UNIVERSIDADE NORTE DO PARANÁ

SISTEMA DE ENSINO PRESENCIAL CONECTADO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FRANCISCA NAIRAN VIANA

**A ATUAÇÃO E INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL - CAPS**

**TERESINA**

**2016**

FRANCISCA NAIRAN VIANA

**A ATUAÇÃO E INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL – CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNOPAR - Universidade Norte do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Tutor Orientador: Maria Lucimar

Professor Supersivor: Maristela Cararo

TERESINA

2016

Dedico aos meus pais, Francisca de Jesus e Egídio Abade (in memoriam), por tudo que fizeram por mim, por terem sido trabalhadores e guerreiros.

**AGRADECIMENTO**

Primeiramente a Deus, pois que seria de mim sem a fé que eu tenho nele. Ao meu pai Egídio (in memoriam), pelo exemplo de homem de caráter, honestidade e bondade como nunca vi igual. A minha mãe Francisca de Jesus, pelas orações, carinho e palavras de apoio e humildade, dizendo que nos sempre conseguimos chegar e realizar nossos sonhos, pois o caminho é longo, mas a vitória no final é garantida. Aos meus irmãos pela torcida, carinho e amor que sempre tiveram por mim. A minha sobrinha Joyce, não tenho nem palavras para descrever a importância dela nessa jornada. A minha amiga Maria das Dores que foi meu incentivo maior para entrar na faculdade. A minha patroa e amiga Maria Gleiciene, por não colocar obstáculos nenhum quando precisei me ausentar da loja. Aos funcionários do CAPS I, onde me receberam de braços abertos como se eu não fosse uma simples estagiária. Ao meu Supervisor de Ensino João Vasconcelos, pelo qual tenho uma grande admiração. Por fim, aos meus amigos de sala, pelo incentivo e pelo apoio constante.

VIANA, Francisca Nairan. A ATUAÇÃO E INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL – CAPS. 2016.p 56. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Sistema de Ensino Conectado, Universidade Norte do Paraná, Teresina, 2016.

**RESUMO**

A pesquisa relatada nessa monografia teve como objetivo compreender como se dá a intervenção do Assistente Social junto às pessoas com transtorno mental no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Sabe-se que o Assistente Social ao está inserido na área da saúde procura fazer uma intervenção junto ao atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto de condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país. Para a realização do trabalho proposto, fez-se necessária uma pesquisa bibliográfica acerca da atuação do assistente social no CAPS, a fim de averiguar a prática do Serviço Social na saúde mental, para tanto, é necessário identificar as instrumentalidades por eles utilizadas, as quais os possibilitam fazer uma leitura detalhada da realidade social dos usuários do CAPS. É válido ressaltar que este trabalho tem como proposta comprovar a importância da atuação do profissional de Serviço Social na consolidação e estabelecimento de uma nova percepção de saúde. Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico, onde não se supõe o desvendamento de uma verdade sobre os sujeitos estudados, mas a construção de um material provindo das interações entre ele e o pesquisador e da fala que adveio dessa relação. Como aporte teórico, a pesquisa se sustenta em obras de autores reconhecidos.

Palavras-chaves: CAPS; Transtorno Mental; Assistência Social.

**SUMÁRIO**

**INTRODUÇÃO**...........................................................................................................07

**1. O APRIMORAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E AS POLÍTIAS SOCIAIS..........11**

1.1 A trajetória do Serviço Social frente às políticas desenvolvimentistas.................13

1.2 O processo de trabalho do Assistente Social.................................................16

1.3 Os desafios atuais do Serviço Social...................................................................20

1.4 Uma reflexão sobre o código de Ética do Serviço Social....................................22

**2. DA ORDEM MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA..............................26**

2.1 O surgimento dos manicômios e a institucionalização da loucura...................28

2.2 A política de saúde Mental no Brasil...............................................................31

2.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....................................................................32

2.4 Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico...........................................35

**3. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS.......................................38**

3.1 Uma breve história do Serviço Social na Saúde Mental...................................41

3.2 O atendimento integro aos usuários do CAPS...............................................43

3.3 A intervenção do Assistente Social junto aos portadores de transtorno mental e a seus familiares......................................................................................................45

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**.................................................................................48

**REFERÊNCIAS**......................................................................................................51

**ANEXOS................................................................................................................53**

**INTRODUÇÃO**

Os níveis de saúde da população estão diretamente relacionados ao contexto social, político, econômico e cultural de um país, conforme Campos (2010) a definição de saúde como resultado dos modos de organização social da produção exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Neste contexto, considera-se de extrema importância a participação dos Assistentes Sociais nos Centros de Atuação Psicossocial, pois os trabalhos dos mesmos devem estar direcionados à intersetorialidade na atuação aos usuários do CAPS, buscando estratégias que ultrapassem a situação institucional, de forma a conhecer a realidade dos usuários, assim como, os serviços que são possíveis de serem acessados.

A reflexão proposta neste trabalho tem por finalidade identificar os instrumentos utilizados pelos assistentes sociais no CAPS, os quais tornam capazes a análise e a compreensão da realidade que se processa a prática do Serviço Social no âmbito da saúde mental. Para tanto, fez-se necessário trazer a discussão acerca da atuação do Profissional de Social no CAPS, com o objetivo geral de compreender como se dá a intervenção do mesmo junto às pessoas com transtorno mental no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e objetivos específicos: entender como se contextualiza historicamente o tratamento da pessoa com transtorno mental antes e pós-criação do CAPS; como se configura o atendimento no CAPS e analisar como se efetiva o trabalho do assistente social junto à pessoa com transtorno mental. É válido ressaltar que se comprovou a importância da atuação do profissional do serviço social na consolidação e estabelecimento de uma nova percepção de saúde.

A discussão acerca do que é saúde e doença é muito complexa, pois alguns estudos afirmam que a concepção de saúde resume-se apenas à ausência de doença. Porém, inúmeros teóricos como Nunes (1998) e Pellegrini Filho (2007), apontam que o processo de adoecimento da população envolve outros determinantes tanto biológicos, como fatores ambientais, sociais, culturais e econômicos. Dessa forma, segundo Bredow (2010), ocorreu em 2006 a criação da Política Nacional de Promoção de Saúde, a qual visava a promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidade social e riscos à saúde. Nesse sentido, a concepção de saúde e doença passa a ser entendida como um processo resultante do modo de vida e historicidades das pessoas. É válido ressaltar que a concepção de saúde ultrapassa a simples ideia de ausência de doença, pois a saúde tem como fatores determinantes a alimentação, saneamento básico, moradia, meio ambiente, dentre outros. Dessa forma, compreende-se que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990, p.115).

O Assistente Social ao está inserido na área da saúde procura fazer uma intervenção junto ao atendimento das demandas imediatas da população, “além de facilitar o acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto de condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país” (CFES, 2006, p.223). Conforme Campos (2010), a definição de saúde como resultado dos modos de organização social da produção exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas que garanta a sua efetivação.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, incluindo também os transtornos relacionados às substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas. Cuja severidade e persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Neste sentido, é válido ressaltar que o CAPS é uma instituição destinada a estimular a integração social e familiar dos usuários, apoiando as iniciativas e a busca da autonomia dos mesmos, oferecendo-lhes atendimento médico, psicossocial e terapêutico. Tendo como finalidade a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Neste sentido, considera-se de extrema importância a participação dos Assistentes Sociais nos Centros de Atuação Psicossocial, pois os trabalhos dos mesmos devem estar direcionados à intersetorialidade na atuação aos usuários do CAPS, buscando estratégias que ultrapassem a situação institucional, de forma a conhecer a realidade dos usuários, assim como, os serviços que são possíveis de serem acessados. Dessa forma, a presente pesquisa é de extrema importância para se identificar os instrumentos utilizados pelos assistentes sociais no CAPS, os quais tornam capazes a análise e a compreensão da realidade que se processa a prática do Serviço Social no âmbito da saúde mental.

