que regulamentava a profissão.

Em 1.961, Jânio Quadros renuncia à presidência e João Goulart assume, adotando uma política econômica com pouca participação de empresas estrangeiras e com pouco mais flexibilidade em relação as reivindicações sociais e trabalhistas, como por exemplo a reforma agrária.

“Uma intensa e prolongada crise econômica-financeira (recessão e uma inflação com taxas jamais conhecidas); constantes crises político-institucionais; ampla mobilização política das classes populares (as classes médias, a partir de meados de 1.963, também entram em cena); fortalecimento do movimento operário e dos trabalhadores do campo; crise do sistema partidários e um inédito acirramento de luta ideológica de classes”. (Toledo, 1.997)

A classe média assustada com as ações do presidente apoia a intervenção dos militares que contavam com a ajuda dos EUA. Em 1.964, Jango não resistiu e os militares tomaram o poder.

“‘Cortar o mal pela raiz’ era em essência, a opção por uma contrarrevolução, e o “mal menor” requeria a montagem de um Estado subfacista e de um governo militar ditatorial! Isso não resolveria a crise social crônica, mas permitiria salvas as classes dominantes e suas elites de uma tragédia histórica” (Fernandes, 1.997)

Essas lutas de interesses, dos grandes latifundiários e dos trabalhadores do campo, trouxeram novos questionamentos para a profissão,

que a partir de agora reconhece que os desajustes são causados pelo sistema capitalista excludente, concentrador e explorador. Mas sob regime militar, para a atuação do assistente social, restava apenas o papel de controlador social e enquadrador de indivíduos ao sistema.

“Uma grande quantidade de assistentes sociais passou a trabalhar na saúde mental por demanda do governo da ditadura, para legitimá-lo através de políticas sociais dúbias no atendimento ao trabalhador e para abafar as contradições no sistema manicomial, mais sem o apoio de referenciais teóricos para guiar a profissão, caindo a atuação numa definição prática e teórica”. (BISNETO, 2001).

Nesse momento há uma maior atuação de assistentes sociais afim de cessar possíveis revoltas das classes subalternas, enfrentando minimamente a pobreza e controlando a classe trabalhadora. Na saúde mental, aumentaram os números de hospitais psiquiátricos privados financiados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Social (INAMPS), órgão que exigiu a presença destes profissionais em clínicas psiquiátricas. E:

“O objetivo do Serviço Social é “capacitar o indivíduo” para resolver a situação social-problema que enfrenta, “aqui e agora” cumprindo seus papéis sociais que constituem um obstáculo à cura, à readaptação a sociedade ou ao aproveitamento do ensino”. (Vieira, 1988)

Dentro da academia, surgia novas formas de pensar o Serviço Social. Em 1.967 acontece o primeiro documento de teorização do Serviço Social em Araxá/MG, foi elaborado por 38 assistentes sociais, uma proposta para romper com o Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, mas sobre a mesma base tradicional protetora do *status quo*.

“É a esta concepção desenvolvimentista que se conecta a perspectiva renovadora configurada nos documentos de Araxá e Teresópolis: o processo de desenvolvimento é visualizado como elenco de mudanças que, levantando barreiras aos projetos de eversão das estruturas socioeconômicas nacionais e de ruptura com as formas dadas de inserção na economia capitalista mundial, demanda aportes técnicos elaborados e complexos – além, naturalmente, da sincronia de “governos” e “populações” -, com uma conseqüente valorização da contribuição profissional dos agentes especializados em “problemas econômicos e sociais.” (Netto, 1991, p. 166-167)

2.1. O Serviço Social em tempos de reformas

A crise do petróleo que assolou o Brasil em 1.980, as profundas mudanças no cenário brasileiro, como o aumento da concentração de renda e a deterioração do estado de bem-estar social deixados pela ditadura, alimentou novas discussões no interior da profissão trazendo uma nova vertente hegemônica: o projeto de ruptura. Este realizou-se a partir do movimento de Reconceituação do Serviço Social (1965-1975), que aproxima o Serviço Social das classes subalternas.

