



**FACULDADE RATIO**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MARIA ALICE MARTINS DE MENEZES**

**UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE O PERÍODO QUE ANTECEDE O PROCESSO  
DE REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**FORTALEZA**  
**2020**

MARIA ALICE MARTINS DE MENEZES

UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE O PERÍODO QUE ANTECEDE O PROCESSO  
DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Maria do Socorro Lima Martins Matos

FORTALEZA

2020

MARIA ALICE MARTINS DE MENEZES

UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE O PERÍODO QUE ANTECEDE O PROCESSO  
DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Maria do Socorro Lima Martins Matos  
Orientadora

---

Dr<sup>a</sup> Virzangela Paula Sandy Mendes  
(Examinadora)

---

Dr<sup>o</sup> Assis Mota  
(Examinador)

A minha família, pelos ensinamentos e pelo amor incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus porque sempre esteve a minha frente no controle da minha vida.  
A professora Virzangela que tanto me ajudou e a minha orientadora Professora  
Mestre Maria do Socorro Lima Martins Matos

“Não sou verdadeiramente livre se estou usurpando a liberdade de alguém, assim como não sou livre quando minha humanidade me é tirada.” (Nelson Mandela)

## RESUMO

A história da loucura ao longo do tempo foi encarada de diversas formas, principalmente no que se refere ao seu conceito e às suas formas de tratamento. Foi longo o processo de mudanças até se chegar ao Movimento de Reforma Psiquiátrica. Com o objetivo de compreender o processo dessas mudanças, surgiu interesse pelo tema Saúde Mental. Para tanto, buscou-se, primeiramente, realizar uma contextualização da história da loucura, tanto em nível mundial como em terras brasileiras, até se chegar ao Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará. Posteriormente, analisou-se como ocorreu a inserção do Serviço Social na área da Saúde Mental, dando ênfase nas principais demandas atendidas pelo assistente social antes e após o processo de Reforma Psiquiátrica. Para sua execução, realizou-se pesquisa de natureza qualitativa, elaborada a partir de pesquisa bibliográfica. Observou-se que a Reforma Psiquiátrica possibilitou mudanças significativas no trato das pessoas com transtorno mental nos seus mais variados aspectos, e isso influenciou a atuação dos profissionais de saúde mental

**Palavras-chave:** Loucura. Reforma Psiquiátrica. Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The history of madness over time has been viewed in different ways, mainly with regard to its concept and its forms of treatment. The process of changes was long until the Psychiatric Reform Movement was reached. In order to understand the process of these changes, interest in the theme of Mental Health emerged. To do so, we first sought to contextualize the history of madness, both on a global level and in Brazilian lands, until reaching the Psychiatric Reform Movement in Brazil and Ceará. Subsequently, it was analyzed how the insertion of Social Work in the area of Mental Health occurred, emphasizing the main demands met by the social worker before and after the Psychiatric Reform process. For its execution, a qualitative research was carried out, based on bibliographic research. It was observed that the Psychiatric Reform enabled significant changes in the treatment of people with mental disorders in its most varied aspects, and this influenced the performance of mental health professionals

**Keywords:** Madness. Psychiatric Reform. Social service.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAD Centro de Atenção Diária  
CAIS Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental  
CAPS Centro de Atenção Psicossocial  
CEAS Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo  
CERSAMS Centros de Referência em Saúde Mental  
DINSAM Divisão Nacional de Saúde Mental  
IAPs Institutos de Aposentadorias e Pensões  
INPS Instituto Nacional de Previdência Social  
LBA Legião Brasileira de Assistência  
MTSM Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental  
MPAS Ministério da Previdência e Assistência Social  
NAPS Núcleos de Atenção Psicossocial  
PTMS Portadores de Transtornos Mentais Severos  
SMDS Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social  
SENAI Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
SESI Serviço Social da Indústria  
SRTs Serviços Residenciais Terapêuticos  
SUS Sistema Único de Saúde  
UPHG Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA LOUCURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Da Loucura à Doença Mental .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Contextualização da Loucura no Brasil .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará .....</b>	<b>30</b>
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Um Resgate Histórico da Profissão de Serviço Social no Brasil .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 A inserção do Serviço Social Brasileiro na Área da Saúde Mental.....</b>	<b>43</b>
<b>3.3 As Demandas Profissionais do Serviço Social antes da Reforma         Psiquiátrica Brasileira .....</b>	<b>50</b>
<b>3.4 A Atuação do Assistente Social após a Reforma Psiquiátrica.....</b>	<b>53</b>
<b>4 O ASSISTENTE SOCIAL E O SERVIÇO PSQUIÁTRICO .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1 Análise dos Dados Referentes ao Período que Antecede o Processo de         Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza.....</b>	<b>56</b>
<b>4.2 Análise dos Dados Referentes à Atuação Profissional das Assistentes         Sociais após a Publicação da Lei nº 10.216/2001 no Município de         Fortaleza.....</b>	<b>58</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de loucura é uma construção histórica que já foi interpretada de diversas formas, variando a partir dos aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais de cada época. A obra de Michel Foucault intitulada como “História da Loucura na Idade Clássica”, de 1978, faz uma análise das modificações de conceitos e significados pelos quais a loucura passou até adquirir o status de doença mental. Conforme Heidrich (2007), até a Idade Média a loucura recebia uma explicação mística. Na Idade Moderna, o louco passa a ser visto como alguém desprovido da razão e que necessita ser excluído da sociedade juntamente com aqueles que não se ocupavam do trabalho. Esta exclusão acontecia através de internações em hospitais que não tinham a função de tratar a loucura, mas sim de tirar do convívio social todos aqueles que pudessem comprometer a ordem pública. Esta situação se modifica somente no final do século XVIII, quando a loucura adquire o status de doença mental. É também neste período que nasce a psiquiatria representada pelo médico Philippe Pinel<sup>1</sup> e o manicômio passa a ser o lugar destinado ao tratamento da loucura. As internações nos manicômios e o conceito de doença mental permaneceram até meados do século XX (HEIDRICH, 2007).

No século XX, depois da Segunda Guerra Mundial, surgem nos Estados Unidos e em alguns países europeus as primeiras propostas de reformas psiquiátricas, com o objetivo de transformar o espaço asilar e o tratamento dado à loucura. É nesse período que o conceito de doença mental é substituído por saúde mental, com o intuito de mostrar outras perspectivas de atuação com os indivíduos que sofrem de distúrbios mentais (HEIDRICH, 2007).

Assim como nos demais países da Europa, o tratamento dado à loucura, no Brasil, também passou por várias modificações desde a sua colonização. Nesse sentido, pode-se destacar que a saúde mental no Brasil se baseou por muito tempo no modelo assistencial, que tinha sua concentração no hospital psiquiátrico como instituição mais importante no tratamento às pessoas com transtornos mentais.

---

<sup>1</sup> Médico francês, um dos pioneiros da psiquiatria moderna. Reformulou o tratamento dos doentes mentais e condenou o tratamento empírico baseado em credices e superstições. Outra contribuição importante de Finei à psiquiatria foi a prática de manter os prontuários dos pacientes bem documentados.

Rocha (2012) destaca que até a década de 1970, o tratamento das pessoas com transtorno mental foi realizado por meio da psiquiatria clássica, que isolava o “indivíduo patológico” do convívio comunitário expondo-o a tratamentos arcaicos, violentos, voltados para a patologia e não para o sujeito. Este cenário começa a mudar a partir desta mesma década, quando ocorre o processo inicial da Reforma Psiquiátrica no Brasil juntamente com a eclosão do Movimento Sanitário, com o qual se almejava a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. É frente à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e mais os esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos que o processo da Reforma Psiquiátrica iniciou-se no país (BRASIL, 2005).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi resultado de muitas lutas e reivindicações, tanto por parte dos usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de Saúde Mental. O seu debate inicia-se na década de 1970, após uma série de denúncias realizadas por médicos residentes relacionadas às más condições de trabalho e ao tratamento desumano destinado às pessoas com transtorno mental. Após esses acontecimentos, surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que juntamente com os demais movimentos sociais passa a lutar pela superação do modelo asilar e pela efetivação dos direitos dos pacientes de saúde mental<sup>2</sup>.

É também nesse período que o trabalho do assistente social em hospitais psiquiátricos passa a ser requisitado devido à necessidade de uma equipe multiprofissional. Mas essa contratação de assistentes sociais era apenas para cumprir a regulamentação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. “O Serviço Social foi demandado pelo Estado Ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos ‘necessitados’” (BISNETO, 2007, p. 25). Neste período o regime militar estava ocorrendo e a justificativa era de que a presença do Assistente Social era para controlar e manter esse estado ditatorial, como aponta Bisneto (2007)

O interesse pelo estudo deste tema tem sua origem em questionamentos elaborados a partir do primeiro contato com o conceito de loucura. Outra motivação foi uma breve leitura da obra de Foucault, intitulada “História da loucura na Idade

---

<sup>2</sup> [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

Clássica” na qual, entre outras questões, o autor aborda a respeito do processo de institucionalização da chamada loucura, do isolamento do chamado louco do convívio em sociedade, como também faz uma análise das modificações dos discursos sobre loucura através do tempo. Segundo Foucault, esse conceito já teve inúmeras interpretações.

Podemos perceber que a história da loucura ao longo do tempo foi encarada de diversas formas, principalmente no que se refere ao seu conceito e às suas formas de tratamento. Foi longo o processo de mudanças até se chegar ao Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Com o objetivo de compreender o processo dessas mudanças, surgiu meu interesse pelo tema Saúde Mental, mas como no decorrer de todo o processo de formação a temática da atuação profissional do Assistente Social sempre esteve presente em todos os semestres, tanto em sala de aula como nos seminários palestras, desse modo, tornou-se interessante compreender não apenas as modificações vivenciadas no campo da Saúde Mental após a Reforma Psiquiátrica, mas também como se deu a inserção e a necessidade de Assistentes Sociais atuando na Saúde Mental, e as modificações que ocorreram em sua atuação profissional do decorrer dos anos. Outro ponto relevante foram as mudanças precisas e incisivas nas condições de trabalho e na organização da categoria do Serviço Social no decorrer desse processo.

De acordo com Rosa e Melo (2009), historicamente, a inserção do assistente social em saúde mental no Brasil se inicia na década de 1940, a partir do trabalho em instituições voltadas para a infância. Em seguida, o assistente social é incorporado aos hospitais psiquiátricos, atuando na “porta de entrada e saída” dos serviços, como informa Vasconcelos (2000). As ações dos assistentes sociais no espaço hospitalar voltam-se preponderantemente para levantamentos de dados sociais dos Portadores de Transtornos Mentais Severos (PTMS) e seus familiares; confecção de atestados sociais; encaminhamentos para a rede socioassistencial e difusão de informação e orientação social, sobretudo para regularizar a documentação e acessar benefícios sociais, aposentadorias. O movimento da reforma psiquiátrica possibilitou múltiplas inserções dos assistentes sociais em saúde mental, ainda pouco explorada na literatura da categoria.

Com o intuito de compreender o porquê dessa dinamicidade e das modificações que ocorreram tanto na Saúde Mental como no trabalho do assistente

social após a Reforma Psiquiátrica, surgiram alguns questionamentos: Por que o conceito de loucura modificou-se no decorrer dos tempos? Em que momento tornou-se necessária a inserção do assistente social no campo da Saúde Mental? Como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará? Como eram as demandas atendidas pelo assistente social antes da Reforma Psiquiátrica e qual a influência desta na sua prática profissional atualmente?

De acordo com os questionamentos explicitados, foi possível definir os objetivos desta pesquisa. O objetivo geral desta investigação se constitui em: Analisar se ocorreram modificações na atuação profissional do Assistente Social após a Reforma Psiquiátrica. Enquanto como objetivos específicos: realizar uma contextualização da história da loucura; identificar como ocorreu a inserção do Serviço Social na área de Saúde Mental e qual o seu papel neste contexto; pesquisar as principais demandas atendidas pelo assistente social antes e após a Reforma Psiquiátrica em Fortaleza.

Esta pesquisa torna-se relevante porque, apesar das inúmeras conquistas e avanços no campo da Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica ainda está em pleno processo no Brasil, e a consolidação desse processo ainda necessita de aprofundamento e discussão, fomentando estratégias que possibilitem ao usuário do campo da saúde mental uma assistência qualificada e interdisciplinar, tendo por prioridade a inclusão, a escuta do sujeito e o convívio familiar e social. Neste processo o Serviço Social tem papel fundamental, pois considerando as possibilidades e desafios presentes na atual conjuntura os assistentes sociais contribuem de forma direta nas transformações dos espaços da Saúde Mental, bem como na consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Desta forma, a metodologia utilizada para garantir um melhor resultado com a pesquisa teve caráter eminentemente qualitativo, pois para compreensão de relações tão particulares e específicas é necessária uma opção metodológica que aponte os vários significados do objeto investigado. Segundo o pensamento de Minayo (1994):

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

reduzidos à operacionalização de variáveis. Ainda sobre abordagem da pesquisa qualitativa, Martinelli (1999) informa que:

Essa pesquisa tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito (MARTINELLI, 1999, p. 21-22).

De acordo com Gil (2002, p. 44), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema (MARTINS, 2001). Podemos somar a este acervo as consultas a bases de dados, periódicos e artigos indexados com o objetivo de enriquecer a pesquisa. Este tipo de pesquisa tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI e LAKATOS, 2003). Desta forma, a pesquisa bibliográfica não é apenas uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim, proporciona o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras. Demo (2000), completa dizendo que a ideia da pesquisa é de induzir o contato pessoal do aluno com as teorias, pôr da leitura, levando à interpretação própria. Adotamos como estratégia metodológica, a revisão bibliográfica por utilizar a revisão narrativa que é um dos tipos de revisão de literatura, pela possibilidade de acesso à experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA LOUCURA

### 2.1 Da Loucura à Doença Mental

Não é possível relatar o período exato em que surge a loucura na história da humanidade, muito menos identificar-se de forma geral a maneira que esta era caracterizada, tratada e enfrentada, pois em cada época histórica, cada sociedade teve sua forma específica de abordar esse fenômeno. Nessa perspectiva, Bisneto (2007) afirma que:

O fenômeno singular conhecido como loucura tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades, inclusive sociedades identificadas como primitivas. Foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais. Era considerada como experiência diferente de vida, ora apreciada, ora combatida, dependendo da sociedade em que se expressava, ou de como se manifestava nos diferentes contextos (BISNETO, 2007, p. 173).