Utilizou-se como metodologia para alcançar o fim proposto pelo presente trabalho, a pesquisa bibliográfica de cunho qualitativa, no momento em que a mesma tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave. A presença do pesquisador, no ambiente onde se desenvolve a pesquisa, é de extrema importância, à medida que o fenômeno estudado só é compreendido de maneira abrangente, se observado no contexto onde ocorre, visto que o mesmo sofre a ação direta desse ambiente.

Partido da ideologia de que a saúde é imprescindível para todos os indivíduos, contudo sabe-se que ela acaba sendo influenciada e influenciando a conjuntura social, econômica e política do país. E a partir de uma análise do contexto atual de saúde mental, compreendeu-se que o presente processo precisa ser ressignificado, pois o país vive uma crise na área da saúde e todos os segmentos da sociedade devem contribuir para a superação dos impactos de tal crise. Neste sentido, é necessário considerarmos de extrema importância a participação do assistente social no âmbito da saúde mental, pois o mesmo pode contribuir com as ações de inclusão social, de formação da cidadania e emancipação dos sujeitos.

A extinção do modelo manicomial iniciou-se a partir de 1992, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, modelo que excluía a pessoa com transtorno mental do convívio familiar e social. Com a criação dos CAPS o modelo de gestão e operacionalização passam a ter como principal premissa a desinstitucionalização psiquiátrica que se sustenta no tratamento por equipes multidisciplinares, e onde a relação da família com o portador de transtorno mental ganha ênfase como parte importante dos novos procedimentos terapêuticos.

O marco principal de mudança no que diz respeito ao tratamento da pessoa com transtorno mental se dá em 2001 com a promulgação da Lei nº. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, buscando-se acabar com os grandes asilos e a valorização do tratamento no âmbito familiar. O CAPS criado com a finalidade de substituir o modelo asilar, impedir reinternações psiquiátricas e procurar a reinserção do indivíduo no convívio social. Assim, no CAPS o objetivo principal do tratamento é a reinserção social do indivíduo, contribuindo para o resgate da sua cidadania em função da discriminação por ser acometido de sofrimento psíquico. É um tema de grande relevância social visto que a Reforma Psiquiátrica não conseguiu, ainda, de forma efetivar seus ideais, pois se percebe que ainda existe uma série de fatores que impedem a desospitalização e a adoção real de um modelo de assistência à pessoa com transtorno mental que não a exclua do convívio familiar e social.

O espaço do Serviço Social no âmbito da saúde brasileiro ainda é pouco reconhecido, porém vem sendo gradativamente conquistado e isso tem revelado um grande desafio à profissão, pois se faz necessário que o mesmo elabore projetos de integração, não só de aspectos sociais, mas também que envolva a área de saúde mental. Neste sentido, é necessário analisar de forma o Serviço Social contribui para disseminar os problemas sociais, políticos, econômicos e culturais que interferem no sistema de saúde brasileiro.

Dessa forma, percebemos a importância desse estudo para analisarmos e identificarmos os instrumentos utilizados pelos assistentes sociais com a finalidade de intervirem nos problemas acima citados, assim como, investigarmos a importância do Serviço Social frente às questões da saúde mental. Portanto, escolhemos este ponto por considerarmos o presente estudo de fundamental importância dentro de uma sociedade, considerando que a definição de saúde mental é como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o meio social onde está inserido. Este estado garante às pessoas a sua capacidade laboral, social e intelectual para que possa desfrutar de uma boa qualidade de vida.

Alguns momentos antecederam a escrita deste trabalho: primeiramente foi realizado o estudo teórico da bibliografia selecionada, para obtermos maior compreensão e aceitabilidade acerca do material estudado, com fichamentos, resenhas dos livros e artigos escolhidos como ferramenta teórica. O segundo momento, foi feito por meio de uma investigação de cunho analítico/descritivo acerca da teoria estudada. Tal método colaborou para a escolha dos textos e autores que fundamentaram a tese discutida neste trabalho.

**1. O APRIMORAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS**

O período relativo aos anos de 1960 a 1980 ficou conhecido como o período desenvolvimentista brasileiro, onde foram desenvolvidas políticas que objetivavam o crescimento econômico do país, assim como, a evolução do mesmo para um país de primeiro mundo. Para tanto, o Brasil passou por inúmeras modificações político-sociais que de lado foi favorável, porém de outro aumentou ainda mais o abismo existente entre ricos e pobres.

Junto ao processo desenvolvimentista brasileiro surgiu o Serviço Social, por volta de 1930. Neste período, o país passava por um intenso processo de industrialização, porém sofreu agravamentos no contexto social, o que foi favorável à implantação do Serviço Social como profissão no país. Ainda neste contexto desenvolvimentista, cabe ressaltar que as mudanças político-sociais ocorridas no país sofreram influências do processo econômico regido no momento, o capitalismo.

Em meados às décadas de 50 e 60 o Brasil procurava compreender a melhor forma de alcançar o desenvolvimento econômico nacional, ficando entre dois projetos que se opunham: o liberalismo e o nacionalismo. No projeto liberalista, o país teria condições de promover seu desenvolvimento por conta própria, mas era necessário recorrer ao capital estrangeiro, de países como os Estados Unidos, Japão e alguns países da Europa. Este projeto tinha vantagens e desvantagens, no momento em que o mesmo favoreceria a implantação de empresas multinacionais, assim como, do capital. Porém, teria como desvantagem o aumento da dívida externa. Já para o projeto nacionalista a solução era recorrer ao capital nacional e promover o desenvolvimento autônomo do país.

Dessa forma, percebe-se que no processo desenvolvimentista brasileiro ocorreram bastantes controvérsias, onde de um lado o país conseguiu desenvolver-se economicamente, passou por transformações físicas e implantações de grandes empresas. Mas do outro lado, ocorreu o aumento da dívida externa, grandes desigualdades sociais e agravamentos na educação, saúde e habitação. O processo desenvolvimentista brasileiro se deu a partir das décadas de 30, onde o país era caracteristicamente agrário e procurava se desenvolver e tornar-se um país de primeiro mundo. Para tanto, passou por diversas mudanças político-sociais durante este período.

Entre os anos de 1956 e 1961, teve-se o governo de Juscelino Kubitschek, no qual ocorreu um crescimento relativo do PIB (Produto Interno Bruto) e teve forte influência do capital estrangeiro. Segundo Vicentino:

O “nacionalismo” de Juscelino era limitado pela sua associação com o capital internacional. Ao prometer rentabilidade aos que se dispusessem a cooperar com seu projeto econômico, JK fez um apelo explícito ao capital estrangeiro, que, de fato, começou a ingressar no país num ritmo jamais visto. Desde o capital de risco, isto é, de empresas que se instalaram no Brasil até o empréstimos particulares e públicos, o capital estrangeiro começou a alimentar o sonho do ‘Brasil potência’”. (VICENTINO, 2008, p.483)

Dessa forma, pode-se afirmar que o Plano de Metas do governo de Juscelino era voltado mais para as mudanças dos setores de energia e transporte, deixando de lado os de indústria, alimentação, saúde e educação. Tendo sua dívida externa cada vez maior, pois o país não conseguia exportar na mesma proporção que a dívida crescia. Em 1961, teve-se o governo de Jânio Quadros, onde a dívida externa saiu do controle, consequentemente agravando ainda os problemas nos setores de saúde e educação públicas.

Entre os anos de 1945 a 1985 o mundo sofria enormes tensões por conta da Guerra Fria, no Brasil as tensões e repressões ocorreram no período conhecido como ditadura militar que durou cerca de 21 anos. O regime militar foi instaurado no Brasil em 1964 e durou até 1985, neste período pode afirmar que a população sofreu uma “liberdade sem democracia”, passando por um momento de grande violência e repressões.