“O que se operou foi uma retomada da crítica ao tradicionalismo a partir das conquistas da Reconceituação – por isto é adequado caracterizar o desenvolvimento deste “Serviço Social crítico” como herdeiro do espírito do da Reconceituação: comprometido com os interesses da massa da população, preocupado com a qualificação acadêmica e com a interlocução com as ciências sociais e investindo fortemente na pesquisa”. (Netto, 2005)

E é nesse período da reabertura da democracia, que há a representação materializada de um Estado forte e interventor, acontece por meio da Constituição Federal de 1.988, responsável pela construção do Sistema Único de Saúde, um sistema universal, igualitário e integral, a construção do Estatuto da Criança e do Adolescente que passa a entendê-los como sujeito de direitos, e incorpora no dever do Estado educação, habitação, cultura, lazer, emprego, um grande passo para proporcionar um estado de bem-estar. A seguridade social é o foco da Constituição Cidadã- Assistência Social, Previdência Social e Saúde pública. O assistente social conquista espaço nesse momento, além da seguridade social, também na habitação.

O projeto de ruptura (1979-1990), ou intenção de ruptura do Serviço Social, foi um projeto profissional que apontou para a ruptura com a ética tradicional, que trazia em sua ação uma atuação acrítica e o papel do assistente social de agente defensor do *status quo*, atendendo os interesses da burguesia. A consolidação desse projeto deu-se a partir de 1.990, com a hegemonia do projeto ético político profissional do Serviço Social, que assume sua atuação junto a classe trabalhadora e direciona o *dever ser* profissional para a emancipação humana, pressupondo uma transformação

social a partir do fortalecimento da classe trabalhadora na luta por direitos sociais afim de amenizar a desigualdade social.

A origem dessa nova orientação profissional emerge através da aproximação teórica da profissão com o marxismo, acarretando uma visão crítica da profissão e das relações sociais. Dessa forma, a partir da realidade brasileira moldava-se a profissão. Com a estagnação da economia, surge um novo cenário no Brasil: a reestruturação produtiva, que trouxe consigo a flexibilização, terceirização e precarização do trabalho; a mundialização do capital, a globalização, internacionalização do capital e um novo modelo de acúmulo do capital; por fim o ajuste neoliberal do Estado; que defende a participação mínima do Estado para as políticas sociais. Esse conjunto de consequências do sistema, representou um grande desmanche de direitos sociais que foram conquistados pelos trabalhadores até aqui. Essas novas diretrizes compõem as regras básicas do Consenso de Washington:

Abertura Comercial - com a redução de tarifas alfandegárias liberalizando o comércio internacional.

Privatização de Estatais - reduzindo o papel dos Estados como empresários nas economias nacionais.

Redução dos Gastos Públicos - que, entre outras possibilidades, viabilizariam maior superávit primário, ou seja, uma maior economia para pagamento de dívidas externas.

Disciplina Fiscal - estabelecendo um rígido controle sobre os gastos públicos para favorecer o controle inflacionário, evitar o aumento do déficit público e, preferencialmente, sustentar uma política fiscal expansionista.

Reforma Tributária - reduzindo e otimizando a cobrança de impostos sobre a produção e a circulação de mercadorias e serviços.

Desregulamentação - baseada no afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas a fim de favorecer a livre iniciativa.

Estímulo aos Investimentos Estrangeiros Diretos - reduzindo ou eliminando restrições para o investimento de capitais na instalação de filiais de determinadas empresas fora de seus países sede.

Juros de Mercado - permitindo a adaptação às conjunturas momentâneas a partir de taxas flutuantes.

Câmbio de Mercado - viabilizando a realização de ajustes nos balanços de pagamentos e associando seu comportamento às intervenções das autoridades monetárias, ou seja, dos bancos centrais.

Direito à Propriedade Intelectual - protegendo principalmente o que se refere a patentes, marcas, desenho industrial, indicação geográfica e cultivares. (Consenso de Washington apud BATISTA, 1994, p. 45)

Em 1.990 o Brasil incorporou essa dinâmica econômica e política em seu cenário, ocasionando uma série de retrocessos nos direitos sociais conquistados pela movimentação da classe trabalhadora dos anos 80, e a desresponsabilização do Estado em relação as políticas públicas, terceirizando sua responsabilidade, transferindo-as para a sociedade civil; ongs, organizações sociais, e organizações privadas e beneficiando as empresas e a elite.