Nesse sentido, é possível compreender que a loucura sempre esteve presente na sociedade, mas os seus significados sofreram alterações no decorrer das épocas. Cabe salientar que muitos fatores influenciaram nessa mudança de discursos acerca da loucura, dos quais podem-se destacar: os valores culturais de cada sociedade, como também as condições sociais, econômicas e políticas presente em cada época.

De acordo com Foucault (1978), do começo até o final da Idade Média, a loucura era natural na vida cotidiana, os “loucos” circulavam livremente por todos os espaços sociais. Assim, não era percebida a necessidade de uma intervenção médica e muito menos da ideia de seu isolamento, pois, não havia por parte das autoridades da época nem da sociedade uma preocupação com a loucura. Nesse período, os sujeitos excluídos da sociedade eram os leprosos. As famílias mais abastadas contratavam um assistente especialmente para cuidar de seus “loucos” em casa. Já no caso dos pobres sua sobrevivência era, muitas vezes, assegurada pela caridade pública ou quando realizavam pequenos trabalhos. Amarante (1994) esclarece que os indivíduos sem recursos financeiros com sinais de comprometimento psíquico podiam ser encontrados perambulando pelas vias públicas, quando apresentavam comportamentos inadequados eram recolhidos em cadeias nas quais, muitas vezes, eram vítimas de maus tratos.

Conforme nos afirma Foucault (1978), é no final da Idade Média que o louco passa a ser estigmatizado, pois, com o objetivo de manter o controle sobre o

comportamento dos indivíduos, a Igreja passa a explicar a loucura como obra demoníaca. Nesse período era conferido à religião o papel de explicar os fenômenos que escapavam à compreensão humana. A esse respeito, Rezende (2005) nos informa que a crença medieval em torno do constante embate entre Deus e o demônio era a única explicação para todos os fenômenos naturais e sociais da época. Com o passar dos séculos, a supervalorização da crença religiosa é substituída pelas investigações científicas. É quando se inicia uma série de mudanças na sociedade resultado do advento da modernidade. Em relação a esse fenômeno, Rezende (2005), através de suas observações históricas, assinala que tais modificações delinearam um novo momento histórico denominado Renascimento (séc. XV e XVI). Nesse período, a loucura e a razão passaram a ter uma relação muito próxima e, por esse motivo, o fenômeno da loucura deveria ser combatido e controlado através do aprisionamento.

De acordo com Foucault (1978) é durante a Renascença que os loucos começam a ser banidos do convívio social. Partindo de uma representação literária denominada “Nau dos Loucos”, os indivíduos com sinais de adoecimento mental passam a ser recolhidos e embarcados em navegações sem rumo determinado, como forma de livrar a sociedade dos indesejáveis. Ainda de acordo com o mesmo autor, passa a se tornar comum em diversas cidades da Europa a construção de asilos para abrigar os indivíduos considerados loucos. Contudo, o real objetivo da criação desses asilos, que antes eram ocupados pelos leprosos e perderam sua utilidade após a lepra ser banida, não era tratar os doentes, e sim prevenir a vadiagem e garantir a segurança dos cidadãos. Em relação a isso, Foucault afirma que:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros dois ou três séculos mais tarde. Pobres vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...] (FOUCAULT, 1978, p. 6-7).

É a partir da decisão de internar os “loucos”, com intuito de evitar possíveis desordens, que se inicia a institucionalização da loucura. Vale frisar que não são apenas os considerados loucos a serem retirados do convívio social, também os mendigos, as prostitutas, os criminosos, os idosos e os pobres, são retirados da sociedade para que assim não comprometam a ordem social. É nesse

momento que surgem os chamados hospitais gerais, os quais, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa. Seu objetivo central estava ligado à coerção e também servia como um mecanismo de controle do Estado sobre a população. Com bem afirma Foucault:

Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos (FOUCAULT, 1989, p. 79).

Dessa forma, pode-se perceber que essas internações arbitrárias serviram apenas para retirar da sociedade todos aqueles que pudessem atrapalhar a nova ordem social, ou seja, serviram de instrumento de defesa de interesses da classe dominante.

Passou-se muito tempo para que a loucura se tornasse uma preocupação médica e passível de tratamento. “Foucault situa a separação da loucura e da razão entre os séculos XVII e XVIII com o advento do saber psiquiátrico e a medicalização da loucura, que passa a ter seu lugar instituído agora no domínio científico.” (MAGRI, 2009, p. 27). Este momento se consolida apenas no final do século XVIII com a nomeação de Philippe Pinel, em 1793, para dirigir o Bicêtre (hospital francês). É quando surge uma nova concepção para a loucura, que passa a ser vista como doença mental, passível de cuidados médicos, e o louco agora passa a ser reconhecido como alienado, doente. Sobre esse processo Viana (2007, p. 26 *apud* SILVA, 2013, p. 24) nos informa que:

A loucura como doença e a especialidade médica em psiquiatria são bem recentes, datadas de aproximadamente 200 anos. Embora a loucura e os locais onde fosse tratada sempre existissem, foi a partir do século XVIII que se estabeleceu a “instituição psiquiátrica” e a nova forma de vivenciar a condição humana, com o trato do “diferente”, aquele que não se adaptava aos padrões normais e que deveria ser excluído do convívio dos normais e da sociedade.

Essa mudança de status da loucura é inerente à nova ordem social burguesa que passa a exigir não apenas uma nova conceituação para a loucura como também novas formas de tratamento, pois, com a instauração das novas

normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico<sup>3</sup>, não podia haver privação de liberdade sem garantias jurídicas. A partir disso, a internação e reclusão das pessoas com transtorno mental nos asilos passou a ter função terapêutica tornando-se indispensáveis para o seu tratamento e para sua “cura”. Daí por diante, pode-se perceber que a loucura também passa a ocupar um novo espaço, denominado de asilo, pois Pinel acreditava ser necessário isolar a pessoa com transtorno mental do mundo externo, para que assim ele pudesse conhecer e separar os enfermos por categoria de alienação mental. Para Amarante (2003, p. 42) a grande contribuição de Pinel foi trazer a problemática da loucura para a medicina, ou seja:

A loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante. Se por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio de tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão e não a sua alteridade.

Assim, Pinel passa a ser apontado como o primeiro idealizador de um método terapêutico para a loucura na modernidade, sendo para ele passível de cura.

Por outro lado, as formas de tratamento destinado ao agora chamado doente mental continuavam baseando-se na exclusão. O espaço asilar proposto por Pinel mais uma vez estava ligado ao advento de manter a ordem social e de contribuir para os interesses da classe dominante. Essa função moral estava bem explícita no pensamento e na obra de Pinel:

Pinel e seu discípulo Esquirol defendiam a orientação da função do hospital psiquiátrico com ênfase na disciplina, na vigilância aos internos e no tratamento moral. O louco tinha que ser afastado da comunidade tanto para protegê-lo dos aspectos sociais que contribuíam para seu surto (alcoolicismo, fanatismo religioso, conflitos familiares, miséria, competitividade, entre outros), quanto para proteger a sociedade das suas atitudes (AZEVEDO, 2009, p. 9).

---

<sup>3</sup> Com os princípios de liberdade, igualdade e fraternidade defendidos na Revolução Francesa, e com a elaboração da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, bem como o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias. O alienado já não poderia ser enclausurado sem alguma justificativa.

Dessa forma, pode-se entender que, para Pinel, a loucura estava completamente associada à moral, sendo necessária a imposição da ordem para o tratamento da doença mental e o isolamento era necessário para recuperação e socialização do doente. A partir daí se inicia uma série de críticas à concepção pineliana e a seu caráter de tratamento, posto que a partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço o chamado louco aparece, sem dúvida, sequestrado como os outros, porém por outras razões.

Ao longo do século XX, o hospital psiquiátrico continua ocupando a dimensão de espaço de tratamento aos socialmente reconhecidos como loucos. Mas este não representa exatamente o resultado de avanços científicos nos modos de “lidar” com o fenômeno loucura ou com a questão da “doença mental”. Do ponto de vista histórico, essencialmente, o hospital psiquiátrico apenas oferece respostas a determinadas demandas sociais, institucionaliza necessidades da sociedade.

O que se percebe é que os espaços asilares no domínio da psiquiatria cumpriram a função de manter as pessoas com transtorno mental afastadas do convívio social, já que os indivíduos internos além de possuírem adoecimento mental eram predominantemente pobres. Conclui-se que o asilo foi destinado desde suas origens ao atendimento da população pauperizada, pois seguia a moral burguesa que visava à manutenção da ordem pública. Para Foucault:

A exclusão a que são condenados está na razão direta desta incapacidade e indica aparecimento no mundo moderno de corte que não existia antes. O internamento foi então ligado nas suas origens no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social (FOUCAULT, 1989, p. 79).

Portanto, a tão almejada cura da loucura proposta por Pinel não foi alcançada, e essas instituições, as quais mais puniam do que tratavam, se transformaram mais uma vez em locais de abandono e exclusão, tanto por parte da família, como por parte da sociedade que não apresentavam propostas alternativas para essas pessoas com sofrimento mental. O que nos leva a concluir que interesses políticos, morais e econômicos forjaram por muito tempo o lugar social destinado às pessoas com transtorno mental.

Segundo Heidrich (2007), embora sofrendo várias críticas e resistências, o modelo asilar desenvolvido por Pinel permaneceu por muito tempo como método de “cura” destinado às pessoas com sofrimento mental. Somente no século XX, no

período pós-Segunda Guerra, é que essas críticas, diante das denúncias quanto à forma de tratamento desumana que essas pessoas eram submetidas nos manicômios vão exigir mudanças ou “reformas” nos hospitais psiquiátricos. Referente a esse contexto, Amarante salienta:

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de ‘reformas psiquiátrica’ (AMARANTE, 1995, p. 40).

Portanto, em meio às descobertas das barbaridades que aconteciam nos hospícios, a sociedade entra em cena para cobrar um tratamento humanizado que valorize todos os aspectos da vida do sujeito e não somente o seu adoecimento. O autor ainda informa que nesse período surgiram as primeiras propostas de ‘reformas psiquiátrica’.

Seguindo o raciocínio de Heidrich (2007), a partir da década de 1940, foram desenvolvidas, em diferentes países<sup>4</sup>, várias experiências de transformação do hospital psiquiátrico.

A literatura divide as experiências em três grandes grupos: um primeiro, que tinha como proposta abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional); um segundo grupo, que assumia a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (Psicoterapia de Setor e Psiquiatria Comunitária – ou Preventiva); e um terceiro grupo, que dirigia os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e práticas (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana) (HEIDRICH, 2007, p. 37).

Esses primeiros modelos de reforma tinham em comum o fato de questionar o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico, pois todos concordavam que o hospital em si não conseguia recuperar nem auxiliar na recuperação dos internos. Contudo, iremos nos reportar apenas à Psiquiatria Democrática Italiana,

---

<sup>4</sup> “As discussões a respeito da reforma psiquiátrica em nível mundial têm ocorrido de acordo com a conjuntura específica de cada país; daí a existência de diferentes modelos, dentre os quais se encontram as reformas: francesa, canadense, americana e italiana” (ACIOLY, 2009, p. 3). Sobre essas experiências conferir AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

que teve Franco Basaglia<sup>5</sup> como seu principal idealizador, por ter sido essa, segundo Rotelli e Amarante (2000), a de maior influência para o Brasil.

De acordo com os estudos de Bonfante (2009), em 1961 Basaglia é chamado para assumir a direção do Hospital Provincial de Gorizia, norte da Itália. É nesse momento que ele presencia e passa a compreender a dura realidade vivenciada no manicômio. Ele entendia que aquela situação desumana era reflexo da questão social<sup>10</sup>, como também era produto da opressão capitalista. Com o objetivo de intervir nessa realidade de forma efetiva, ele procura compreender as experiências de reformas psiquiátricas com o objetivo de aplicar em Gorizia.

A partir dos questionamentos e reflexões levantadas em torno do paradigma psiquiátrico clássico, o conceito de desinstitucionalização recebe um novo sentido com Basaglia, que passa a ser adotado como seu princípio norteador.

O processo de desinstitucionalização italiano não se traduziu em desospitalização, contrapondo-se a toda política de abandono e desassistência. O processo de desinstitucionalização complexifica o que o paradigma clássico e o racionalismo científico haviam simplificado — a redução da loucura à doença mental. Caminha no sentido de superação desse paradigma ao inventar novas possibilidades de atendimento, ao voltar-se para o sujeito, sua história e subjetividade, e não para os sintomas, as evoluções e os prognósticos da doença mental, afirma Oliveira (2002). Na perspectiva basagliana, o objeto da psiquiatria deixa de ser a doença e volta-se para o sujeito inserido no contexto social, resgatando a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico (MACIEL, 2007, p. 69).

Nesse sentido, ele busca não apenas acabar com a hospitalização ou com o controle institucional, o que se propõe é uma modificação do saber psiquiátrico e das formas de atendimento. Constituindo um outro lugar para a loucura, tanto em nível técnico como político, ou seja, Basaglia propõe uma nova forma de compreender e lidar com o sujeito com sofrimento psíquico, conforme nos afirma Rosa (2002, p. 152): “entende que a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social [...] e, conseqüentemente, a sua reinscrição no mundo social”.