No referente à área econômica o regime limitar foi responsável pelo tão conhecido “milagre econômico”, no qual se teve uma grande contribuição do capital estrangeiro. Porém neste período ocorreram baixas nos salários e bastante repressão às reivindicações promovidas pelos trabalhadores por melhorias nos salários, transporte, educação e saúde. Segundo Vicentino (2008) na verdade, o “milagre” gerou uma acentuada desigualdade da distribuição de renda.

Pode-se afirmar, portanto, que o período desenvolvimentista foi caracterizado por um paradoxo constante, onde ocorriam mudanças favoráveis, porém as desvantagens faziam com que o abismo existente entre pobreza e riqueza crescesse ainda mais. O surgimento do Serviço Social como profissão se deu em meio a estas transformações. Durante o período desenvolvimentista brasileiro surgiu o Serviço Social, isso se deu mais precisamente no governo de Getúlio Vargas, em 1930, através das políticas populistas que pretendiam melhorias sociais, políticas e educativas no país. Eles pretendiam uma reorganização nos serviços de saúde, educação, habitação e assistência social. Acerca disso, Bulla (2003) afirma que:

O Serviço Social foi aqui implantado e as tentativas de enfrentamento dos problemas a ela relacionados, através da implantação de políticas sociais. Num processo de avanços e recuos, que acompanhou o movimento dinâmico da história e enfrentando muitos desafios, essa profissão institucionalizou-se em solo brasileiro, ocupando seu espaço na divisão social do trabalho, próprio de uma sociedade capitalista. (BULLA, 2003, p.13)

Observa-se, também, que a industrialização e os avanços tecnologias favoreceram para o aumento da desigualdade social, assim como, para a alienação e dominação de um superior ao ser inferior, ou seja, de pessoas economicamente superiores a outras mais inferiores. Neste sentido, sabe-se que o regime trabalhista brasileiro neste período era praticamente considerado uma escravidão.

Cabe ressaltar, ainda, que o sistema capitalista é responsável pela exploração e alienação do homem. Sobre isso, Marx (1982) afirma que a alienação econômica e social reveste-se, principalmente, da separação do homem e seu trabalho. Neste sentido, as políticas sociais desenvolvidas no Brasil se deram pelas lutas do direito a cidadania, onde os trabalhadores reivindicavam mudanças no processo político e socioeconômico do país. Com o golpe militar em 64, os brasileiros juntamente com os assistentes sociais procuraram lutar por transformações sociais, porém sofreram bastante repressão e violência.

Inicialmente o profissional Assistente Social trabalhava somente em áreas da saúde e jurídica, porém ao ser integrado ao Estado o profissional passa a atuar em áreas como educação, habitação, indústria e comércio. Segundo Bulla (2003), “os Assistentes Sociais integraram-se ao projeto desenvolvimentista, realizando experiências significativas de organização comunitária” (p.9). A partir disso, os Assistentes Sociais estavam completamente ligados às lutas populares que pretendiam desenvolvimento de políticas sociais eficientes. Neste sentido, ocorreu um aumento na demanda de Assistentes Sociais, como agentes responsáveis pela execução dessas políticas.

**1.1 A trajetória do Serviço Social frente às políticas desenvolvimentistas**

O desenvolvimentismo político social do Brasil deu-se em dois momentos distintos, sendo o primeiro de 1930 a 1964 e o segundo de 1864 a 1980. No primeiro momento, depois de 1930, o país que era caracterizado como rural ou agrário, preocupa-se em industrializar-se e superar a pobreza, com o objetivo de sair do subdesenvolvimento e passar a ser considerado um país de primeiro mundo. Neste período, o Estado procurou coordenar a execução das políticas econômicas e sociais, captando recursos e fazendo investimentos. Portanto, o período de 1930 a 1964, segundo Bielschowsky:

Foi aquele em que a industrialização integral deu as condições necessárias para a superação da pobreza, impossível de ser alcançada por meio do mercado. O Estado planejou o processo, e esse planejamento definiu a expansão desejada dos setores econômicos e os instrumentos dessa promoção. (BIELSCHOWSKY, 2010, p.16)

Entretanto, neste processo de transformações político social ocorreram bastantes controversas no que diz respeito ao excito do “progresso”, a exemplo o governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 1961), o qual garantiu muitas liberdades democráticas, porém os gastos excessivos com as grandes obras públicas ajudaram a elevar a inflação, prejudicando os assalariados. Vale ressaltar, que no governo de Juscelino existia um grande efeito propagandístico, praticamente ignorando as questões sociais, onde se tinha uma grande preocupação em mostrar as metas puramente físicas e visíveis. Porém, as metas da alimentação e da educação não foram alcançadas, o que acabou passando despercebido diante do sucesso das outras.

Em 1961 foi eleito o presidente Jânio Quadros, o qual foi um político de carreira meteórica, porém seu governo decepcionou os eleitores, pois a situação econômica se complicava e a inflamação subiu bastante, prejudicando, dessa forma, a economia do país. No regime militar os generais do exército ocuparam a presidência da República, este foi o período em que a repressão e a tortura atingiram o seu extremo. Médice governou o país, de 1969 a 1974, com grande violência, mas no que diz respeito à área econômica, ele foi responsável pelo tão conhecido "milagre" econômico.

A expansão econômica foi realmente espetacular, com a taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) mantendo-se elevada a cada ano, e o governo não demorou em tirar proveito disso. Surgia o mito do Brasil potência, alimentado pelos slogans divulgados pela propaganda oficial: “Ninguém segura este país”, “Brasil ame-o ou deixe-o”, “Pra frente, Brasil”. (VICENTINO, 2007, p.532)

Entretanto, a verdade é que o “milagre” gerou uma grande desigualdade. Ainda no regime militar, no governo de Geisel, procurou-se elevar o país a potência mundial, porém durante este governo aprofundou-se ainda mais as distorções da economia brasileira. As políticas sociais brasileiras surgiram através das mudanças sofridas na economia do país, durante o período desenvolvimentista. Tais mudanças acabaram provocando inúmeros desempregos, o que forçou o Estado a desenvolver estratégias político sociais para conter a classe trabalhadora.

Neste sentido, desenvolveu-se o Serviço Social como profissão, o qual está integralmente ligado às questões políticas, sociais, econômicas e educativas do governo de Getúlio Vargas, este procurou um apoio na igreja católica, a qual servia como suporte para as políticas do Estado. Sobre isso Bulla (2003) afirma que:

Nos primeiros tempos, os Assistentes Sociais trabalhavam principalmente nas instituições da Igreja Católica, fortemente ligada às origens da profissão. Este profissional foi logo sendo absorvido pelas instituições do Estado que se organizava para enfrentar a questão social. Os campos de saúde e jurídicos foram os privilegiados, tanto que o serviço social passou a assumir características paramédicas e para-jurídicas (...). O Estado passou então a ser o grande empregador. (BULLA, 2003, p.8)

Contudo, o Assistente Social passou a ocupar outros espaços profissionais, como: na Indústria e no comércio, onde os mesmos atuavam junto aos trabalhadores destes setores. No governo de Vargas criou-se uma política de proteção aos trabalhadores, que se incentivava ao trabalho e tinha como objetivo o aumento da produção. Em 1938, instituiu-se o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), o qual está ligado ao Ministério da Educação e Saúde.

Em meados a década de 60, os assistentes sociais ligaram-se ao projeto desenvolvimentista, na busca de novas estratégias e soluções para os desafios sociais que surgiam junto ao processo das políticas desenvolvimentistas. Ocorrendo uma grande participação destes profissionais nas lutas da sociedade brasileira por uma Reforma de Base. Participaram, ainda, dos movimentos de Educação de Atos e Cultura Popular. Porém, com o golpe militar de 64 os assistentes sociais sofreram enorme repressão do regime militar, onde ocorreu repressão, também, das classes trabalhadoras e contenção dos salários dos mesmos.