“A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa "natural" de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos. Em outras palavras, isso significava reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas, então às voltas com uma estagflação, resultado direto dos legados combinados de Keynes e de Beveridge, ou seja, a intervenção anticíclica e a redistribuição social, as quais haviam tão desastrosamente deformado o curso normal da acumulação e do livre mercado. O crescimento retornaria quando a estabilidade monetária e os incentivos essenciais houvessem sido restituídos”. (Anderson, 1995, p. 9-10)

A adoção dessas medidas representou uma contrarreforma de Estado, inicialmente porque a reforma que havia acontecido com a Constituição Federal de 1.988, que reconhece os direitos sociais dos cidadãos como responsabilidade do Estado, é diluída com a chegada da corrente neoliberal que torna inviável a intervenção estatal nas políticas sociais, causando um desmonte de direitos. Quando pensamos em reformas, pensamos em melhorias nas condições de vida da maioria da população e na ampliação de direitos, mantendo ainda assim o sistema vigente, mas nesse caso, o neoliberalismo representou prejuízo para a classe trabalhadora, essa nova corrente trouxe exatamente o oposto a essas características.

Entretanto, na maré de reconhecimento de sujeito de direitos, a saúde mental volta sua atenção para o sujeito, não mais para a patologia, criando novas estratégias para a inserção e reabilitação da pessoa com

transtorno mental. Essas mudanças no cenário político, econômico e social brasileiro, e por consequente no mundo do trabalho, trouxe novos espaços sócio ocupacionais para o assistente social, que abrange seu campo de atuação, ressignificando o uso do instrumental técnico-operativo, inserindo-se na saúde mental tratando de dimensões que ultrapassam a subjetividade, e que aparecem nos fatores condicionantes da reprodução social, como dificuldade no acesso a moradia, emprego, transporte, educação, más condições de trabalho, convivência com a violência e criminalidade, etc... todas as condições que impossibilitam o exercício da cidadania e a reabilitação da pessoa com transtorno mental.

(...) este movimento enfatiza a importância da reabilitação social dos portadores de sofrimento mental, por meio de programas nas áreas de trabalho, habitação, lazer (práticas que não são especificamente “psi”), ressaltando a necessidade de se estabelecer uma cidadania efetiva para o usuário de Saúde Mental: os aspectos sociais são essenciais para um serviço integralizado de assistência (BISNETO, 2003, p. 115).

Portanto, o assistente social inserido na saúde mental precisa ter conhecimento do projeto ético político e visão ampliada do processo saúde-doença, afim de abrir um leque de novas perspectivas para criar novas técnicas de manuseio da saúde mental e isso pode efetivar-se através de um olhar crítico da realidade, entendendo as contradições e extrapolando a limitação institucional e as relações de poder.

“O assistente social pode fazer muitas coisas em Saúde Mental – assistência social, benefícios previdenciários, cuidado, oficinas, atuar terapeuticamente, ser técnico de referência, outras tarefas – desde que faça a conexão entre a intervenção e a totalidade das relações sociais que afetam o problema, isto é, unindo singular e particular ao universal, recolocando as demandas do mundo “psi” na sua própria referência profissional, sem perder de vista os conteúdos políticos da Saúde Mental e a perspectiva histórica e social de sua atuação” (BISNETO, 2003, p. 127)

Considerações Finais

O trajeto linear do presente trabalho nos mostra de forma um pouco rasa como deu-se o processo de institucionalização da pessoa com transtorno mental e ganha profundidade na discussão da trajetória do Serviço Social brasileiro desde suas práticas psicologizantes de culpabilização do indivíduo- que apenas reforçava os tratamentos patológicos da pessoa com transtorno mental- até os dias de hoje, cuja profissão aponta para a liberdade e emancipação humana encontrando-se em consonância com a proposta da Reforma Sanitária.

A saúde pode ser entendida como a experiência do viver de cada corpo e indivíduo em sua particularidade, particularidade esta que pode ser afetada pelo meio. O processo saúde-doença foi compreendido de diversas maneiras na sociedade. Na antiguidade as doenças eram explicadas através do discurso religioso, eram tidas como castigo divino e dignificadora do homem. Outrora foi considerada como a harmonia funcional do organismo, vigor físico e equilíbrio mental. Apenas nos anos 80, a saúde passa a ser entendida para além da ausência de enfermidades, vista como bem-estar físico, mental e social e o transtorno mental deixa o campo da patologia e passa a ser entendido como uma condição ocasionada por diversos fatores.