Nessa perspectiva, Amarante (1995) informa que o processo de desinstitucionalização não significa acabar com todas as instituições asilares, mas, sim, fazer uma reestruturação no que diz respeito ao aparato manicomial, ao

---

<sup>5</sup> Franco Basaglia era médico e psiquiatra e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática.

domínio da psiquiatria enquanto ideologia, compreendendo que se pode perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

Podemos considerar que a experiência de reforma italiana possibilitou repensar um novo significado para a loucura e suas formas de tratamento. De acordo com Maciel (2007), o movimento de psiquiatria democrática articulado aos movimentos sociais, com esforço conjunto de trabalhadores, estudantes, partidos políticos, usuários da Saúde Mental e familiares possibilitaram a aprovação da Lei nº 180 (Lei Basagliana), sancionada no ano de 1978, pelo parlamento italiano.

Essa lei preconizava a proibição de construção de novos manicômios e o esvaziamento gradual dos já existentes; a construção de serviços territoriais extra-hospitais; a extinção do estatuto de periculosidade do doente mental; a restituição da cidadania e dos direitos sociais do doente (MACIEL, 2007, p. 69).

Após colocar em prática suas experiências e perceber que existe superficialidade e limitações em muitas das ações propostas, e também após negar a psiquiatria como ideologia, Basaglia procura uma forma de realizar uma outra psiquiatria que possa atender à demanda das pessoas, sem cair na questão do poder do saber psiquiátrico. Assim, torna-se necessário mudar tanto as instituições como também suas práticas baseadas no saber psiquiátrico, para que possa se iniciar o processo de desinstitucionalização.

A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto, a Psiquiatria, mas isso não se tornará a cura do “louco”, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas (ROTELLI, 2001, p. 91 *apud* BONFANTE, 2009, p. 18).

Pode-se então concluir que, na verdade, o que se pretendia era buscar novas estratégias para que as pessoas com transtornos mentais fossem retirados da institucionalização e novamente inseridos no convívio social. Mas essa construção da cidadania deve ter o apoio tanto político quanto cultural, pois as transformações possíveis através da Reforma Psiquiátrica devem ocorrer nos vários níveis de relações da sociedade.

## 2.2 Contextualização da Loucura no Brasil

Ao se realizar essa retrospectiva histórica, pode-se perceber que o processo de redefinição da loucura no Brasil, assim como nos demais países também foi-se modificando de acordo com os aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais vivenciados em cada época. E, mesmo com as diferenças, tanto cronológica quanto social, econômica, quanto historicamente em comparação com a Europa, o Brasil em um dado momento histórico também tratou a loucura como problema social a ser solucionado pelo Estado. E essa solução estava baseada na exclusão e na institucionalização da loucura como se observa a seguir.

Não se ouviu falar em loucura no Brasil por quase todo o período colonial, pois não há referências a doentes mentais nos relatos e crônicas que descreveram os costumes e a vida social naquela época (RESENDE, 2001). O que se sabe é que por muito tempo não se teve uma preocupação com a loucura, pois esta não era considerada doença. Resende vem afirmar que, antes da chegada da República, um grande número de loucos “curtia seus delírios tranquilamente pelas ruas da corte, e alguns mereciam até aplausos” (RESENDE, 2001, p. 27).

A organização societária brasileira durante a colônia somada aos demais fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, talvez justifique a preocupação e posteriormente ao tratamento tardio dado à loucura. Nesse período, Resende destaca que:

A vida social da época aparece assim fortemente polarizada em dois extremos da vida social; de um lado a minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos; entre estes, a massa indefinida que não cessa de crescer, dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. Alguns deles permanecem pelos campos, apartados da civilização, vivendo miseravelmente daquilo que a natureza lhes pode dar, brigões e truculentos, não raro pilhando caravanas e tropas de burros: outros procuram refúgio junto aos senhores de terras e engenhos – são os agregados – ou vêm engrossar as milícias particulares dos grandes proprietários, sua agressividade canalizada para fins socialmente aceitáveis (RESENDE, 2001).

Desta forma, devido ao grande crescimento por parte da população que não tinham empregos disponíveis ou uma situação de vida estável, estes em sua maioria sem nenhuma ocupação, ficavam vagando pelas ruas e vilas, sobrevivendo muitas vezes da mendicância e caridade. Os considerados loucos, nesse período, também circulavam livremente pelas ruas, mas os que ficavam agitados ou

agressivos eram reclusos em cadeias nas quais poderiam sofrer maus tratos afirma Barbosa (2006).

Segundo Heidrich (2007), com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, a sede do Império passou a ser no Rio de Janeiro. Afirmando ainda que a partir desse período iniciou-se um processo de modernização da sociedade brasileira. E para tal, tornou-se necessário também um maior controle da população, com isso, os loucos passaram a ser recolhidos das ruas e colocados em asilos, com a justificativa de proteger a sociedade do convívio com a loucura.

Contudo, Souza (2009) nos informa que este tratamento era direcionado apenas aos loucos que se encontravam em situação de pobreza, já que os de famílias brasileiras abastadas eram tratados na Europa ou vigiados em casa pelos seus familiares. A estudiosa em questão afirma que os demais eram aprisionados nos asilos e Casas de Misericórdias comandadas pela igreja cristã sob a alegação de perturbação da ordem pública. Vale ressaltar que, assim como na Europa, nestas casas não estavam só os caracterizados como loucos, estavam também todos os outros que deveriam ser excluídos do convívio em sociedade, pois estavam ocasionando a desordem pública, como: os mendigos, os leprosos, os vagabundos, os ladrões e as prostitutas. Não havia nesses espaços uma assistência médica para os internos, que muitas vezes ainda eram expostos a maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

Nesse sentido, existiam as pressões por parte da população que via a necessidade de recolher os loucos das ruas das cidades, contudo havia também manifestações por parte dos médicos e intelectuais que eram contra as formas de tratamento a que esses indivíduos eram submetidos, tanto nas prisões quanto nos hospitais (SOUZA, 2009). Era necessário se pensar outras alternativas para o trato com a loucura. Surgiu a partir daí a exigência de se criar um lugar específico para internação dos loucos. Por meio do Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, D. Pedro cria o Hospício de Pedro II, vinculado à Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, o qual viria ser inaugurado apenas em 1852 (HEIDRICH, 2007).

É neste momento que se inicia a trajetória de asilamento do louco na sociedade brasileira. Santos (1994 *apud* SOUZA, 2009, p. 12), afirma que mesmo com toda articulação para melhores condições de tratamento aos chamados doentes mentais, a proposta de cura ainda não era presente, e os maus tratos ainda continuavam:

Os médicos não tinham um saber psiquiátrico enquanto corpo de um saber médico, não havia uma nostalgia psiquiátrica para a seleção da sua clientela, e a direção das instituições encontrava-se ainda nas mãos das irmãs de caridade. Sua clientela eram as pessoas pobres que formavam o grupo dos “marginalizados” da cidade. [...] A loucura foi se tornando cada vez mais específica à medida que foram sendo desenvolvidos locais especiais para o seu cuidado e, em consequência disso [...], estreitou a relação entre Estado e médicos –mais tarde os psiquiatras – se unem para garantir a ordem pública (SANTOS, 1994, p. 29-30 *apud* SOUZA, 2009, p.12).

As mudanças nesse cenário começaram a surgir apenas com a proclamação da primeira República no Brasil, em 1889. Conforme expõe Heidrich (2007, p. 76), “com a chegada dos Republicanos ao poder, o Hospício D. Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, passou a ser subordinado ao poder público e a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados”. Isso propicia na mudança de tratamento direcionado aos chamados loucos, que agora passa a ter bases científicas, substituindo as de natureza assistencial e caritativa religiosa.

De acordo com Souza (2009), no período republicano o trabalho passa a ser valorizado e a fazer parte da construção e realização do ser social. Mas, com a influência da abolição da escravatura o número de desempregados na sociedade brasileira cresceu bastante. E, diante dessa nova realidade que se apresenta, foram criadas em diversos Estados brasileiros várias colônias de alienados, que tinham por objetivo impor o trabalho como obrigação e ao mesmo tempo contribuir para o desenvolvimento do capitalismo (HEIDRICH, 2007), a ideia era recuperar os pacientes através do trabalho agrícola. No que se refere a esse contexto Santos informa que:

Trabalho e não trabalho passaram também a servir para estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a psiquiatria nasce e se produz num contexto social, ela assimilou, aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico, estes mesmos valores e esforçou-se para desenvolver à comunidade indivíduos “tratados” e “curados”, adequados para o trabalho. Para isso, a psiquiatria adotou como forma de tratamento do “doente mental” o trabalho no interior dos hospícios. A psiquiatria passou a adotar para tratamento do “doente Mental” a construção de hospícios-colônia em locais afastados dos centros urbanos, práticas que iam ao encontro dos interesses do Estado Republicano, que desejava diminuir os gastos com os “vadios” que perambulavam pelas ruas da cidade. Nesses hospícios buscava-se a autossustentação dos “doentes”, diminuindo-se consequentemente, os gastos do Estado (SANTOS, 1994, p. 32-33 *apud* SOUZA, 2009, p. 13).

Assim, os hospitais psiquiátricos eram utilizados como forma de cumprir as necessidades capitalistas, uma vez que era necessário o aumento de mão de

obra, e era preciso que todos trabalhassem inclusive as pessoas com transtornos mentais. Eles pretendiam despertar o interesse dos pacientes pelo trabalho através do contato com a terra. O que se percebe é que a psiquiatria era utilizada como aparelho repressor do Estado que apenas reproduzia os ideais capitalistas.

Houve vários momentos históricos que marcaram o processo de Saúde Mental no Brasil, podendo ser destacado a liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923, com o objetivo de ampliar o atendimento aos pacientes com doenças mentais, e a defesa da melhoria do atendimento à saúde dos “loucos”. Mas com o tempo esse objetivo modificou-se, de modo que passaram a realizar um trabalho de prevenção, cujo alvo principal era o alcoolismo.

Conforme Souza (2009), no governo de Getúlio Vargas ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, que passou a controlar a Assistência ao Psicopata do Distrito Federal e que deu o passo mais importante na área do tratamento à saúde mental mediante o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos (SANTOS, 1994, p. 40 *apud* SOUZA, 2009, p. 14)”.

Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, [...]. Sua finalidade é a de analisar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como, “aconselhar o governo as medidas que devem ser tomadas para benefício destes (SANTOS 1994, p. 40 *apud* SOUZA, 2009, p. 15).

Portanto, este decreto realmente limitou-se a proteger apenas os bens das pessoas com transtornos mentais que possuíam algum, pois aos demais o que restava, além da exclusão, eram as péssimas formas de tratamento e condições de vida deplorável.

Em 1941, criou-se o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que tinha a função de gerir toda a Política de Doença Mental, e que em 1953 passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Na década de 1950, “ênfatisa-se a importância da racionalização do atendimento psiquiátrico pela criação de uma rede ambulatorial e pela implantação de várias medidas, tais como a criação de hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centro de recuperação etc.” (SANTOS, 1994, p. 44 *apud* SOUZA, 2009, p. 15). E a partir de 1955 passam a ser disponibilizadas no mercado as drogas

antipsicóticas. A utilização dessas drogas possibilitou um maior controle dos doentes mentais sem que fosse necessário o uso da força física e das correntes de aço nos hospícios.

Os anos de 1960 para a saúde mental no Brasil tiveram grande importância, pois, nesse período, a psiquiatria passa a ser considerada prática assistencial de saúde, já que antes as políticas eram destinadas apenas ao doente mental indigente e, no pós-1964, passariam a estender a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes (RESENDE, 2001). É também neste período que a assistência psiquiátrica está ligada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual definia que todo o recurso de saúde mental fosse destinado para a construção de hospitais psiquiátricos. Houve também o crescimento da privatização da saúde, da indústria farmacológica, hospitais, entre outros setores privados de envolvimento direto e indireto com o tratamento de transtornos mentais. Nesse sentido, Amarante nos informa que:

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar (AMARANTE, 1994, p. 79).

Referente a esse contexto, na década de 1960, o mercado passa a vislumbrar na psiquiatria uma fonte inesgotável de lucro, esta começa a ser tratada como mercadoria e fonte de riqueza. Muitos autores chamam esse processo de “indústria da loucura”, pois, o Estado comprava um grande número de leitos em hospitais psiquiátricos particulares com o intuito de diminuir a superlotação e a falta de acesso nos hospitais públicos. A assistência psiquiátrica nessas instituições particulares utilizava as mesmas formas de tratamento das instituições públicas, ou seja, o uso da força física, maus tratos, ambientes superlotados, etc.

Diante da constatação do mau uso do dinheiro público em favor da classe dominante, como também da falta de eficiência do sistema, iniciaram-se as movimentações e críticas a esses modos de tratamento e investimentos dado ao setor psiquiátrico. Sobre isso Resende afirma que:

De um lado intensificaram-se as denúncias contra o favorecimento do que passou a ser conhecido como a indústria da loucura, partidas de amplos setores de representantes da área da saúde mental no país. Cobravam em suma mais eficiência do sistema, que condenavam como dispendioso e cronificador (RESENDE, 2001, p. 62).

Foi a partir dessas denúncias e cobranças que se iniciaram as primeiras mudanças neste cenário na década de 1970, na qual se previa uma diminuição das taxas de internação e de pacientes hospitalizados. Em 1972, o Ministério da Saúde, após participar de um encontro com os demais ministérios da saúde de países latinos americanos, elaboraram um documento que tinha por objetivo nortear os rumos da assistência psiquiátrica no País. Dentre outras questões, o documento recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, a condenação do macro-hospital, ações especiais dirigidas ao egresso e campanha para reabilitação dos crônicos (RESENDE, 2001). Dessa forma, via-se a necessidade de criar outras alternativas para que o paciente se reintegrasse socialmente, pois o hospital não devia ser a única instituição para cuidar do indivíduo doente.