Em meio a tamanho período político repressor, pode-se encontrar, no fim da década de 70, reivindicações dos moradores de vilas e bairros junto aos movimentos sindicais, o que fortaleceu a oposição ao regime político em vigor. Neste sentido, o grupo social começa pressionar o governo para a volta da democracia e o exercício da cidadania. Segundo Bulla:

Pelos fins da década de 80, com a democratização do país e com a nova Constituição (Brasil, 1988) ocorreu uma importante mudança na área do Serviço Social, que acompanhou todo o momento da sociedade brasileira. As políticas passaram a direcionar-se para universalização e garantia dos direitos sociais, para a descentralização político-administativa e para a participação popular. (BULLA, 2003, p.11)

O Serviço Social contribuiu favoravelmente no processo desenvolvimentista brasileiro, no momento em que o mesmo preocupava-se com a rearticulação dos movimentos populares e das organizações da sociedade civil, e estando diretamente ligado às mudanças político sociais no cenário nacional. Para se discutir a trajetória do Serviço Social durante o processo das políticas desenvolvimentistas, fez-se necessário estudar o contexto histórico referente aos anos de 1960 a 1980, com o objetivo de se compreender como se deu o aperfeiçoamento da profissão de Assistente Social durante este período. Assim como, as contribuições do Serviço Social frente às políticas desenvolvimentistas.

Portanto, percebeu-se que durante o período desenvolvimentista brasileiro o Serviço Social passou por profundas mudanças teóricas e práticas, e o profissional Assistente Social enfrentou inúmeros desafios, porém contribuiu favoravelmente para o desenvolvimento de políticas sociais e na busca de findar os problemas sociais existentes no país.

**1.2 O processo de trabalho do Assistente Social**

O processo de trabalho é compreendido como o conjunto de atividades prático-reflexivas com o intuito de ter finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios de condições sobre os quais o trabalho se realiza, modificando-os e utilizando-se deles em seu próprio benefício para obter o alcance de suas finalidades (GUERRA, 2003). Mencionando também Iamamoto (2016), o processo de trabalho implica em uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação do sujeito, um trabalho que requer meios ou instrumentos para sua efetivação, neste sentido, a própria atividade, ou seja, um trabalho direcionado a uma finalidade ou a um produto.

Portanto, o processo de trabalho do Assistente Social, cujo objetivo consiste na transformação de uma realidade, as técnicas e instrumentos utilizados por estes devem estar adequados à obtenção de resultados. As ações instrumentais desenvolvidas para obter tais resultados devem compor um conjunto de informações e habilidades que instrumentalize tal produto. Assim Guerra (2003) afirma que:

Ao se converter num trabalho em geral, cujo valor reside na forma social que adquire o seu resultado final, o produto do seu trabalho passa a ser o fator determinante da forma de realizá-lo [...] se o produto do trabalho do assistente social consiste em prover alterações no cotidiano dos segmentos que procuram, os instrumentos e técnicas a serem utilizados podem variar, porém devem estar adequados para proporcionar resultados concretos esperados. (GUERRA, 2003, p.57)

Para tanto, as ações devem dispor de instrumentos que possam alcançar os objetivos esperados, de forma que esses instrumentos sejam não apenas suficientes, mas necessários. Segundo Iamamoto (2003), “um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas” (p.20). É na vida cotidiana que o profissional tem a sua matéria-prima, e se defronta com situações que exigem respostas compatíveis com a vida de homem e de mundo do profissional, tais respostas compreendem um conhecimento enriquecido pela apreensão das múltiplas determinações que o constituí, objetivadas a partir de um conjunto de habilidades específicas, reconhecidas socialmente (GUERRA, 2003, p.78).

A habilidade do profissional vai além de ser somente executivo, isto é, a capacidade de propor e implementar políticas sociais, e ainda, avaliar projetos na área social, realizar perícias técnicas, emitir pareceres, exercer funções de direção na administração de serviço sociais. O trabalho destes profissionais deve ser realizado sob a perspectiva da totalidade, não visualizando apenas o indivíduo, mas as relações mais amplas, buscando formas de intervenção para sua transformação; a partir de atendimentos às demandas mais imediatas que se fazem presentes no cotidiano profissional.

Os espaços ocupacionais dos assistentes sociais têm lugar nas mais diversas áreas: órgãos da administração pública e privada; empresas; organizações da sociedade civil com políticas sociais na área da saúde, habitação, educação, assistência jurídica, acessória, organizações sociais entre outras.

Nesses espaços os Assistentes Sociais realizam distintas funções, tais como: assessorias, consultorias e supervisão técnica; realizam estudos socioeconômicos e orientação social a indivíduos, grupos e famílias, atuam na instrução de processos sociais, sentenças e decisões (especialmente no campo sociojurídico), contribuem na formulação, gestão e avaliação de políticos, programas e projetos, realizam práticas educativas, formulam e desenvolvem projetos de pesquisa e de atuação técnica, além de exercer funções de magistério, direção e supervisão acadêmica. Isso mostra a complexidade da profissão e a diversidade de atuação profissional, devendo ser sempre fundamentada no projeto ético-político da profissão (IAMAMOTO, 2007, p.123).

No entanto, para o desenvolvimento das ações no cotidiano do trabalho do Assistente Social, Falerios (2005), aponta que é preciso a construção de estratégias de ação que envolva a disponibilidade de recursos, o poder, a organização e a comunicação. A luta está centrada na capacidade de fortalecer os sujeitos sociais por meio do fortalecimento da condição de cidadãos, do desenvolvimento da sua autoestima e da valorização das condições singulares de sobrevivência individual e coletiva, de modo a capacitá-los para construção e projeção de sua existência social.

O assistente social busca por meio de estratégias de ação modificar a realidade, transformando o sujeito em ator e autor da sua história, essa prática profissional é a verdadeira legitimação da profissão. Assim, Guerra (2003) destaca que compete aos profissionais uma constante e permanente formação técnica capaz de garantir o aprimoramento de competência técnica, operativa e intelectual, consolidando o compromisso político como os sujeitos.

A intervenção profissional no seu cotidiano é marcada pelo atendimento às demandas e exigências da classe trabalhadora, que requer respostas diretas, numa perspectiva imediatista. Essas demandas e exigências dizem respeito ao atendimento às necessidades básicas dos sujeitos e na qual se faz necessário proporcionar a promoção aos direitos questionados. Segundo Guerra (2003), muitas destas exigências da profissão obedecem à lógica de constituição da sociedade capitalista, embora adquirindo feições específicas, coloca a intervenção profissional a uma dimensão instrumental, o que significa reduzir a uma atuação funcional a manutenção da ordem no atendimento do projeto burguês.

Podemos dizer também que o Assistente Social assume as deliberações, objetivos e práticas determinadas pelas instituições ou setor em que atua como se fossem profissionais exigidas pelo mercado de trabalho. Isso impede a emancipação social e humana proposta pelo projeto ético-político profissional do Serviço Social. Neste sentido, é válido ressaltar que a “competência profissional fica restrita ao atendimento das demandas institucionais, e a intervenção profissional se identifica à adoção de procedimentos formais, legais e burocráticas” (GUERRA, 2003, p.12)

É imprescindível, portanto, que pela via de conhecimento os Assistentes Sociais possam desenvolver estratégias capazes de fazer do imediato o seu instrumento de construção do projeto ético-político profissional, comprometido com a transformação da sociedade. Isso se dá através da articulação entre o imediato, entre aquilo que representa resposta a uma expedição singular e respostas sociopolíticas que alavancam condições de empoderamento da população na construção de autonomia e protagonismo. Assim como afirma Magalhães (2003):

O cotidiano do trabalho deve ser vivenciado de modo pleno, consciente e compromissado (política e eticamente), para que a ação profissional apresente-se como uma possibilidade, não de alienação, mas de construção de valores que deem sentido ético-político à história profissional (MAGALHÃES, 2003, p.69).