Em campo é possível constatar grandes dilemas sofridos tanto pelos usuários do serviço público de saúde, quando pelos profissionais que lidam diariamente com a flexibilização, precarização, insegurança no trabalho, a falta de materiais para uma boa atuação, o número reduzido no quadro de profissionais gera um grande estresse que é refletido no atendimento aos usuários. Outra uma grande dificuldade de atendimento no CAPS ocasionado pela falta de socialização de informação, os médicos que fazem os encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde não sabem informar os usuários porque estão sendo encaminhados e o que eles devem esperar deste equipamento. Os próprios profissionais do CAPS III as vezes parecem estranhos ao que a reforma psiquiátrica propôs, esse é mais um sinal de

precarização do trabalho, pois nem mesmo o trabalhador se reconhece no seu trabalho, são grandes as contradições do serviço e do nosso sistema. Por mais que a organização idealizada pelo SUS seja exemplar, ainda sobra margem para acontecer uma grande desorganização que vai desde a ausência de identificação na fachada do equipamento até defasagem no número de profissionais.

Partimos do pressuposto que o homem é um ser social, diferente de um ser natural, assim, ele só se distingue dos outros animais pela objetivação e transformação da natureza em materiais que atendam suas necessidades, e essa transformação se dá através do trabalho, do tempo e força de trabalho gastos para tal transformação. A partir dessa atividade, o homem cria relações de organização, como comportamento, formas de agir e como se vinculam à essa forma de produção, ou seja, a partir dessa atividade, o homem constrói relações sociais. Segundo Marx (1985, p 25) *“o modo de produção de vida material condiciona o processo em geral de vida social, político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência”*. Nesse movimento dialético, além de construírem materiais necessários para manutenção física da vida, os seres humanos constroem a si mesmos como indivíduos. Essas construções passam pela subjetividade de cada um, porém existe uma moral dominante, comportamentos e normas a qual todos estão submetidos, portanto não é possível fazer uma análise do homem de forma isolada, consideramos sua inserção na sociedade para analisar suas relações. No sistema capitalista, o trabalho é uma atividade valorizada socialmente, ao contrário da loucura, no entanto, podemos dizer que, uma das maneiras de conseguir a emancipação da pessoa com transtorno mental na sociedade capitalista é através do trabalho. Portanto temos que, da mesma forma que o trabalho pode emancipar a loucura, ele também pode gerá-la.

Reconhecendo que os transtornos mentais são ocasionados ou agravados pelas manifestações da questão social, não sobra dúvidas de que a saúde mental ultrapassa a subjetividade do sujeito, e conforme orientações do nosso projeto Ético-político, precisamos atuar como profissionais que analisam, planejam e executam ações criticamente, isso contribui com uma ótica diferente da ótica dos terapeutas e muitas vezes aponta falhas que passam despercebidas por mera automatização do trabalho realizado.

No caso da assistente social do CAPS III- Praia a maior dificuldade de atuação está em lidar com os conflitos entre os profissionais que parecem desconhecer o trabalho interdisciplinar, a assistente social é vista quase que como uma secretária dos psicólogos, tendo até mesmo que recorrer as normas e princípios do Serviço Social para explicar que certas atribuições não são sua função. O papel da assistente social na socialização de informação e conhecimento do espaço sócio-ocupacional são fundamentais, para os usuários, para os colegas profissionais e para o próprio profissional, para superação da institucionalização, das relações de poder e de medidas paliativas, destinadas a “quebrar galho”. Por tanto é trabalho do assistente social identificar as manifestações da questão social que aumentam o sofrimento mental e pensar estratégias exequíveis mesmo dentro de suas limitações como forma de superação.