É também nesse período que passam a exigir a presença da equipe multiprofissional para o tratamento da saúde mental nos ambulatórios e centros de saúde mental, já que estas eram comandadas apenas por psiquiatras. Assim:

Passou-se a requerer a atuação do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro, dos auxiliares técnicos e de administração. Exigiu-se terapeutas, psicopedagogos e sociólogos, embora tenham sido poucos os hospitais e ambulatórios que trabalharam com equipe completa, ficando, no entanto, estabelecida a necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatra, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (SANTOS, 1994, p. 67 *apud* SOUZA, 2009, p. 18).

Portanto, mesmo sendo enfatizada a importância da assistência extra-hospitalar, bem como do trabalho com equipes multiprofissionais, dentre outras medidas, essas não foram implementadas de forma efetiva.

Os anos de 1978 a 1980 marcaram de forma profunda o campo da Saúde Mental brasileira, pois neste período inicia-se o processo do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental como protagonistas.

### 2.3 O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará

No Brasil, assim como em outros países, os processos que envolveram a assistência psiquiátrica também passaram por várias transformações ao longo dos anos. O fato histórico que se pode considerar que marcou o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nos anos de 1970, foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM<sup>6</sup>, o que caracterizou esta crise foi a denúncia sobre as irregularidades das unidades hospitalares realizada por três médicos bolsistas. Estes também reivindicavam melhores condições de trabalho e melhores condições de tratamento para os internos. Surge assim o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM.

[...] cujo objetivo constitui-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformações da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

Portanto, o MTSM nasce com o objetivo de reivindicar e lutar por transformações na assistência psiquiátrica juntamente com a participação da sociedade, mas suas pautas também estavam relacionadas às melhorias trabalhistas. É importante ressaltar que a mudança da assistência psiquiátrica não constituía um objetivo da MTSM, em si; estaria, porém, vinculada à busca de uma democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade (AMARANTE *et al.*, 1995). Esta luta por mudanças realizada por muitos movimentos sociais emergiu depois de um longo período de repressão ocasionado pelo regime militar, que impedia a expressão política da sociedade civil no país.

Vislumbrando não apenas uma nova agenda para a saúde pública, mas também um projeto de redemocratização, surge também, nesse período, o Movimento de Reforma Sanitária<sup>7</sup>, no qual se almejava a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. O MTSM se articula a este movimento e

<sup>6</sup> De acordo com Amarante, a DINSAM, desde 1956/57, não realizava concurso público e, em 1974, passou a contratar bolsistas – profissionais graduados ou universitários. Trabalhavam em condições precárias, em clima de ameaça e violência a eles próprios e aos pacientes destas instituições. Havia denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (AMARANTE, 1995).

<sup>7</sup> As proposições do Movimento Sanitário, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas, basicamente, à construção de uma nova política da saúde, efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

passa a discutir a problemática das políticas de assistência psiquiátrica no Brasil, por meio da organização e realização de vários eventos.

Em outubro de 1978, aconteceu, em Camboriú, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ficou conhecido como “Congresso da Abertura”, no qual pela primeira vez os movimentos de Saúde Mental participaram de um encontro de setores considerados conservadores (HEIDRICH, 2007).

Outro evento importante que aconteceu, também em 1978, foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro. Este congresso possibilitou a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede de alternativas à Psiquiatria.

Por ter sido um marco da história da política de saúde brasileira, torna-se relevante mencionar que, em 1986, aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde em que se sugeriu que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde resultasse na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a previdência social separava-se da saúde. Entre as conclusões dessa conferência, ressaltam-se a ênfase na participação da população na formulação da política de saúde, e o surgimento de uma nova concepção de saúde: como dever do Estado e direito dos cidadãos (HEIDRICH, 2007). Os resultados dessa Conferência se concretizaram por meio da promulgação da Constituição Federal em 1988 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que servirá de base para uma rede de serviços substitutivos de atenção à saúde mental.

A dimensão do sistema protetivo instituído pelo texto constitucional brasileiro de 1988 está bem estampado em seu artigo 194 ao estatuir que: “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 a assistência social”. Outro desdobramento também resultado desta conferência foi a realização de conferências sobre temas específicos, como: saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde do índio, etc. lembrando que o Art. 196 da Constituição Federal garante 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 universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Depois disso, em 1987, aconteceu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que marca o fim da trajetória sanitarista e o início da

trajetória de desinstitucionalização, através de propostas da substituição de leitos psiquiátricos por leitos em hospitais gerais públicos e a criação de serviços alternativos. Nesse mesmo ano, ocorre o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, no qual se construiu o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Conforme Amarante (1995, p. 492):

Por uma sociedade sem Manicômios, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e a assistência psiquiátrica. Deste ano até hoje, o Movimento vem organizando atividades culturais, artísticas e científicas nos estados e nas principais cidades do país com o objetivo de envolver mais atores sociais na questão [...].

É também neste congresso que surge a ideia de instituir o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. E nesse encontro o MTSM assume a denominação de Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Este movimento conta com a participação tanto de profissionais de diversas áreas, como também ganham voz os usuários de serviços de saúde mental, e seus familiares. Dentre seus principais objetivos, podem-se destacar a busca pela garantia dos direitos civis, políticos e sociais das pessoas com transtornos mentais.

Os resultados desta conferência passam a ser vistos ainda no ano de 1987, quando se inicia uma rede substitutiva de atenção à saúde mental com o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo. E em 1989, após a intervenção a um hospital psiquiátrico – Casa de Saúde Anchieta – em Santos, houve a implementação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NASP), cooperativas, associações, entre outros dispositivos. Essas experiências dos serviços substitutivos implicaram um grande avanço no Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois, através dessas experiências concretas, mostrou-se ser possível uma sociedade sem manicômios.

No ano de 1989, houve um grande avanço para a Saúde Mental na esfera legislativa, pois foi neste período que o deputado federal Paulo Delgado, coloca em votação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, que dispõe sobre a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Esse projeto, que é, ao mesmo tempo, resultado dessa luta política iniciada por aqueles movimentos, vem a contribuir de forma decisiva para o

crescimento da consciência crítica quanto a atual situação psiquiátrica brasileira, favorecendo a ampliação do debate sobre o pensamento antimanicomial não apenas entre os técnicos e usuários, mas também entre vários segmentos da sociedade civil brasileira (AMARANTE; ROTELLI, 1992, p. 49-50).

Dessa forma, mesmo não tendo sua aprovação imediata, o Projeto Paulo Delgado serviu de inspiração a vários Estados brasileiros que, com o apoio dos movimentos sociais, conseguiram a partir de 1992 a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Em 1990, aconteceu em Caracas, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, na qual criou-se um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica. É também nesse período que ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental e que entram em vigor as primeiras normas federais que regulamenta a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia (BRASIL, 2005).

Após 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei nº 10.216 que leva o nome de Paulo Delgado foi finalmente aprovada em abril de 2001. A Lei federal redireciona a assistência em saúde mental, dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Portanto,

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal nº 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei nº 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei nº 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005, p. 55-56).

A Lei nº 10.216 indica o redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental, no qual oferece serviços de base comunitária, dispõe pela proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas no que se refere à extinção dos manicômios e à proibição e construção de novos leitos psiquiátricos como era

previsto no projeto original, esta nova lei não institui mecanismos claros para superá-los.

No mesmo ano da promulgação da referida Lei, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde. É nesse contexto que a Política de Saúde Mental do governo federal, juntamente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior visibilidade e sustentação.

A partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que supera o modelo centrado na internação hospitalar para um modelo de atenção comunitária, amplia-se a rede de serviços substitutivos, nos quais foram criados: Centros de Referência em Saúde Mental, CERSAMs; Centros de Atenção psicossocial, CAPS; Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; Centros de Convivência; Moradias assistidas, entre outros dispositivos da nova política pública de saúde mental. Assim como também foram criados mecanismos para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país. Porém, mesmo com os avanços aqui apresentados, a Reforma Psiquiátrica ainda encontra vários desafios na atualidade, dentre os quais destacam-se a busca pelo fortalecimento dessa rede de atenção psicossocial, pois:

A criação dessa rede, entretanto, não garante, por si só, a transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, pois a desconstrução da ordem manicomial excludente passa necessariamente por uma contestação radical da nossa relação com o chamado “louco” (DUARTE, 2011, p. 4).

Nesse sentido, compreende-se que para fortalecer essa rede é necessário que todos os setores tenham o compromisso de mudar essa cultura manicomial e as formas de lidar tanto com as questões ligadas à saúde mental, como com as pessoas com transtorno mental.

Contudo, mesmo com a criação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, e com os grandes avanços percebidos através deste contexto histórico da saúde mental brasileira, a Reforma Psiquiátrica não está efetivada e encontra-se em constante processo no país, pode-se considerar que um dos maiores motivos desses reveses na continuidade de suas propostas são as políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não democratização (BISNETO, 2007, p. 42).

No Estado do Ceará, de acordo com Ramos (2003), as transformações na assistência à saúde mental foram resultantes de amplas discussões entre os profissionais de saúde e familiares de pacientes psiquiátricos, em torno da Reforma Psiquiátrica evidenciadas nas conferências nacional, estadual e municipal e nas legislações federal e estadual.

A estudiosa supracitada afirma ainda que, em 1992, aconteceu no Estado do Ceará a I Conferência Estadual de Saúde Mental, que tinha por principal objetivo a reestruturação da assistência psiquiátrica do Estado e a necessidade da criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como CAPS/NAPS, urgência psiquiátrica e leitos de curta permanência em hospitais gerais.

Nesse mesmo ano, os CAPS/NAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde, a qual determinou: organização de serviços baseados nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução e definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação das ações previstas e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (RAMOS, 2003).

Segundo Ramos (2003), a Prefeitura Municipal de Fortaleza, – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS e Gerência de Desenvolvimento Social – Distrito Saúde, divulgou em 1999 o projeto de implantação de seis centros de atenção psicossocial – CAPS no município de Fortaleza, nas secretarias executivas regionais, dos quais somente três tinham sido implantados até o ano de 2004. Fato este que faz com que Porto (2010) considere que o movimento de Reforma Psiquiátrica em Fortaleza tenha se iniciado, de fato, em 2005 quando o município procedeu o acordo de estruturação da rede assistencial de saúde mental, com a contratação de nove equipes de saúde mental, bem como a instalação de novos Centro de Atenção Psicossocial.

Atualmente, acham-se presentes em Fortaleza quatorze Centros de Atendimento Psicossocial, dentre estes seis são gerais – 01 por Regional; seis AD e dois infantis, distribuídos entre as seis regionais da cidade, número, ainda, insuficiente para atender a demanda populacional do município, considerando que o objetivo primordial da Reforma Psiquiátrica é alicerçado na diminuição no número de leitos dos hospitais psiquiátricos e

incremento da assistência extra-hospitalar (criação de ambulatórios e outros serviços de saúde mental na rede básica) (PORTO, 2010, p. 86).

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 foi um marco importantíssimo, pois, por meio dela, determina-se a defesa dos direitos dos pacientes, a sua proteção, a determinação da implantação de uma rede de serviços substitutivos à internação, com a redução de leitos psiquiátricos, bem como a descentralização do atendimento, a fim de que os pacientes recebam tratamento adequado e digno. Contudo, mesmo incorporando alguns elementos da reforma psiquiátrica do período em que a lei é promulgada até o ano de 2005 os serviços de Saúde Mental em Fortaleza aconteceram de forma bastante lenta. A partir do referido ano é que houve uma ampliação dos serviços, porém de forma insuficiente, no que se refere à real necessidade apresentada pela população.

Os desafios se apresentam para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Estado do Ceará e no Brasil como um todo, no entanto, deve-se considerar que o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem o objetivo de contribuir para a conquista da cidadania e para o reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica também possibilitou uma expansão do campo de atuação dos assistentes sociais na área da Saúde Mental. A respeito do surgimento do Serviço Social como profissão, bem como da sua inserção na área de Saúde Mental e as demandas que lhes são postas nesse campo, é o assunto que será discutido no capítulo seguinte.

### 3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

#### 3.1 Um Resgate Histórico da Profissão de Serviço Social no Brasil

Neste capítulo, foram abordados alguns elementos que possibilitam fundamentar a constituição do espaço sócio-ocupacional do Serviço Social no Brasil, em relação ao qual pode-se considerar que tiveram as políticas sociais e a questão social como fatores determinantes para a sua construção. Em seguida, tratar-se-á da relação histórica entre o Serviço Social e a Saúde Mental, desde suas primeiras intervenções higienistas até se chegar ao contexto neoliberal. O capítulo traz ainda, as demandas profissionais postas ao assistente social na área de Saúde Mental antes e após a Reforma Psiquiátrica.

O Serviço Social surge no Brasil, no início da década de 1930, e sua origem está diretamente ligada à Igreja. Nesse período, a sua prática seguia a doutrina católica, baseada na ajuda, caridade e filantropia, mas também faz necessário relacionar o surgimento do Serviço Social

[...] com as mazelas próprias à ordem burguesa, com as sequelas necessárias dos processos que comparecem na constituição e no envolver do capitalismo, em especial aqueles concernentes ao binômio industrialização/urbanização, tal como este se revelou no curso do século XIX. (NETTO, 2007, p. 17).

Pode-se compreender, então, que o Serviço Social surgiu em uma conjuntura característica do desenvolvimento capitalista, marcada pelo conflito de classes, resultado do crescimento da classe operária urbana que passa a lutar pela defesa de seus direitos e pela não exploração do trabalho. Referente a esse processo Iamamoto e Carvalho (2011) relatam:

A implantação do Serviço Social não é [...] um processo isolado. Relaciona-se diretamente às profundas transformações econômicas e sociais [...]. Seu surgimento se dá no seio do bloco católico, que manterá por um período relativamente longo um quase monopólio de formação dos agentes sociais especializados, tanto a partir de sua própria base social, como de sua doutrina e ideologia. O Serviço Social não só se origina do interior do bloco católico, como se desenvolve no momento em que a igreja se mobiliza para a recuperação e defesa de seus interesses e privilégios corporativos, e para a reafirmação de sua influência normativa na sociedade. [...]. O Serviço Social começa a surgir como um “departamento” especializado da Ação Social e da Ação Católica, num momento extremamente importante para a definição do papel da Igreja dentro das novas características que progressivamente vai assumindo a sociedade brasileira. Estará assim,

profundamente relacionado a esse processo e à ação política e social da Igreja (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 227).