Na atualidade exige-se do Assistente Social que o mesmo seja um profissional qualificado, reforce e amplie sua competência crítica, não se deixe levar unicamente pela continuidade. Conforme Iamamoto (2007), ele precisa ter a capacidade de analisar, pesquisar e decifrar a realidade, assim como, seja um profissional afinado com análise dos processos sociais, criativo e inventivo, capaz de entender o homem, a vida e o tempo presente e moldando o rumo da sua história.

Nesta perspectiva, a legitimação do serviço social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho passam, fundamentalmente, pela sua capacidade de responder às necessidades sociais que são fontes de sua demanda. Conforme Iamamoto (2007), compreender as demandas postas para o fazer profissional dos Assistentes Sociais, pressupõe entender o contexto em que elas se colocam como definidores de suas configurações e reconfigurações.

Portanto, é necessário entender que as demandas colocadas para o cotidiano profissional do Assistente Social resultam das sequelas originais pela sociedade capitalista e que a capacidade vinculada ao projeto hegemônico atual do Serviço Social. Assim, podemos dizer que o cotidiano de trabalho do Assistente Social tem sua intervenção profissional na garantia dos direitos da população ao acesso dos serviços socioassitênciais de proteção deste país, em que busca transformações da realidade na qual a maioria da população está inserida, o reconhecimento dos mesmos como objetos de políticas públicas e sociais, em que o CAPs configura-se como estratégia na consolidação desse novo sistema, sendo um novo espaço de atuação de Serviço Social na garantia dos direitos da população.

Dessa forma, O CAPs é um espaço onde se busca um fundamentalismo efetivo, podendo ser considerado uma garantia da participação social, tendo como desafio superar a perspectiva de assistência, manchada pelas ações socioassistenciais compensatórias e focalistas, e pela crítica da ineficácia dos serviços, tão difícil de ser superado.

**1.3 Os desafios atuais do Serviço Social.**

Nas últimas décadas o cenário político e econômico demonstram sua capacidade de promover desigualdades sociais cada vez mais marcantes, o ideário de crescimento e desenvolvimento tão definido pela corrente neoliberal não foi esperado, ao contrário, trouxe o aumento da pobreza e o distanciamento entre as classes. Neste cenário marcado pelos mecanismos da globalização e aumento das diversas expressões da questão social, exigiu-se a criação de novas estratégias para seu enfrentamento. Neste sentido, “a acumulação de capital não é parceira da equidade, não rima com igualdade” (IAMAMOTO, 2007, p.18).

Com a globalização, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, provocam mudanças significativas no mundo do trabalho, nas esferas política, econômica e cultural, afetando a base funcional do Serviço Social. Dessa forma, de acordo com Iamamoto (2007), foi com a globalização mundial e a hegemonia do capitalismo que foram instaurados novos padrões de produções e gestão de trabalho, provocando crescentes concentrações de renda, capital, poder e alargamento do quadro já existente de exclusão social, econômica, política e cultural que se expressam no desemprego e no subemprego de grande parte da população.

Conforme Castro et al (2010), com a substituição da relação salarial por outros tipos de contrato, como também de técnicas de habilidades pela informatização, ocorre uma redução da classe operária assalariada e um aumento da precarização e do desemprego. Podemos constatar uma elevação significativa da riqueza produzida, ao mesmo tempo, que ocorre o aumento do desemprego, a redução dos postos de trabalho e a predominância do trabalho terceirizado e precarizado.

Tudo isso afeta também o Serviço Social, já que são lançados novos desafios que exigem uma atuação não só na esfera da execução de políticas públicas, mas também, em serviços como a formulação e gestão de políticas sociais. O Assistente Social que tem como objeto a questão social para efetivação de seu trabalho precisa ter consciência que apenas o domínio de técnicas e desenvolvimento de habilidades peculiares não garantirá o êxito de suas ações. Neste sentido, é necessária a compreensão dos dilemas enfrentados pela sociedade para uma atuação mais eficaz, como afirma Iamamoto (2007):

[...] decifrar as novas medições das quais se expressa a questão social, hoje, é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para que se possa tanto apreender as várias expressões que assumem, na atualidade, as desigualdades sociais – sua produção e reprodução ampliada – quanto projetar e forjar formas de resistências e de defesa da vida (IAMAMOTO, 2007, p.28)

O curso histórico desta profissão evidencia a sua luta para não se manter fora dos acontecimentos sociais, ao mesmo tempo em que constrói sua própria história. Os profissionais reconhecem que é preciso ir além do domínio de instrumentos técnicos-operativos para defesa e manutenção do seu trabalho. Entende-se ainda que tais instrumentos só sejam eficientemente utilizados se estiverem a serviço de uma prática comprometida com os sujeitos usuários dos serviços. Dessa forma, o Assistente Social precisa ter pleno domínio da realidade concreta que é objeto de seu trabalho profissional, só assim, conseguirá propor ações inovadoras e criativas em seu campo de trabalho. O perfil necessário ao Assistente Social para uma atuação competente na realidade contemporânea, segundo Iamamoto (2007), é:

[...] um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. Alimentado por uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano, tem ampliadas as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho nesse momento de profundas alterações na sua vida em sociedade (IAMAMOTO, 2007, p.49)

Assim, esse novo perfil exige do profissional além da compreensão dos dilemas em seus aspectos mais complexos, clareza suficiente para decifrá-los no dia a dia, visando à inserção social de forma diversificada e na garantia dos direitos. É no dia a dia do trabalho que as demandas se apresentam ao profissional, geralmente, com uma necessidade ou um pedido do usuário da instituição. É neste momento, que o profissional coloca em campo todas as suas habilidades para o atendimento da população. O Assistente Social não pode perder sua capacidade crítica, que o torna capaz de buscar fundamentos. Assim, para viver na contemporaneidade sempre tendo consciência de si e dos outros, é preciso um reencontro profundo e constante com a crítica.

Por fim, o profissional Assistente Social para conseguir realizar suas ações atendendo às necessidades do mercado e, sobretudo, de acordo com as diretrizes do projeto ético-profissional do Serviço Social, passa por um desafio contínuo. No entanto, é preciso travar uma luta constante com a ideologia que hoje prevalece, não só em nosso país, difundida pela corrente neoliberal.

**1.4 Uma reflexão sobre o código de Ética do Serviço Social**

Com as lutas de classes no Brasil, durante o período da ditadura, surgiram os movimentos contra o presente regime e que tinham como objetivo uma consolidação das liberdades políticas. Para isso, fez-se necessário o estudo de valores e práticas já vigentes neste período e o país passou por um profundo processo de renovação, onde surgiu o Código de Ética Profissional de 1986.

No transcurso de sua história profissional, o Serviço Social regeu-se por alguns Códigos e projetos ético-políticos; contemporaneamente está em vigência o Código datado de 1993, o qual caracteriza-se pela negação do projeto societário hegemônico e favorecimento da construção de uma nova ordem. (LIMA, 2013, p.1)

Como pode-se observar o Código de Ética Profissional passou por diversas mudanças até o ano de 1993, neste período ocorreu a ruptura da profissão com o neoliberalismo e provocou mudanças no comportamento dos profissionais de Serviço Social. Dessa forma, ocorreram mudanças significativas também no que diz respeito na área de saúde mental, onde o mesmo possui sua prática voltada para o resgate das relações sociais. Segundo Lima (2013) o Serviço Social pode se “utilizar de sua capacidade analítica e histórica para a promoção da ressocialização e fortalecimento dos vínculos dos sujeitos”. Os Assistentes sociais, particularmente, devem desenvolver práticas relativas à saúde mental, substanciadas nos princípios do Código de Ética Profissional, instituído pela categoria (GEPE, 2003, P.123).