Há diversos dilemas, como a focalização e seletividade das políticas públicas sociais para a parcela mais pobre da população, isso limita o serviço prestado e torna mais difícil a reabilitação social dos usuários, além de ser contraditório ao sentido da universalidade que prega o SUS, acaba excluído aqueles que não se encaixam nos critérios e condições propostas. A medicalização de fatores sociais como conflitos familiares ou estresse ocasionado pelo trabalho, também acontece de uma forma um tanto quanto errônea. Muitos usuários chegam com demandas que necessitam de medicalização, mas logo após não há terapias alternativas, que não envolvam medicamentos. Aqui eu percebo a importância de uma boa formação, porque

apenas com profissionais que entendam esse processo, e que analisem criticamente seu trabalho que será possível remover essa série de dificuldades encontradas para uma plena execução do serviço.

São muitos os avanços conquistados ao longo da história das relações da pessoa com transtorno mental, assim como ao longo da trajetória do Serviço Social no Brasil. Ainda há muito caminho a percorrer para pensar formas de inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade e refletir sobre o processo do Sistema Único de Saúde, que apesar de algumas falhas, principalmente administrativas e profissionais, apresenta um grande feito nos cuidados na rede de saúde brasileira. E a presença do Serviço Social é imprescindível nessa política, pela sua criatividade e posicionamento crítico para analisar, planejar e executar projetos e programas, num processo educativo que visa potencializar a ressocialização dos indivíduos, como também pela própria proposta da multidisciplinaridade do SUS e da ideia tirar o médico e o hospital do centro do tratamento da pessoa com transtorno mental na sociedade.

Superar a ideia de que o assistente social é um agente que lida apenas com casos de miséria como distribuidor de programas de transferência de renda é um processo difícil, que precisa ser desconstruída. Exige paciência, força, luta, estudos e clareza sobre o cenário que nos encontramos, procurando estar em consonância com nosso projeto ético político e viver em uma sociedade sem preconceitos é um passo para conquistar a liberdade apontada no primeiro princípio fundamental do nosso projeto profissional.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.

Arbex, D. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. São Paulo, Geração Editorial, 2013.

BATISTA, P. N. **O Consenso de Washington: A Visão Neoliberal dos Problemas Latino-Americanos**. São Paulo: Consulta Popular, 1994.

BIANCHETTI, L. **Aspectos históricos da educação**. Revista Brasileira de Educação Especial, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 11, 1995.

BISNETO, JOSÉ AUGUSTO, (2003). **“Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental”**. In: Serviço Social e Sociedade, 2003, n° 82. Cortez, São Paulo.

BORGES, C.F; BAPTISTA, T.W.F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004**. Cad. Saúde Pública, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL/MS/DNS/SNDM. Relatório de atividades do SNDM ao diretor do DNS. 1956. Núcleo de Documentação e Pesquisa do IMASJM/SMS, Caixa 417 / Envelope 3106

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/guia_psf.pdf. Acesso em 14 mai. 2015. _____. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília – DF, 2004.

COMÊNIO, J.A. **Didáctica magna: tratado de ensinar tudo a todos**. 2. ed. Trad. de Joaquim Ferreira Gomes. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1976.

CARDOSO, P.F.G. **Ética e Projetos Profissionais: Os diferentes caminhos do Serviço Social no Brasil**. Ed. Papel Social. Campinas-SP, 2013.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 1. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREYZE P. J. A. **O que é loucura**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

GOFFMAN, E. **Estigma- notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. LTC, 2004.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004.

MATOS, P. **A História da Casa dos Horrores**. Ed. Cegraf, Santos, 2004

MARX, K. **O Capital. Crítica da economia política**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. L.1, v. 2.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985a. Livro 1, v.1, t.1.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo, Cortez: 1991.

NETTO, José Paulo. **Movimento de reconceituação 40 anos depois**. Revista e sociedade, nº. 84, nov. de 2005.

PASSOS, I.C.F.. **Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte, Argvmentvm, 2009. p. 43-57.

SILVA, O. M. **Epopeia Ignorada: A história da pessoa deficiente no mundo de ontem e de hoje**. 1987

TOLEDO, C. N. de. **“A democracia populista golpeada”**. In. TOLEDO, Caio Navarro (org). **1964: visões críticas do golpe: democracia e reformas no populismo**. Campinas/São Paulo, Editora Unicamp, 1997.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, E. M. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental**. In: Serviço Social e Sociedade, 1997, n° 54. Cortez, São Paulo.

VIEIRA, B.O. **Serviço Social: processos e técnicas**. 6.ed Rio de Janeiro, Agir, 1988.