Portanto, deve-se considerar a importância da Igreja Católica na construção da identidade do Serviço Social quando este se origina no Brasil, como também na formação dos primeiros Assistentes Sociais, pois, de acordo com Iamamoto e Carvalho (2011), a partir da necessidade sentida pela Ação Social e a Ação Católica, surge em 1932 o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), considerado como manifestação original do Serviço Social no Brasil e, em 1936, também através dos esforços da Igreja, é fundada a Escola de Serviço Social de São Paulo, a primeira desse gênero a existir no Brasil.

Quanto à origem do Serviço Social como profissão, Netto (2007, p. 69) descreve que “é somente na intercorrência do conjunto de processos econômicos, sociopolítico e teórico-culturais que [...] se instaura o espaço histórico-social que possibilita a emergência do Serviço Social como profissão”. Essa emergência se apresenta devido às profundas mudanças políticas e econômicas advindas do desenvolvimento do capitalismo, da expansão urbana e do crescimento da industrialização, que ocasiona no surgimento de duas novas classes, proletariado e burguesia. Esses fatores irão constituir a chamada questão social.

Com o agravamento das expressões da questão social, gerada pela hegemonia do capital industrial e financeiro torna-se necessário se pensar em uma nova forma de intervenção. De acordo com Iamamoto e Carvalho (2011), a nova demanda social, advinda das contradições entre o proletariado e a burguesia, “[...] passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 85). Os autores fazem essa constatação porque, nesse período, a questão social não era entendida nem questionada pela sua inscrição na relação capital e trabalho, e sim atribuída à responsabilidade dos próprios indivíduos. Fato este que contribuiu para neutralização dos conflitos, e para a culpabilização dos indivíduos frente às mazelas advindas pelo desenvolvimento do capitalismo.

Devido às constantes pressões da classe operária na luta pelos seus direitos e com o intuito de manter os lucros e a acumulação capitalista o Estado passa a intervir nesses conflitos por meio das políticas sociais. É nesse período que surge um mercado de trabalho destinado aos assistente sociais em diversas instituições criadas pelo Estado para enfrentar a questão social. Mas esse fato

configura uma necessidade de romper com as protoformas da profissão, pois foram as mudanças na sociedade capitalista que colaboraram para a profissionalização e inserção desses agentes no mercado de trabalho. Referente a isso Netto (2007) ressalta:

Ora, um tal mercado não se estrutura, para o agente profissional, mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática [...]; na emergência profissional do Serviço Social, não é este que se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional. [...] É somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as da assistente social. A profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à 'evolução da ajuda', à 'racionalização da filantropia' nem à 'organização da caridade'; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica (NETTO, 2007, p. 73).

Nesse sentido, pode-se compreender que a profissionalização do Serviço Social ocorreu no desenvolvimento do capitalismo monopolista<sup>8</sup> por meio do estabelecimento de um espaço na divisão social (e técnica) do trabalho que tinha por objetivo intervir no aumento das expressões da questão social. A base para esta profissionalização está na forma como o Estado burguês vai administrar essas expressões por meio das políticas sociais, já que estas requerem agentes técnicos no plano da sua formulação e da sua implementação, assim o assistente social é investido como um dos agentes executores das políticas sociais (NETTO, 2007).

O surgimento do mercado de trabalho para o Serviço Social tem suas primeiras experiências na década de 1940, com a criação das principais instituições nacionais que tinham por objetivo promover a assistência aos trabalhadores. Dentre esses espaços ocupacionais recém-criados, podem-se destacar: a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Social da Indústria (SESI). Vejamos:

O processo de surgimento e desenvolvimento das grandes entidades assistenciais – estatais, autárquicas ou privadas – é também o processo de legitimação e institucionalização do Serviço Social. A profissão de Assistente Social apenas pode se consolidar e romper o estreito quadro de

---

<sup>8</sup> O capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...], a idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo em que potencia as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial e as combina com novas contradições e antagonismos [...], a constituição da organização monopólica obedeceu à urgência de viabilizar um objetivo primário: o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados (NETTO, 2007, p. 19-20).

origem no bloco católico a partir e no mercado de trabalho que se abre com aquelas entidades. [...] O Serviço Social deixa de ser uma forma de intervenção política de determinadas frações de classes, a qual se baseia no assistencial e é implementada – por intermédio da Igreja – pelos segmentos femininos destas mesmas frações de classes, para ser uma atividade institucionalizada e legitimada pelo Estado e pelo conjunto do bloco dominante (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 327).

Dessa forma, pode-se considerar que essas instituições não representaram apenas uma ampliação do mercado de trabalho do Serviço Social, como também foi a partir da inserção dos assistentes sociais nessas instituições que seu objeto e objetivos profissionais foram transformados, pois ele “deixa de ser uma forma de distribuição controlada da exígua caridade particular das classes dominantes, para constituir-se em uma das engrenagens de execução das políticas sociais do Estado e corporações empresariais” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 328). Como se pode perceber, o Estado além de ser o grande empregador dos assistentes sociais no Brasil, era também quem determinava a demanda e a forma de atuação desempenhada pela categoria, tudo com o objetivo de utilizar as atividades do Serviço Social em favor da sua legitimação e manutenção da ideologia dominante.

Stein (2006) ressalta que nesse período as ações desenvolvidas pelo Serviço Social eram influenciadas pelo modelo assistencial americano, que tinha por característica o conservadorismo com influência da teoria positivista<sup>9</sup>, com isto, as ações desenvolvidas na área social tornaram-se ainda assistencialistas e imediatistas, não atendendo à real necessidade da sociedade. Pode-se entender, ainda, que existe uma contradição presente nas demandas profissionais, já que o assistente social recebe um mandato diretamente das classes dominantes para atuar junto à classe trabalhadora, ou seja, participa tanto do processo de reprodução dos interesses do capital, quanto das respostas à classe trabalhadora.

[...] Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 81).

---

<sup>9</sup> Segundo Stein (2006) esta característica leva a ações burocratizadas e assistencialistas, sem atender à real necessidade das demandas.

Nesse sentido, fica evidente que a atuação do assistente social se baseia em interesses antagônicos que convivem em tensão, o que impede uma conciliação destes. Por isso é tão importante o caráter mediador presente na profissão, bem como o uso de estratégias profissionais e políticas, como forma de evitar a reprodução da ideologia capitalista ou mesmo de privilegiar os interesses da classe dominante.

Nos anos seguintes, começaram a surgir os movimentos sociais que eram contra a instalação de um governo baseado no autoritarismo e na repressão – o regime militar. Os movimentos organizados iniciaram, então, uma luta contra a exploração patronal e pela conquista da cidadania, dos direitos sociais e políticos dos trabalhadores (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011). A mudança da década de 1960 para a década de 1970, também simbolizou o início do Movimento de Reconceituação<sup>10</sup> do Serviço Social que fez transparecer todas as inquietações e insatisfações da profissão, questionando sobre sua prática tradicional. Ao fazer uma avaliação da Reconceituação do Serviço Social, Netto (2005) afirma que a principal conquista foi a recusa profissional de situar-se como agente técnico puramente executivo e terminal, reivindicando por atividades de planejamento além da intervenção microssocial, o que abrange a gestão e a pesquisa. Esse movimento assentou a requalificação profissional, contestando a subalternidade. Como também serviu de inspiração para a produção de vários documentos na área, com importante contribuição para a revisão da teoria, da prática e do ensino de Serviço Social. É também nesse período de renovação que a questão social ganha um novo significado para a profissão, sendo compreendida como:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2012, p. 27).

Dessa forma, a questão social deixa de ser atribuída à noção individualizada ou à questão moral e passa a ser entendida como resultado das expressões geradas pelas desigualdades sociais, frutos da sociedade capitalista.

---

<sup>10</sup> Conforme Yazbek (2000), este movimento que surgiu no Serviço Social e em toda América Latina, impulsionando uma revisão global em todos os níveis: teórico, metodológico, operativo e político, impôs aos assistentes sociais a necessidade de se construir um novo projeto que se comprometesse com a demanda da classe trabalhadora.

Mas isso só se torna possível após a modernização do Estado, quando a classe trabalhadora assume o protagonismo no cenário político do país e inicia-se a luta de classes sociais. E com o objetivo de intervir nesse embate, o Estado redefine as formas de enfrentamento da questão social.

Na transição da década de 1970 para 1980, a sociedade brasileira passa por um processo de redemocratização e inicia-se, no Serviço Social, um amplo debate acerca da formação do perfil profissional, que deve estar pautado, prioritariamente, para as competências “teórico-críticas e técnico-políticas” (IAMAMOTO, 2012, p. 185). Esse período marca uma reorientação da profissão que se efetiva através da criação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, que se expressa por meio dos ordenamentos jurídicos que dão base legal ao Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93) e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Serviço Social, bem como nos espaços de construção coletiva e político-organizativa da categoria. Outro grande avanço conquistado pela sociedade brasileira na década de 1980, no que se refere à ampliação do campo dos direitos sociais, foi a promulgação da Carta Constitucional em 1988, que também reconhece a assistência social como política pública, dever do Estado e direito de cidadania (IAMAMOTO, 2012).

A década de 1990 representou grandes avanços no que se refere à consolidação do Projeto Ético Político do Serviço, que deve ser entendido “como um conjunto de valores, fruto de aspirações coletivas, que dão significado à categoria profissional, bem como concepções ético-políticas que promovam a sua organização político-organizativa e normalize e legitime os seus pares” (RESENDO, 2007, p. 3). Pode-se considerar que essa consolidação se expressa na aprovação do Código de Ética Profissional em 1993, como bem afirma Netto (1999, p. 105) “o código de ética de 1993, neste sentido, coroa o processo de construção do Projeto ético-político profissional”. Este Código abrange a dimensão ética da profissão, direcionando o exercício profissional em seu cotidiano, explanando os direitos e deveres dos assistentes sociais, e proporcionando a garantia e qualidade dos serviços prestados através do cumprimento de seus princípios, principalmente no que se refere à defesa dos direitos, à justiça social e à ampliação da cidadania.

No entanto, os anos 1990 também significou a instauração do projeto neoliberal no Brasil, o qual surge com o intuito de desregular as conquistas,

principalmente no que se refere aos direitos dos cidadãos, instituídos como responsabilidade do Estado. Este atual contexto aumenta as expressões da questão social e conseqüentemente apresenta novas demandas ao Serviço Social.

Tais processos introduzem novas mediações históricas na gênese e expressões da questão social, assim como nas formas, até então vigentes, de seu enfrentamento, seja por parte da sociedade civil organizada ou do Estado, por meio da políticas públicas e empresariais, dos movimentos sociais e sindicais e demais iniciativas da sociedade civil. Implicam radicais mudanças na divisão social e técnica do trabalho, afetando, além da políticas sociais, as políticas de emprego e salário e o mercado de trabalho (IAMAMOTO, 2012, p. 112-113).

Essas mudanças afetam de forma direta o Serviço Social, o qual também faz parte das especializações do trabalho na sociedade. No que se refere à questão social, objeto de trabalho do assistente social, é importante compreendermos que suas expressões assumem diferentes roupagens em cada época. Iamamoto (2012) informa que, hoje, um dos aspectos centrais da questão social “é a ampliação do desemprego e a ampliação da precarização das relações de trabalho” (IAMAMOTO, 2012, p. 115). Nesse sentido, o assistente social deve estar preparado profissionalmente para enfrentar esses desafios que se apresentam na contemporaneidade, para isso torna-se essencial a incorporação dos valores presentes no projeto ético-político profissional e a efetivação do Código de Ética entre os assistentes sociais.

A partir dessa aproximação com o desenvolvimento do Serviço Social como profissão, passa-se a refletir no próximo ponto sobre a inserção do Serviço Social brasileiro na área de Saúde Mental, desde suas primeiras práticas profissionais de cunho higienista até se chegar aos desafios postos a sua atuação profissional no contexto neoliberal.

### **3.2 A inserção do Serviço Social Brasileiro na Área da Saúde Mental**

No âmbito da Saúde Mental, dados históricos revelam que a inserção do Serviço Social nessa área teve seu início na década de 1940. Pode-se considerar, segundo Vasconcelos (2000), que a presença direta do Serviço Social na área da Saúde Mental no Brasil iniciou-se com o modelo das “*Child Guidance Clinics*”<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Clínica de Orientação Infantil

proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, que foi implantado no Rio de Janeiro a partir de 1946 e que tinha por objetivo o tratamento e diagnóstico de “crianças-problema” e a implementação de uma educação higiênica nas escolas e na família, especialmente através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e dos Centros de Orientação Juvenil (COJ). Nestes Centros, os assistentes sociais segundo Vasconcelos (2000, p. 167-169) eram

[...] responsáveis pelo estudo do caso através da família ou da obra social, quando se tratava de crianças de instituição (ambiente emocional, econômico, social e histórico da vida da criança) e pela orientação das mães, que se fazia paralelamente ao tratamento do cliente. O trabalho do assistente social psiquiátrico e realizava também junto à comunidade: escolas, educandários, hospitais e etc. Em geral, enquanto a criança era submetida à psicoterapia com os psicólogos, a mãe tinha “entrevistas terapêuticas com as assistentes sociais”. [...] sua prática era centrada no diagnóstico, na orientação e no tratamento de casos individuais e/ou família.