Portanto, o código passou por mudanças significativas para a sociedade, considerando que a ética deve ter como suporte que os valores são determinações da prática social. É válido ressaltar que vale pensar a ética como um pressuposto teórico-político e a partir de uma visão crítica ser capaz de agir dentro da profissão. Nesta concepção:

A inserção do Serviço Social na vida brasileira, compromissando-o com os interesses históricos da massa da população trabalhadora. O amadurecimento deste projeto profissional, mais as alterações ocorrentes na sociedade brasileira (com destaque para a ordenação jurídica consagrada na Constituição de 1988), passou a exigir uma melhor explicitação do sentido imanente do Código de 1986. Tratava-se de objetivar com mais rigor as implicações dos princípios conquistados e plasmados naquele documento, tanto para fundar mais adequadamente os seus parâmetros éticos quanto para permitir uma melhor instrumentalização deles na prática cotidiana do exercício profissional (CODIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ASSISTENTE SOCIAIS, 1993, p. 2).

O projeto ético político do Serviço Social foi desenvolvido entre os anos de 1970 e 1980, o qual pode ser considerado como um período importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, que se caracterizou pelo conservadorismo profissional. É importante ressaltar que é neste contexto de críticas ao conservadorismo que o novo projeto político surge, cabe salientar ainda que alguns elementos contribuíram para a implantação desse projeto, sendo eles: os projetos societários e os projetos profissionais.

Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade. Somente eles apresentam esta característica – os outros projetos coletivos (por exemplo, os projetos profissionais, de que trataremos adiante) não possuem este nível de amplitude e inclusividade (NETTO, 2013, p.2)

Já os projetos profissionais, segundo Netto (2003), apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções e formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais). Segundo o autor, estes requisitos servem para o seu exercício e prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Portanto, foi com a crítica e recusa do conservadorismo da profissão de Serviço social durante a ditadura militar que surgiu a necessidade da reconstrução de um novo projeto político, que abrangesse à ética. Neste sentido, ocorreu uma união do corpo profissional Assistente social ao movimento dos trabalhadores e com isso conseguiram romper a dominância do conservadorismo, conseguindo instalar à profissão o pluralismo político.

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitaram o rebatimento, no interior do corpo profissional, da disputa entre projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais. As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social (NETTO, 2003, p. 11).

A ética como uma ciência vem sendo estudada desde tempos muito remotos e inclusive por importantes filósofos, como Platão e Aristóteles. Neste sentido, a ética procura estudar as virtudes da humanidade e segundo Platão a sabedoria não está expressa no “saber pelo saber”, mas pela grandeza de virtudes. Este filosofo articulava a ideia de se encontrar a felicidade através das questões éticas.

A Ética como conjunto de normas e valores que regem uma sociedade deve necessariamente refletir a consciência e as ações desse povo, assim como trazer consigo o tipo de organização que alimenta essa sociedade. Acreditamos na universalidade do comportamento e das ações Ética, assim como na sua transformação relativa as transformações das sociedades que as impera, mas se voltarmos às sociedades da Grécia antiga e fizermos o percurso histórico até os nossos dias, vamos encontrar diversidade de virtudes e comportamentos, ao ponto de colocarmos em cheque essa virtude que tanto sonhamos para todos (MESQUITA, 2014, p.3)

Ao ser analisada a educação de Esparta e Atenas, ambas na mesma época, entrar no feudalismo e verificar o contraste entre os servos e os senhores feudais, ou mesmo, os dogmas da Igreja enquanto posicionamento do clero como meio de conservar seu poder em detrimento à vida dos que questionavam tais dogmas, nos depararemos com as injustiças sociais nas quais a miserável classe de proletariados sempre subordinavam-se.

Hoje no Brasil, final da década de 90, sentimos que alcançamos algumas melhorias na sociedade, principalmente no que tange a conscientização de uns poucos para as questões morais que norteiam a sensibilidade do homem às situações críticas e polêmicas da sociedade. Projetos como a Ação da cidadania contra a miséria e pela vida, e a própria tentativa de dar um basta na corrupção política do país, resgatou a confiança do povo para um Brasil melhor onde habite o dever do valor moral e de uma postura socialmente Ética (MESQUITA, 2014, p. 5).

Neste sentido, no mundo podemos encontrar inúmeras disparidades vividas em todo mundo, ou seja, a coexistência de dominantes e dominados. Porém é através da educação e da ética que podemos diminuir esta barreira existente, para isso seria necessário que a ética política tivesse os mesmos princípios e procurar conscientizar a população acerca da política.

**2. DA ORDEM MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Na história da humanidade o conhecimento sobre os fenômenos sociais é o caminho para explicitar as contradições e determinações presentes na mesma. No que diz respeito à loucura como doença e a psiquiatria como especialidade médica, torna-se uma temática recente na história da humanidade, aproximando-se de 200 anos. É válido ressaltar que é a partir do século XVIII que o homem inventou uma nova maneira de se perceber e consequentemente uma nova maneira de vivenciar a condição humana.

A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos, como: templos, domicílios e instituições, porém, segundo Sena (2011), a instituição psiquiátrica é uma construção do século XVIII, onde a partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. Nesta concepção, formaram os ditos “diferentes” foram submetidos a se afastarem dos “normais”, conforme afirma Sena (2010):

O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade Tratar do doente mental foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Hoje, esta realidade ainda existe, porém de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença. Esta não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica (SENA, 2011, p.10).

No Brasil em meados aos anos da colonização, não existia uma preocupação com a assistência psiquiátrica, pois a “loucura” não era considerada uma doença, sendo assim, não havia preocupações com esta temática. Neste período vinham para o Brasil os exilados, bandidos, os loucos, os pobres, isso era uma forma punitiva do reino de Portugal.

A saúde mental no Brasil passa a ter uma maior atenção do poder público a partir do Império, período que, segundo a autora, foi marcado pela vinda da família real para a cidade do Rio de Janeiro, onde foi realizado o ordenamento e disciplinamento da sociedade brasileira, com o controle a partir do recolhimento dos loucos das ruas, não com a finalidade de curá-los, mas sim de proteger a sociedade do convívio com a loucura. Para Borges (2013), os doentes mentais de famílias brasileiras abastadas nesse período eram tratados na Europa ou vigiados pelos seus familiares e os pertencentes às outras classes eram aprisionados em asilos e hospícios sob a alegação de perturbação da ordem pública.

É válido ressaltar a existência de lugares que se responsabilizavam pelo tratamento, os quais eram comandados pela Igreja Católica, e tinham como função principal a de hospedaria. Nestas casas não estavam só os caracterizados como loucos, encontrava-se também todas as pessoas que eram excluídas do convívio em sociedade, isso ocorria porque ocasionavam a desordem pública, dentre eles: os mendigos, os leprosos, os vagabundos, os ladrões e as prostitutas. Acerca disso, é necessário observar que:

Os loucos que permaneciam nessas casas encontravam-se sem ter uma perspectiva de tratamento adequado, de “cura” para o “ajuste” à sociedade e tampouco possuíam um atendimento médico. Eles eram entregues a guardas e carcereiros, deixados em porões sujos e frios, sem se alimentar e acorrentados (SANTOS 1994; AFLEN, 2008; JORGE, 1997; AMARANTE, 1994; SOUZA, 2009).

A forma com que o Estado lidava com os loucos era assegurada nas leis, decretos e resoluções, no momento em que a família real veio para o Rio de Janeiro, as mudanças começaram a surgir, fazendo que o Império tomasse decisões definitivas. Conforme Souza (2014), as decisões foram impulsionadas por fortes pressões da população, que não queria ver os loucos vagando pelas ruas, “com isso a recente categoria profissional de medicina brasileira se manifestava contra a forma que os doentes mentais eram tratados na época e reivindicaram por tratamento psiquiátrico”. (SOUZA, 2009, p.14).

Foi através das várias pressões sofridas por parte da classe médica que em 5 de dezembro de 1852 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico, chamado na época de Hospício Psiquiátrico Pedro ll, uma homenagem ao então imperador do Brasil Pedro II. O referido hospício “foi construído em um local específico afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa de Misericórdia, que eram locais vistos como impróprios e custosos em que os mesmos ficavam internados” (MEDEIROS, 1977, p.134).

A respeito da articulação para melhores condições de tratamento aos doentes mentais ainda não existia, assim como, a proposta de cura aos mesmos, mas os maus-tratos ainda eram constantes. 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. Porém, a loucura foi se tornando cada vez mais especifica à medida que foram sendo desenvolvidos locais especiais para o seu cuidado, “estreitou-se a relação entre Estado e médicos – mais tarde os psiquiatras – se unem para garantir a ordem pública” (SANTOS, 1994, pp.29-30).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, que conforme Sena (2011) tornou-se influenciado pela ideologia de grupos dominantes. O ponto mais importante da Reforma Psiquiátrica fez parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental, os quais têm como uma das vertentes principais a desinstitucionalização do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. Para a autora, a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade.

O modelo de assistência psiquiátrica ainda predominante no Brasil, com base na legislação de 1934, propõe a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública. Embora predominante este modelo seja atualmente considerado falido e sua base ideológica, desmistificada.

**2.1. O surgimento dos manicômios e a institucionalização da loucura.**

Sabe-se que o portador de doença mental tem direitos para uma existência digna, e que lhes devem ser assegurados o efetivo reconhecimento de direitos, como o da dignidade. Porém, PE sabido que os mesmos ainda não possuem estas práticas instaladas na sociedade (família, trabalhadores em saúde mental, operadores do Direito, etc.), visto que ainda se insiste na institucionalização do doente como medida de solução à doença mental.

Para entender melhor as razões dessa resistência é preciso repassar e compreender o processo de reconhecimento social da loucura ao longo dos tempos, pois segundo Sena (2011) é consequência do tratamento a ela dispensado, tanto pelos significados que ela tomou conforme o momento histórico e cultural vivenciados, os quais resgatam as raízes e origens da psiquiatria, como pela construção do saber e estudo clínico da doença mental, caracterizado por algumas das sólidas contribuições que foram sendo legadas na área.

A loucura já tomou diversas acepções na história do homem, levando séculos para ser encarada como doença e receber tratamento terapêutico. E muito embora a apropriação desse campo do saber pela medicina positiva, que ocorreu tão somente a partir do século XVIII, fundada em uma metodologia científica e organicista então emergente, percebe-se, conforme Menegat (2011), que ela ainda não detém a resposta para toda a sorte de inquietações que advêm do reconhecimento e enfrentamento das perturbações de origem mentais, de modo que, nesse passo, parecem pertinentes os apontamentos de autores.

A loucura deve aparecer numa verdade pura, ao mesmo tempo objetiva e inocente, mas constituição deste domínio sobre um modo ideal, sempre indefinidamente recuado, com cada uma das figuras da loucura misturando-se com a não loucura, numa proximidade indiscernível. Aquilo que a loucura ganha precisão em seu esquema médico, ela perde em vigor na percepção concreta; o asilo, onde ela deve encontrar sua verdade, não mais permite distingui-la daquilo que não é sua verdade. (FOUCAULT, 1975, p. 467)

Nesse sentido, é válido ressaltar que Sena (2001) afirma que na antiguidade clássica, a loucura foi descrita nos textos literários, mas não chegou a receber um estudo mais sistematizado. Na organização social grega, inicialmente na era pré-socrática, o comportamento insensato do homem era visto como uma interferência dos deuses na vida humana. Posteriormente, com as obras de Eurípides, esse modelo mitológico-trágico da loucura, ainda no período antigo, passa a ter uma nova abordagem, mais psicológica, oriunda na natureza conflitava do homem, em suas paixões e emoções, apurada no comportamento de personagens como Fedra, de *Hippolytus*, Medeia e Orestes.

A discussão acerca da concepção de saúde mental no Brasil ainda é considerada recente, pois no passado a “loucura” já foi entendida como uma ameaça para a sociedade, onde o tratamento era o mecanismo de exclusão, punição e segregação para os que sofriam com a doença. Segundo Bredow (2010), o tratamento ocorria no sentido de “vigiar” e “punir” os “loucos”, como se esta situação fosse um problema de conduta. Acerca desse “tratamento” Amarante nos informa que:

A lógica da exclusão, para retirar o problema – no caso o doente – sempre esteve presente nos espaços destinados ao referido “tratamento”, que em muitas vezes era na forma de correção, como é o caso do chamado “berço de contenção de loucos” (AMARANTE, 2009, p. 16).

Porém, surge em 1978 o processo de Reforma Psiquiátrica, onde após a Segunda Guerra Mundial o Estado passou a ser responsável por garantir o direito à vida e à saúde, e neste período a “loucura” passou ser compreendida como uma doença que necessita de tratamento e não de punição. Segundo Bredow (2010), a primeira ação que visava à reformulação psíquica ocorreu em 1959, na Inglaterra, onde o movimento liderado na Itália por Franco Basaglia, que tinha como pressuposto a desconstrução do até então modelo de atenção, o qual defendia a ideia da necessidade de tratamento aos chamados “doentes mentais”, mas um tratamento humanizado. Tendo em vista isso:

A reforma psiquiátrica, no Brasil, foi inspirada na experiência italiana, que partia do pressuposto de que quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação (BASAGLIA, 1982, p. 29).

O objetivo da Reforma Psiquiátrica segundo, Amarante (2009), não é só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade. A Reforma Psiquiátrica pretende, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento. Porém, surgiu:

A aprovação da Lei nº 10.216/01 deu origem à Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Desta forma, buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental que originam a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), bem como dos Hospitais-Dia e das Residências Terapêuticas. Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como um usuário sujeito de direitos, e de seu tratamento (BREDOW, 2010, p. 7-8).

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

**2.2 A Política de Saúde Mental no Brasil**

No Brasil, o marco institucional da assistência psiquiátrica foi a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos seguintes, instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais. O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina Brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes já praticados na Europa. Assim, também no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão (MINAS GERAIS, 2006).

Os indivíduos portadores de transtornos mentais só passam a ser internados, no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX. Desde essa data, pessoas portadoras de transtornos mentais eram internadas em hospitais psiquiátricos especializados. No entanto, este atendimento concentrava-se apenas, nas cidades desenvolvidas, enquanto, muitas cidades carentes deste recurso não obtinham a assistência em saúde mental.

A aprovação da presente lei é de tamanha importância para o projeto da lei original, pois para Borges (2013) ela traz significativas mudanças no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o atendimento e tratamento em serviços de base comunitária, ou seja, atendimentos primários, que dispõem, sobretudo, a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Conforme Menegat (2010) a chegada do projeto de lei de Paulo Delgado de 1989, no congresso obteve-se uma grande relevância, no que significou um avanço avassalador no que refere ao direito à saúde mental. O projeto veio em busca da regulamentação de internações compulsórias, propondo a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços que propusesse um novo modelo de assistência à saúde mental. Segundo Souza (2009), nos anos de 1992 e 1995 ocorreram inúmeras mudanças na política de saúde mental no Brasil, avançando de forma gradativa na perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica e na criação e regulamentação de portarias relativas à rede de serviços substitutivos, assim viabilizando e instituindo em forma de lei o direito à saúde mental (SOUZA, 2009, p. 33).

A referida lei foi sancionada em 6 de abril de 2001 e regula as internações psiquiátricas, promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando o processo de desospitalização a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como: os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial. É válido ressaltar que, conforme Sena (2001), o objetivo da presente lei é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso – e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente. Há a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias.

Portanto, a proposta da lei Paulo Delgado é privilegiar o convívio do paciente com a família e neste novo modelo a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, já que o doente mental não é um incapaz e a sua inserção social é mais eficaz para a sua recuperação. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais neste processo, sendo eles: os médicos e a família, os quais passam a ser peças fundamentais.