Dessa forma, pode-se perceber que, nesse período, a atuação do assistente social buscava materializar “a estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral como estratégia do Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica” (VASCONCELOS, 2000, p. 185). Ou seja, a ação era voltada para a culpabilização individual e para a adaptação à ordem estabelecida. Seguindo a mesma perspectiva de Vasconcelos (2000), Bisneto (2005) ressalta essa prevenção higienista realizada pelos assistentes sociais:

O Serviço Social em Saúde Mental iniciou-se em 1946, pela atuação no COI – Centro de Orientação Infantil e no COJ – Centro de Orientação Juvenil. Porém o número de assistentes sociais permaneceu pequeno e seu escopo de atuação era bem distinto do atual, atendendo a jovens e famílias na prevenção higienista (BISNETO, 2005, p. 112-113).

Percebe-se que o autor destaca tanto para o número restrito de profissionais na área de Saúde Mental, bem como para a diferença da intervenção do assistente social ao se comparar com a desempenhada atualmente, já que naquela época eram predominantes abordagens de cunho eugênico e da higiene mental. Com o passar dos anos, esse número foi aumentando gradativamente e os profissionais de Serviço Social passaram a ser inseridos em outros espaços, inclusive na psiquiatria, mas a sua prática continuou a mesma.

A atuação do Serviço Social na área da psiquiatria brasileira começou como assistência aos trabalhadores, visando amenizar a questão social entre o capital e o trabalho, só atuando nos manicômios posteriormente. Assim, o movimento militar de 1964, tornou-se um marco na divisão entre uma assistência destinada ao doente mental indigente e uma nova fase na qual é estendida a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes (SILVA; SILVA, 2007, p. 5).

Nesse sentido, vale ressaltar que foi após a Ditadura Militar, em 1964, que o Serviço Social assumiu de vez o seu papel na Saúde Mental. Isso foi possível devido às mudanças que ocorreram na área da Previdência Social com a integração dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) ao INPS, o que possibilitou aos contribuintes da previdência juntamente com seus familiares, serem atendidos em hospitais psiquiátricos, já que antes o atendimento era voltado apenas para a população muito pobre.

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar (AMARANTE, 1994 *apud* BISNETO, 2007, p. 23).

Conforme se observa, a partir dessa unificação a Previdência Social passou a destinar quase 100% do total de recursos da saúde mental para os hospitais psiquiátricos conveniados, fato este que contribuiu para um aumento bastante significativo de empregos para os assistentes sociais nesta área. Foi também neste período que o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)<sup>12</sup>, enfatizou a importância da criação de equipes multiprofissional nos hospitais psiquiátricos para melhor atender os pacientes com transtorno mental, em consequência dessa determinação ocorreu “a inserção efetiva do Serviço Social em hospitais psiquiátricos por força de exigências do INPS nos anos 1970” (BISNETO, 2007, p. 23). Ainda sobre isso o autor destaca que:

---

<sup>12</sup> O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) instituiu por meio do Manual de serviços para a assistência psiquiátrica, de 1973, a formação de equipes multiprofissionais, com a presença de assistentes sociais, entre outros. Os recursos humanos necessários foram fixados pelo “Formulário de Classificação Hospitalar” Reclar), de 1974, com base no número de leitos.

A demanda manifesta de Serviço Social não foi por parte dos empregadores, nem dos usuários [...]. Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério da Previdência e Assistência Social, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não era só para constar, e nenhum trabalho era efetivamente feito (BISNETO, 2007, p. 24).

O autor supracitado supõe ainda que essa determinação do INPS se deu não pela questão da loucura, e sim pela pobreza, abandono, miséria “que saltavam às vistas e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária da assistência mental (BISNETO, 2007, p. 25)”. Foi o Estado que, mais uma vez, determinou para o profissional do Serviço Social a demanda de “executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental [...] para atender aos necessitados” (BISNETO, 2007, p. 25). Retomando o pensamento de Bisneto (2007), o autor vai dizer que:

Fazendo uma analogia, é possível analisar que o governo da ditadura militar tentou repetir a história, usando o Serviço Social em Saúde Mental nos anos 1970, tal qual o Estado, o empresariado e a igreja, que, aliados, nas décadas de 1930 e 1940, implantaram o Serviço Social no Brasil visando a aspectos econômicos, políticos e ideológicos, ou seja, facilitar a acumulação capitalista, controlar os trabalhadores e legitimar o modelo social. E, com o fim do “milagre brasileiro”, após 1974, o setor Saúde de tornou essencial para legitimar o Estado autoritário, e particularmente o setor Saúde Mental quando o atendimento se estendeu aos trabalhadores e seus familiares modelado pelo Estado (SOUZA, 1986 *apud* BISNETO, 2007, p. 27).

Ou seja, o Serviço Social não se insere em Saúde Mental com o objetivo de contribuir de forma efetiva no tratamento das pessoas com transtornos mentais, mas, sim, para mais uma vez buscar a legitimação do Estado por meio de sua prática profissional.

Como já mencionado anteriormente, a exigência do INPS quanto à criação das equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico, foi determinante para a entrada efetiva do Serviço Social na Saúde Mental. Mas essas equipes não foram constituídas apenas com o objetivo do assistente social criar uma nova forma de encaminhar o problema da loucura, “mas também porque o Serviço Social atuaria como “apaziguador” das “questões sociais” emergentes na área manicomial e como barateador dos custos de assistência em geral” (BISNETO, 2007, p. 50).

Na década de 1970, o Serviço Social vivenciava o Movimento de Reconceituação, mas este não conseguiu estabelecer uma metodologia em Saúde Mental, como também não foi dada ênfase ao avanço de pesquisas no campo da Saúde Mental. Para tentar explicar o porquê disto ter acontecido, Bisneto (2007, p. 30) supõe que:

a) não há tanto acúmulo de debate em Serviço Social e Saúde Mental no Brasil, pois a entrada maciça nessa área se deu de forma tardia (nos anos 1970), tendo a profissão, em grande parte, rejeitado o debate anterior; b) para a construção de uma prática ligada à “intenção de ruptura” teriam sido necessárias mais pesquisas, isto é, fazer a análise crítica das políticas sociais do capitalismo no Brasil também no campo da Saúde Mental e realizar um aprofundamento das relações entre a dinâmica da sociedade de classes, a loucura e a subjetividade.

As consequências desse fato refletiram na prática profissional dos inúmeros assistentes sociais que foram contratados nos anos 1990, ou seja, “sem que se tivesse acumulado um lastro de conhecimentos em Serviço Social e Saúde Mental para pautar a atuação profissional” (BISNETO, 2007, p. 30). Recai para a profissão, portanto, uma indefinição profissional nesse campo de atuação.

[...] a inserção dos assistentes sociais nos serviços psiquiátricos nos anos 1970 se deu sem que se elaborasse uma proposta de sistematização da prática da Saúde Mental, além daquelas já preconizadas pelo Serviço Social clássico [...]. Os assistentes sociais experimentaram a situação ambígua de terem de atuar sem que houvesse demanda específica, nem diretrizes de atuação por parte da categoria, mas tendo muito o que fazer, dada a precariedade social dos usuários de serviços psiquiátricos (BISNETO, 2007, p. 49).

Assim, essa indefinição na atuação profissional na área da saúde mental, bem como a falta de demandas específicas fizeram com que os próprios assistentes sociais sentissem dificuldades para superar tal situação.

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, ocorreu uma série de transformações na área da Saúde Mental operadas pela Reforma Psiquiátrica, que dentre outras coisas tinha por objetivo a desinstitucionalização da loucura, a redução progressiva dos leitos psiquiátricos através da criação de uma rede substitutiva, bem como a promoção da cidadania e humanização no atendimento, atribuindo ao doente mental a condição de sujeito, digno de receber uma atenção baseada em direitos sociais. A Reforma Psiquiátrica possibilitou tanto uma maior proximidade entre o Serviço Social e a Saúde Mental como uma maior inserção de assistentes

sociais junto às equipes multiprofissionais, mas isso não significou um aprofundamento de conhecimentos na área. A esse respeito Bisneto (2007) destaca que:

O Movimento de Reforma psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política dos assistentes sociais. Porém nos deparamos com duas grandes restrições: a) os assistentes sociais não são capacitados pela formação universitária para entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política; b) a psiquiatria reformada requer os mandatos sociais e sua hegemonia no espaço profissional. O reflexo dessas restrições interferem na prática cotidiana do Serviço Social em estabelecimentos psiquiátricos e na busca de soluções (BISNETO, 2007, p. 37).

Mais uma vez o autor vem destacar as dificuldades postas ao Serviço Social no campo da Saúde Mental, seja pela ausência de um conhecimento aprofundado que deveria ser fornecido ainda na graduação, seja pelas novas necessidades e demandas apresentadas pela Reforma Psiquiátrica. Essa abrangência na atuação do Serviço Social em Saúde Mental a que o autor se refere aconteceu devido à criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que são: Centro de Atenção Diária (CAD); Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NASP); Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMES); hospital-dia; oficinas terapêuticas; dentre outros<sup>13</sup>. Esses serviços acabam exigindo uma necessidade bem maior de assistentes sociais em comparação com a internação (BISNETO, 2007).

Simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, deve-se destacar também o Movimento Sanitarista, como um aspecto histórico no Brasil que também possibilitou uma ampliação do número de assistentes sociais na Saúde Mental nos anos 1990.

---

<sup>13</sup> Os CAPS, assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMES (Centro de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de Fevereiro de 2002, e integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de prestar atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial. O objetivo é substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Esse movimento resultou no que chamamos de Reforma Sanitária Brasileira. Consta de avanços democráticos na área da Saúde expressos na Constituição Brasileira de 1988 que postulou a criação do Sistema Único de Saúde. Este determina a universalidade da assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além da descentralização da organização do sistema de saúde, com o repasse para os municípios das opções e serviços locais (BISNETO, 2007, p. 38).

A implantação do SUS se deu de forma gradativa a partir dos anos 1990 e reafirmou a saúde como o maior campo<sup>14</sup> de atuação do Serviço Social. No que se refere ao campo da Saúde Mental, segundo o Ministério da Saúde (2005), é intenção do SUS reduzir os leitos psiquiátricos, qualificar os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, os SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos e as UPHG Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais. O SUS pretende, ainda, incluir as ações da Saúde Mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De volta para Casa". Propõe-se igualmente manter um programa permanente de formação de recursos humanos para Reforma Psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado.

As políticas neoliberais irão afetar de forma direta a progressão que a Reforma Psiquiátrica vinha conquistando desde meados dos anos 1990, pois:

Com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reverses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental (BISNETO, 2007, p. 42).

Entre outros fatores que também podem ser citados em relação às políticas neoliberais no contexto da saúde está a ênfase apenas medicamentosa através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado apenas em remédios como a solução para o atendimento da população.

Para Bravo (2007, p. 112), "a afirmação da hegemonia neoliberal tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde

---

<sup>14</sup> Conforme revelam os relatórios do II Encontro Estadual de Assistentes Sociais da Secretaria de Estado da Saúde Pública/RN-SSAP/RN, tanto em nível nacional quanto local, os assistentes sociais são a 4ª categoria de nível superior na composição das equipes de saúde, "perdendo" apenas para médicos, dentistas e enfermeiros.

e da educação”. Esses fatores vão atingir diretamente o trabalho do assistente social, principalmente ao que se refere a precarização do trabalho, que se reflete nas terceirizações, nos baixos salários, nos contratos por tempo determinado, entre outros. Condições essas que determinam diretamente a qualidade dos serviços ofertados.

Com esta realidade posta ao Serviço Social, a profissão em meio aos adventos das propostas neoliberais, passa a adotar uma atitude mais comprometida na área de saúde mental, com o objetivo de consolidar os ideais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Os assistentes sociais devem procurar reforçar a cidadania da pessoa com transtorno mental, bem como garantir a consolidação dos seus direitos. Os profissionais que atuam nessa área passam a buscar outros referenciais, apoiados em uma perspectiva interdisciplinar, que imprima à prática cotidiana elementos que valorizem esses aspectos das relações sociais (ROSA, 2008).

Baseando-se nessas modificações que ocorreram na atual conjuntura, torna-se relevante tentar compreender quais as demandas apresentadas ao Serviço Social antes e após a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o que será visto no tópico a seguir.

### **3.3 As Demandas Profissionais do Serviço Social antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Sabe-se que por muito tempo o trato da loucura foi baseado no isolamento e no tratamento medicamentoso, a psiquiatria era vista como a única ciência capaz de tratar o “louco”, e o asilo era compreendido como o único espaço destinado a esses indivíduos. É referente a esse período que será caracterizada a atuação do assistente social. Torna-se complexo compreender o que o Serviço Social realmente faz. Quando essa pergunta é feita diretamente ao assistente social, “há uma tendência a responder com as categorizações funcionais da intervenção”

Quando ele diz que faz entrevistas, grupos, encaminhamentos, está caracterizando os instrumentais em Serviço Social. Quando o assistente social diz que faz caso, grupo e comunidade, está se referindo às metodologias clássicas. Ao responder que trabalha com crianças, dependentes químicos, idosos, está se referindo a grupos sociais que são

segmentos-alvo da atuação do Serviço Social em Saúde Mental. Se diz que trabalha em enfermagem, ambulatório, oficina, está caracterizando sua atuação pelos diferentes departamentos do estabelecimento. Se faz recepção, família, está designado de forma metonímica os tipos de atendimento (WEISSHAUPT, 1988, 67 *apud* BISNETO, 2007, p. 123).

Nesse sentido, é necessário ir além dessas especificações e buscar compreender as atividades que são desenvolvidas efetivamente pelo assistente social no campo da Saúde Mental.

Como já relatamos anteriormente a inserção do Serviço Social em Saúde Mental iniciou-se nos Centros de Orientação Infantil (COI) e nos Centros de Orientação Juvenil (COJ), na década de 1940. Neste período sua atuação no atendimento dos casos acontecia da seguinte maneira:

- 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 à 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 (ALVES FILHO, 1956, p. 67 *apud* VASCONCELOS, 2000, p. 184).

Também era comum em sua atuação a subalternização ao paradigma médico e uma fundamentação teórica baseada na Sociologia e na Psicologia. Contribuindo para que o paciente se enquadrasse na demanda a qual a instituição psiquiátrica estava respondendo. Desde essa época, "tudo que não é concebido como diretamente associado com o especificamente psíquico e somático [...] é empurrado nestas instituições para o Serviço Social" (VASCONCELOS, 2000, p. 188 *apud* BISNETO, 2007, p. 126).

Os primeiros assistentes sociais que se formaram no Rio de Janeiro, na década de 1940, também eram inseridos nos hospitais psiquiátricos, a proposta visava à criação de equipes de profissionais liberais situadas na "porta de entrada e saída" dos hospitais, no qual o profissional de Serviço Social tinha, muitas vezes, suas demandas direcionadas pela instituição, das quais podem-se destacar:

O levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação da alta; confecção de atestados sociais; e realização de encaminhamento. Estes profissionais também atendiam à demanda dos usuários e familiares ou vice-versa, no que se referia às necessidades imediatas como roupas, contatos e pequenos recursos financeiros. Os assistentes sociais, em algumas instituições,

participaram de campanhas para arrecadação de recursos financeiros, visando adquirir roupas, cigarros e bens de primeiras necessidades dos internos (SILVA; SILVA, 2007, p. 4).

Dessa forma, o que existia nesse período era uma prática profissional funcional à lógica psiquiátrica, que estava totalmente imbricada aos preceitos religiosos e aos interesses do capital, que acentuava bastante a divisão sociotécnica do trabalho nas instituições psiquiátricas.

Ainda sobre esse período, Vasconcelos (2000, p. 187) acrescenta:

No geral, o padrão geral de prática dessas equipes era nitidamente uniprofissional, subalterna, burocrático, superficial (sem poder se dedicar ao estudo e intervenção mais complexa de casos ou a intervenções familiares, grupais e comunitárias) e, em alguns casos, assistencialista.

Com a incorporação dos trabalhadores e seus dependentes na Previdência Social durante os anos 1964, as demandas postas ao Serviço Social eram direcionadas pelo Estado ditatorial que o incumbiu de atuar como executor das políticas sociais na área da Saúde Mental. Nessa época, a privatização da saúde fez com que aumentasse bastante o número de clínicas e hospitais psiquiátricos particulares, mas esses espaços, apesar de garantir o aumento de profissionais atuando na área, não definiram uma demanda específica para o Serviço Social, já que essa categoria só se fazia presente nessas instituições por exigência do MPAS que considerava importante a criação de equipes multiprofissionais<sup>15</sup>.

No final da década de 1970, em meio aos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país, surgem também o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica<sup>16</sup> que passam a questionar e a reivindicar mudanças e melhorias no campo da saúde e da Saúde Mental. As conquistas possíveis com esses movimentos possibilitaram uma ampliação do campo de atuação do assistente social, o qual nos anos 1980 se apresentou como uma profissão legitimada e consolidada no campo da Saúde Mental<sup>17</sup>.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, possibilitou de forma gradativa a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos serviços substitutivos. Isso

<sup>15</sup> [http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/3\\_100202-164641-248.pdf](http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/3_100202-164641-248.pdf)

<sup>16</sup> Ambos movimentos já foram tratados de forma mais detalhada no capítulo II.

<sup>17</sup>

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudemmentales uasestrategiasdeintervencao.pdf>

fez com que se apresentassem novas demandas na prática profissional do Serviço Social, baseada no processo de inclusão e de resgate da cidadania e dos direitos sociais da pessoa com transtorno mental. É o que discutiremos no próximo ponto.

### **3.4 A Atuação do Assistente Social após a Reforma Psiquiátrica**

As transformações operadas pela Reforma Psiquiátrica não implicaram apenas a criação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, o Movimento exigiu também uma mudança na atuação dos profissionais da área de Saúde Mental, incluindo o assistente social, que agora deve ter seu trabalho pautado na lógica da ação territorial, na ação grupal, no trabalho em equipe, atuando de forma multiprofissional e interdisciplinar, possibilitando que a pessoa com transtorno mental possa ser vista em suas mais variadas dimensões.

Dessa forma, com a instauração do novo Modelo de Assistência à Saúde Mental, torna-se necessário que o assistente social tenha uma atuação crítica e pautada na democracia e cidadania contempladas em seu projeto ético-político.

Os assistentes sociais atuam junto aos portadores de transtornos mentais de forma participativa, num processo educativo através do esclarecimento e orientações visando otimizar a ressocialização social desses indivíduos. O assistente social precisa ser capacitado para orientar indivíduos e grupos de diferentes seguimentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos, como preconiza a Lei de Regulamentação da Profissão<sup>18</sup> (SILVA; SILVA, 2007, p.7).

Nesse sentido, percebe-se que o Serviço Social efetiva suas atribuições na Saúde Mental através do direcionamento da Lei de Regulamentação da Profissão e do seu projeto ético-político.

Nesse sentido, pode-se considerar que o Serviço Social em Saúde Mental atua respondendo às necessidades específicas dos diferentes segmentos sociais. Além disso, com a criação dos serviços substitutivos a partir da Reforma Psiquiátrica, houve um alargamento das práticas profissionais. Nos novos serviços, além do cuidado com o enfermo, há também a atenção e o trabalho com a família, pois, no atual contexto, a família passa a ser vista como aliada para o tratamento e ressocialização da pessoa com transtorno mental.

---

<sup>18</sup> Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1953. Dispõe sobre a profissão do assistente social.

Conforme Bisneto (2007), nas instituições com serviços alternativos, o assistente social é demandado para intervir sempre que houver ruptura por parte do paciente, tanto em relação à sua integração institucional, quanto social. As intervenções por parte do Serviço Social acontecem, na maioria das vezes, apenas quando se apresentam relações diretas com o tratamento psiquiátrico ou com a reabilitação psicossocial.

Com as mudanças possíveis através da Reforma Psiquiátrica, o assistente social atualmente não age somente na entrada e saída do usuário, e sim ao longo de todo o tratamento.

[...], a atuação do Serviço Social se dá como intervenção contínua, em contato com o usuário, em geral inserido em equipes interdisciplinares. Quando se admite que os problemas sociais são constitutivos do problema mental, o outro objeto da prática proposto seria ajudar diretamente na recuperação do portador de sofrimento psíquico, através de atividades sociais com efeito terapêutico ou através de ressocialização e reabilitação psicossocial, que são consideradas a terapêutica possível [...]. O que o Serviço Social vai ser solicitado a transformar, geralmente junto a equipes multiprofissionais, são condições sociais particulares dos usuários que, como causa, efeito ou constituição do transtorno mental, se apresentem como direitos sociais perdidos, recursos econômicos reduzidos, relações sociais empobrecidas, vínculos relacionais estereotipados, situações de alienação social (BISNETO, 2007, p. 128).

Nesse sentido, o que a psiquiatria renovada busca é à reabilitação psicossocial, fornecendo as condições necessárias tanto no nível biológico, psicológico como social, para que os usuários possam ter uma melhor qualidade de vida, por isso é tão importante o trabalho das equipes multiprofissionais.

No que se refere ao produto da prática do Serviço Social é difícil caracterizá-la, “pois a intervenção do assistente social é em forma de processo (e não uma intervenção pontual), em que, a cada instante, há modificações do objeto da prática” (BISNETO, 2007, p. 129). Entretanto, baseando-se na realização de uma pesquisa nesse campo, o mesmo autor cita algumas dessas práticas:

O Serviço Social em Saúde Mental faz entrevistas com o usuário e mantém ao longo do atendimento um processo de escuta da pessoa. Isto, juntamente com outros procedimentos (até visitas domiciliares), serve para reunir dados que possibilitem um maior conhecimento do paciente [...]. Essas informações são também usadas na admissão e na alta do paciente, bem como no seu processo de adaptação institucional e social [...]. O Serviço Social atua na obtenção de algum benefício, direito ou assistência material que permita ao usuário uma melhor integração ao atendimento psiquiátrico ou à sua vida social [...]. O Serviço Social atua no encaminhamento dos usuários para serviços diversos não prestados pelo

estabelecimento psiquiátrico [...]. O assistente social faz encaminhamentos para a justiça gratuita, INSS e abrigos para moradia [...]. Em enfermarias, o Serviço Social mantém contato constante com a família de pacientes internos, com vistas a divulgar as normas institucionais e facilitar a interação entre família e paciente, propiciando que o internado receba ajuda de forma hábil dos parentes [...]. O Serviço Social atua na proteção da mãe que recebe serviços psiquiátricos em relação à guarda legal de seus filhos. Tem atuado, também, na preservação do emprego das pessoas com transtornos mentais (BISNETO, 2007, p. 129-131).

É importante ressaltar que a atuação do Serviço Social em Saúde Mental irá depender muito do tipo de instituição empregadora. Por essa razão, deve-se ter em mente que, além das práticas profissionais que foram mencionadas, o assistente social desempenha muitas outras, destacando que muitos estabelecimentos psiquiátricos têm colocado para o Serviço Social tarefas que poderiam ser desempenhadas por outras profissões. Diante de tal constatação, “o assistente social, além de tentar compreender a lógica da assistência social, precisa entender a lógica que reveste a racionalidade de funcionamento dos estabelecimentos de Saúde Mental e a lógica da instituição psiquiátrica” (BISNETO, 2007, p. 133).

Nesse sentido, o Serviço Social, precisa se apropriar melhor de sua atuação em Saúde Mental, pois seu papel nessa área é imprescindível, já que os usuários de serviços psiquiátricos precisam de assistência social devido ao nível de pobreza, estigmatização, exclusão que perpassa esse problema (BISNETO, 2007). Por esses e outros motivos sua intervenção profissional deve ser pautada no compromisso com a democracia e cidadania contempladas pelo seu projeto éticopolítico, visando à garantia de direitos e a ressocialização da pessoa com transtorno mental.

## **4 O ASSISTENTE SOCIAL E O SERVIÇO PSIQUIÁTRICO**

### **4.1 Análise dos Dados Referentes ao Período que Antecede o Processo de Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza**

No capítulo anterior, foi apresentada a inserção do Serviço Social no campo da Saúde Mental, bem como as demandas atendidas pelo assistente social antes e após a Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, a partir das pesquisas bibliográficas ficou perceptível que no período que antecede à reforma psiquiátrica o trabalho do assistente social era algo pontual e subalterno às normas institucionais e ao médico psiquiatra, atendendo, muitas vezes, na porta de entrada e saída dos hospitais, desprovido de demandas específicas.

As demandas atendidas pelo assistente social antes da reforma psiquiátrica, o discurso que mais se identifica com esta perspectiva é o de que no tempo do sistema asilar não havia a participação da família. O tratamento em si não era como hoje, era totalmente individualizado e pontual. Antes, cada profissional fazia o seu trabalho de forma individualizada. O assistente social ficava em uma sala, centralizado, e só fazia atendimento quando era chamado, só mesmo quando acontecia algum fato que era demanda do Serviço Social é que atendia (MIOTO, 2014).

No período que antecede à reforma psiquiátrica, as práticas profissionais eram uniprofissionais, e o assistente social não tinha demandas específicas, seu trabalho se baseava em atendimentos individuais e esporádicos. Nesse período, os hospitais psiquiátricos de Fortaleza já estavam se enquadrando nas novas normas de regulamentação. Já faziam parte dos hospitais as equipes multiprofissionais, e o foco de atuação não estava centrado apenas na patologia, mas sim no sujeito e no seu ambiente de vida, ou seja, as pessoas com transtorno mental já eram compreendidas e tratadas nos seus vários aspectos, inclusive o social. (BORGES,2013)

Contudo, essas novas perspectivas, as demandas tradicionais inerentes à constituição histórica da profissão se faziam presentes tanto por parte de profissionais que não tiveram uma formação embasada no projeto ético-político da profissão, como por parte da instituição que seguia um viés conservador. (BORGES,2013)

Nesse sentido, é preciso reconhecer que as expressões da questão social também fazem parte do universo desses usuários que são atendidos nos serviços de saúde mental e suas famílias em uma perspectiva de intervir nessas problemáticas e dificuldades enfrentadas pela família do paciente. Essa atuação acontece através de trabalhos em grupos de família, na socialização de informações e esclarecimentos e na perspectiva de conscientização quanto à desospitalização do paciente.

Ainda no período que antecede à aprovação da lei nº 10.216/01 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental). É também constante as contribuições teóricas que o projeto ético-político vinculado ao código de ética, proporcionaram através de uma formação acadêmica que forneça um embasamento teórico e um compromisso ético-político. Sobre isso Iamamoto informa que “o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo Assistente Social ao longo de seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho” (IAMAMOTO, 2012, p. 63).

Outra questão recorrente é em relação ao preconceito que as pessoas com transtorno mental sempre sofreram, não apenas por parte da sociedade, mas também das unidades de saúde que não queriam recebê-los quando estes necessitavam de algum atendimento mais especializado. (BORGES, 2013)

Esse preconceito sofrido pelas pessoas com transtorno mental reforçou a exclusão social a qual estão submetidas. Trata-se de um fenômeno histórico e que culturalmente foi enraizado no imaginário social. Essas pessoas que sofriam algum transtorno mental, por muito tempo, foram encaradas como perigosas, agressivas e incapazes de estar presente em espaços de convívio social. Esses fatores resultaram no estigma e preconceito que passou a rondar esse segmento social e seus familiares, por isso é tão importante o papel do assistente social no combate ao preconceito e na luta pela igualdade e desmistificação da loucura que impede o exercício da cidadania.

Outro fator histórico que merece destaque por ter feito parte (e ainda fazer) da vida e do cotidiano das pessoas com transtorno mental são os hospitais psiquiátricos, os quais foram compreendidos como locais de depósito, abandono e exclusão para pessoas às quais a sociedade não apresentava propostas alternativas para inclusão. Como já destacado, no segundo capítulo deste trabalho, os acometidos de doença mental (e outros segmentos excluídos da sociedade) que se

encontravam nessas instituições eram, muitas vezes, submetidos a maus tratos físicos, psicológicos, atitudes desumanas e punitivas por parte dos profissionais.

#### **4.2 Análise dos Dados Referentes à Atuação Profissional das Assistentes Sociais após a Publicação da Lei nº 10.216/2001 no Município de Fortaleza**

A Reforma Psiquiátrica significou um grande avanço no que se refere à conquista da cidadania e à construção de um novo lugar para o tratamento das pessoas com transtorno mental. Pode-se considerar, do ponto de vista legal, que a Lei nº 10.216/2001 viria representar a concretização do processo de reforma, pois com a sua implementação ficou consolidada e catalogada a defesa e a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental, bem como a sua proteção. A referida Lei também determina a criação de serviços substitutivos à internação, com a redução de leitos psiquiátricos, bem como a descentralização do atendimento, a fim de que os pacientes recebam tratamento adequado e digno. A Reforma Psiquiátrica também possibilitou uma ampliação no campo de atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política desse profissional. De acordo com Bisneto (2007), esse Movimento influenciou o agir profissional, que passa a dar novos encaminhamentos metodológicos ao trabalho profissional, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas expressões da questão social no campo da saúde mental.

Entretanto, pode-se compreender que o atual contexto da política de saúde mental, no Brasil, exige do profissional uma constante atualização e qualificação dessas práticas, a fim de atender de forma significativa às necessidades que são postas pelos usuários. (BORGES,2013). Vale ressaltar que graças a essa atualização profissional, ocorre a atuação profissional do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Cabe destacar que o CAPS é um serviço de saúde mental criado para ser substitutivo das internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). No âmbito dos CAPSs, unidades de atendimento secundário do SUS, o Serviço Social se depara com a possibilidade de atuação na saúde na perspectiva da saúde pública de base comunitária, inserido em uma política que possibilita a inclusão social do portador de transtorno mental permitindo assim ao assistente social trabalhar com: controle Social, estruturação dos Conselhos Locais de Saúde e inserção do cidadão de um segmento historicamente

excluído e marginalizado; desenvolver ações antimanicomiais, de superação da cultura de preconceito no contexto de moradia da população usuária do Caps. Articular no serviço público a intersetorialidade para uma abordagem totalizante de um sujeito portador de transtorno, mas de inúmeros direitos de cidadania. Essa discussão nós somos aptos e convocados a fazê-la

Outro ponto relevante refere-se à dificuldade da intersetorialidade. Este princípio visa criar “estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo” (AMARANTE, 2007, p. 86). Entretanto, são inúmeras as dificuldades que se apresentam e impedem a efetivação deste princípio. Entre as quais podem-se destacar o preconceito que ainda existe por grande parte da sociedade; a dificuldade de acesso aos recursos existentes; a falta de comprometimento e descaso por parte do Poder Público, sem contar no sucateamento presente nas políticas públicas.

Não se pode negar os avanços ocorridos na Saúde Mental quando avaliada no âmbito legal. No entanto, é preciso admitir-se que o processo de reforma psiquiátrica ainda está em pleno curso no Brasil e especificamente no município de Fortaleza, o qual vem enfrentando constantes desafios e reverses que impedem sua ampliação e efetivação. Isso ocorre, dentre outras coisas, pelo fato de a reforma psiquiátrica ter ganhado força no momento em que as políticas neoliberais passaram a ser adotadas pelo governo brasileiro, como já destacado anteriormente. Dessa forma, houve uma diminuição significativa nos investimentos públicos destinados às políticas sociais ou mesmo o seu corte, o que implicou no sucateamento dos serviços públicos. (BORGES,2013)

Desse modo, entende-se que são muitos os desafios profissionais colocados para o assistente social na atual conjuntura, por ser um profissional que sofre os reflexos diretos dessas condições de desinvestimento e sucateamento dos serviços.

É em meio aos constantes desafios que o assistente social deve ampliar e pensar outras possibilidades para o seu trabalho, como forma de contribuir para o resgate da cidadania, a inclusão social e a reinserção familiar das pessoas com transtorno mental. Por ter esse olhar diferenciado da realidade e por possuir documentos normativos que dão os apontamentos e direcionamentos de sua atuação profissional, o assistente social pode contribuir propositivamente com os

pressupostos da reforma psiquiátrica que encontram-se alicerçados na lei nº 10.2016/2001.

Destaca-se, ainda, que esta análise permitiu perceber que, independente de qual seja o campo de atuação do assistente social, sua intervenção profissional deve estar sempre pautada em seu Projeto Ético-Político e no Código de Ética da profissão. No que se refere ao campo da Saúde Mental estes devem se fazer ainda mais presentes, por se tratar de documentos profissionais que reconhecem a liberdade como valor central, e que têm um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, bem como a defesa intransigente dos direitos humanos e a ampliação e a consolidação da cidadania.

Portanto, tratam-se de valores e princípios que contribuem de forma direta na vida das pessoas com transtornos mentais, pois se assemelham aos princípios defendidos pela reforma psiquiátrica. É válido destacar que tais princípios devem extrapolar o nível do imaginário profissional, devendo ser materializados constantemente através de ações concretas no seu cotidiano de atuação. Este é o grande desafio e que, conforme destacou-se, no decorrer deste trabalho, não depende apenas da “boa vontade” do profissional.

Diante do exposto, pode-se concluir que a contribuição do Serviço Social acontece mediante um olhar atento ao movimento da realidade, somado a uma atuação pautada nos ideários do projeto ético-político da profissão e nos princípios do código de ética profissional, porque eles coadunam com o projeto ético-político do Serviço Social, principalmente no que se refere: à defesa dos direitos dos usuários e da democracia; à luta pela equidade e justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços; à defesa da eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade (CFESS, 1993).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das contextualizações realizadas durante a execução deste trabalho, pôde-se perceber que o conceito de loucura, bem como o lugar e as formas de tratamento destinados às pessoas com transtorno mental foram se modificando no decorrer dos tempos e variando de acordo com os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos de cada país e região. Essa situação se prolongou ao longo dos séculos até que alguns segmentos da sociedade viessem se manifestar e repensar uma nova perspectiva para essas pessoas que sempre tiveram a exclusão e a segregação como única alternativa de vida.

Analisou-se ainda que assim como nos demais países do mundo, o Brasil também vivenciou esse mesmo processo e passou por uma série de modificações até se chegar ao modelo de assistência de saúde mental que existe atualmente. Dentre esses processos, pode-se destacar como mais importante o Movimento de Reforma Psiquiátrica, ocorrido no final da década de 1970 e que teve o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) como protagonista. Este Movimento tinha como bandeira principal a desinstitucionalização da saúde mental, propondo um novo modelo de assistência psiquiátrica, atribuindo ao doente mental a condição de sujeito e indicando um novo lugar para o tratamento desse público. Nesse caso, propuseram serviços abertos e comunitários que substituíssem os hospitais psiquiátricos.

Pode-se considerar que o Movimento de Reforma Psiquiátrica foi concretizado do ponto de vista legal com a publicação da Lei nº 10.216, que passou doze anos tramitando no Congresso Nacional, e teve sua aprovação no ano de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Além dessas e outras perspectivas de mudanças, o Movimento de Reforma Psiquiátrica também exigiu uma mudança na postura dos profissionais de saúde mental, dentre eles o assistente social.

Partindo desses pressupostos, objetivou-se neste trabalho analisar se realmente houve modificações na atuação profissional do assistente social após a promulgação da Lei nº 10.216/2001 no município de Fortaleza. Para isso, procurou-se expor a trajetória histórica que envolve essa relação entre o Serviço Social e a

Saúde Mental. Propôs-se, também, analisar essa relação a partir do surgimento do Serviço Social como profissão no Brasil, a sua inserção no campo da saúde mental, e as demandas postas a profissão antes e após a Reforma Psiquiátrica.

Ao se analisar essa relação histórica que envolve o Serviço Social e a Saúde Mental, percebeu-se que a atuação profissional do assistente social neste campo foi baseada pelas determinações históricas, políticas e econômicas vivenciadas em cada época. No entanto, no decorrer desses processos societários houve muitas lutas, conquistas e modificações no interior dessas duas políticas, das quais podem-se destacar na área do Serviço Social: o Movimento de Reconceituação, o Projeto Ético-Político do Serviço Social, o Código de Ética Profissional do Assistente Social, a Lei de Regulamentação da Profissão, e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Serviço Social. Na área da Saúde Mental, podem-se destacar: a Constituição de 1988, a Luta Antimanicomial, a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/2001.

Essas conquistas adquiridas no campo da saúde mental, possíveis principalmente após o Movimento de Reforma Psiquiátrica e da promulgação da Lei nº 10.216/2001, reconhecem as pessoas com transtorno mental como sujeitos de direito e criam outras perspectivas de atendimento e tratamento para essas pessoas, fato este que possibilitou uma ampliação dos espaços de atuação do assistente social nessa área. No entanto, cabe destacar que muitas demandas que se apresentam ao assistente social são inerentes à atuação deste profissional independente do campo em que esteja atuando, pois, como afirma Barbosa (2006, p. 131).

É preciso reconhecer-se que a Reforma Psiquiátrica possibilitou mudanças significativas no trato das pessoas com transtorno mental nos seus mais variados aspectos, e isso influenciou a atuação dos profissionais de saúde mental. No entanto, por ser o Serviço Social uma profissão que possui um projeto éticopolítico que reafirma a defesa intransigente dos direitos humanos, da cidadania, da liberdade, dos direitos sociais, da justiça, da democracia e igualdade, dentre outros princípios que se encontram completamente alinhados aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica,

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Org.). Asilos, alienados e alienistas. *In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. Bases conceituais e históricas do campo da saúde. *In: Saúde mental, políticas e instituições*: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ. 2003.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AZEVEDO, Juliana Ribeiro de. **A saúde mental e a especificidade do serviço social**: avanços, retrocessos e desafios. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.ess.ufrj.br/monografias/106047695 .pdf](http://www.ess.ufrj.br/monografias/106047695.pdf)>. Acesso em: 7 maio 2015.

BARBOSA, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde Mental e Demandas Profissionais para o Serviço Social**. 2006. 145f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/fsso/v1/pos-graduacao/servico-social/dissertacoes-eteses/dissertacoes-2/2006/saude-mental-e-demandas-profissionais-para-o-servicosocial>>. Acesso em: 2 maio 2015.

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

BONFANTE, Douglas Colombo. **A reforma psiquiátrica e o trabalho dos CAPS**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2009.

BORGES, Jordana Tavares. **Atuação do Assistente Social na equipe multiprofissional no CAPS-geral do município de Eusébio**. Fortaleza: Faculdade Cearense, 2013 (monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: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)>. Acesso em: 3 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DAPE. Coordenação geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado á

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) . Acesso em: 20 mar. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

DEMO, P. **Pesquisa: Princípios científicos e educativos**. 7ª edição, São Paulo: Cortez, 2000.

DUARTE, Marco José de Oliveira. O campo da atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social. *In: Serviço Social: temas, textos e contextos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva: São Paulo, 1978.

\_\_\_\_\_. **Doença Mental e Psicologia**. Tradução: Lilian Rose Shalders. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

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

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva de desinstitucionalização**. 2007. 207f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. São Paulo, Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. O Serviço Social no Processo de Reprodução das Relações Sociais. *In: Relações Sociais e Serviço e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórica metodológica*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MACIEL, Silvana Carneiro. **Exclusão/inclusão social do doente mental/ louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica**. 2007. 301f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MAGRI, Marília Valencise. **Efeitos de verdade, ethos e relações de poder no discurso jurídico**. 2009. 78f. Dissertação (Pós-graduação em Linguística) -Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras editora, 1999.

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n.3, dez. 2004

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Mod. 01. Brasília: CEAD, 1999.

\_\_\_\_\_. Movimento de Reconceituação 40 anos depois. **Revista e sociedade**, nº. 84, nov. de 2005.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

PORTO, Isabel Maria Salustiano Arruda. **A Implementação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: contexto, desafios e perspectivas**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, 2010.

RAMOS, Rocemilda Alves. **As Representações Sociais sobre a prática profissional do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial no Ceará**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife–PE, 2003.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo Cortez, jul./set. 2011.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001.

REZENDE, Antonio Paulo. **Rumos da história: história geral e do Brasil: volume único: ensino/** Antonio Paulo Rezende, Maria Thereza Didier. 2ª ed. São Paulo: Atual, 2005.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades.** 2012. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Faculdade Federal de Rio das Ostras, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012.

RODRIGUES, Samara Moraes. **Entrevista em serviço social: uma rediscussão crítica do instrumento técnico-operativo.** 2014. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Belém, 2014. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

ROSA, L. C. S. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 71, 2002.

ROSA, L. C. S.; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em saúde **mental: em foco o trabalho com as famílias.** **Serviço Social & Saúde (UNICAMP)**, v. VII, p. 75-105, 2009.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 2. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

ROTELLI, Franco. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. *In: AMARANTE, Paulo. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23ª Ed-revista e atualizada. Ed. Cortez: São Paulo, 2007.

SILVA, Danielle Marinho Barros; SILVA, Amanda Alves. A Reforma Psiquiátrica e o trabalho do Assistente Social. *In: Anais... Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís – MA: 28 a 30 de agosto, 2007.*

SILVA, Marilene Noronha. **A Prática do Assistente Social no Caps AD da Reg IV.** 2013. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso), Faculdade Cearense, Fortaleza. 2013.

SOUZA, Jamile Ana de. **Prática profissional do assistente social dentro de equipe multidisciplinar de saúde mental no município de Florianópolis.** 2009. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

STEIN, R. **Conhecendo o Processo de Co-dependência nas famílias Adictas: uma reflexão sobre a atuação do Serviço Social nas equipes de Saúde Mental.** 2006. 95 f. Monografia - (Graduação em Serviço Social) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2000.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Mod. 4. — Brasília: CEAD/UNB, 2000.