Conforme Marcontonio (2010) um dos grandes méritos da Lei é a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais, onde se é proibida a internação em instituições com características asilares como hospícios e manicômios, por exemplo. Ela também determina a necessidade de autorização médica para internação, exige a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internamento contra a vontade expressa do paciente e o diagnóstico e a terapia passam a depender de autorização do paciente ou de seu responsável legal.

**2.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

O “conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2007, p. 58), tem origem na década de 70, do século XX, em pleno processo de redemocratização da sociedade brasileira. É nesse momento que se buscou substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas, científicas, jurídicas, assim como transformar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais.

Na prática, ainda não existe uma aplicação efetiva das diretrizes desse modelo, as propostas expressam em seus objetivos uma preocupação em reduzir o número de Segundo Tenório (2012) objetivam conter referência à participação das famílias e das comunidades na assistência em Saúde Mental, entretanto os papéis que competem a cada um destes não são ainda bem definidos ou mesmo compreendidos.

Hoje, as pessoas com transtorno mental têm como modelo de atenção o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é um órgão público o qual oferta tratamentos diários e de acompanhamento, sendo um novo modelo de atenção que resultou de um movimento que buscou o fim da carceragem e da exclusão social da pessoa com transtorno mental.

A efetivação desse modelo psicossocial no país ocorre de maneira lenta e, pode-se dizer embrionária, posto isto se torna imprescindível oferecer uma rede de atenção em saúde mental efetiva, onde os serviços sejam complementares, integrados e resolutivos. Esta rede de serviços ainda está em desenvolvimento e necessita de ampliação da infraestrutura extra-hospitalar, de incentivo à qualificação profissional, rompimento com o preconceito e avanço de pacientes internados e o tempo de internações dos mesmos.

É importante destacar que a base de sustentação desse novo modelo de assistência à pessoa com transtorno mental e à família. Contudo, deve-se ter em mente que a família muitas vezes não é formada por rede de parentescos, ela é uma unidade social ou um sistema formado por grupos de pessoas ligadas através de laços de afinidade, afeto e solidariedade. Segundo Barreto (2005), ela é composta por pessoas que vivem juntas e trabalham para satisfazer as necessidades e resolver os problemas comuns.

Conforme comenta ROSA (2002) é de suma importância da atuação da família no tratamento de pacientes psiquiátricos, pois esta é responsável pelo conhecimento sobre a pessoa com transtorno mental e por isso é capaz de paciente ajudar os profissionais a escolher melhor forma de lidar com ela. O assistente social é inserido na saúde mental no Brasil, a partir dos anos 90, através do processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, isto é, todo um processo de “crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria” (AMARANTE, 1996, p. 22) e a todo aparato que deu suporte à institucionalização do modelo hospitalocêntrico de atenção a este segmento social, ou seja, todo arcabouço legal, técnico, administrativo e interventivo da psiquiatria clássica.

VASCONCELOS (2002) edifica um importante estudo sobre as origens do Serviço Social Psiquiátrico, como a primeira especialidade da categoria. Para o autor, o Serviço social foi influenciado, em seus primórdios, pelo Movimento de Higiene Mental, o que trouxe importantes repercussões ao seu processo de trabalho. Destaca que tal análise não foi apropriadamente resgatada nos estudos sobre a história e gênese da profissão, caracterizando-se como uma discussão ainda a ser mais problematizada.

As primeiras sistematizações da atuação do Assistente Social na área da saúde mental surgiram por volta de 1905, nos Estados unidos, com o Serviço Social Psiquiátrico que, por sua vez, tornou-se uma especialidade em 1918 transformando-se em tendência dominante do Serviço Social de Caso nos anos 20. A atuação da saúde mental dirigia-se para o reajustamento dos enfermos, após a alta hospitalar e havia uma preocupação de se trabalhar com o estigma, como maneira de se reintegrar socialmente as pessoas com transtorno mental.

Nesta conjuntura, a abordagem interventiva de atuação do Assistente Social não era somente com o indivíduo, incluía a família e a comunidade que o cercava, considerando a necessidade de obtenção de informações sócio-econômicas, hereditárias, físicas e emocionais na elaboração dos estudos de uma perspectiva psicologizante da análise da realidade dos usuários. Esta tendência foi transportada para a realidade brasileira e denunciada no Movimento de Reconceituação da profissão.

BISNETO (2001) aponta que a inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos deu-se por força de exigências do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, nos anos 70, a partir de 1973, quando o MPAS ressalta a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la, que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas instituições psiquiátricas.

O Assistente Social constitui dessa forma o elo entre pessoa com transtorno mental e sua família, e entre o hospital e a comunidade do qual faz parte. Para tanto, ele deve conhecer as tensões que influem nas vidas envolvidas, bem como as características de comportamento do pessoal e do grupo (BRASIL, 1988: 39). O manual do Ministério da Saúde de 2004 nos apresenta o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, como um novo serviço de Saúde Mental, onde afirma que:

Os CAPS são instituições destinadas a escolher os pacientes com transtornos mentais. Estimular sua integração social e familiar, apoiá-lo em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004: 09).

A partir da desinstitucionalização, os saberes e práticas em saúde mental se alteraram, passando por uma revisão do modelo assistencial de atendimento. As mudanças são organizacionais, conceituais e buscam desenvolver uma identidade e mediação entre família/usuário/instituição, assim consideramos o Assistente Social imprescindível nessa “metodologia da articulação” (FALEIROS, 1997). O processo da intervenção desse(a) profissional na desinstitucionalização trabalhará estabelecendo objetivos e metas através de um projeto que buscará mediação entre usuário/família/profissionais na conquista por espaços de controle social. Cabendo também ao Assistente Social desmistificar a relação de aspectos internos com o parente “doente mental” e aspectos externos na relação institucional e política.

De acordo com Abade (2001), o Assistente Social contribui para uma visão integral da pessoa com transtorno mental frente ao seu projeto terapêutico individual, garantindo a esta um tratamento digno, tornando-a um sujeito social com direitos e deveres. A pessoa com transtorno mental, frente ao sistema social em que vivemos (sociedade baseada na exploração, no lucro e na exclusão social) precisa de apoio e assistência apropriada para o exercício pleno de sua cidadania em qualquer fase da vida e em qualquer circunstância, de modo a permitir uma participação ampla e responsável e a luta permanente pela conquista e conservação dos direitos fundamentais.

**2.4 Os serviços substitutivos ao hospital Psiquiátrico**

O Serviço Social é uma profissão historicamente conectada ao campo de saúde mental e à família, e nesse contexto da desinstitucionalização, que se reconquista o compromisso ético e profissional da categoria, na luta pelo direito à saúde de qualidade e a necessária articulação entre os atores envolvidos nesse cenário (usuário/família/profissionais) buscando conquistar espaço de controle social.

A intervenção do (a) assistente social deve se pautar na apreensão das necessidades sociais deste usuário, em sua totalidade, buscando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele. Assim, é preciso ultrapassar o espaço institucional sob o qual atua, articulando-se com outras instituições que atendam às demandas postas pela realidade social dos usuários numa perspectiva de acesso aos direitos sociais destes.

Entretanto, o assistente social em saúde mental não se autoconstrói. Sua identidade é erguida nas relações sociais e a partir das demandas oriundas do corpo de dirigentes das instituições, dos usuários dos serviços e na relação com os demais profissionais da equipe, que demandam ações do assistente social tendo em vista o que entendem serem as competências e atribuições deste profissional. Evidentemente, o próprio entendimento do profissional do Serviço Social e sua leitura acerca da legislação profissional também influirão nesta construção.

Neste sentido, o atual contexto da política de saúde mental coloca novas possibilidades para os/as assistentes sociais, devendo estes/as adotarem uma prática investigativa que seja problematizadora do real, pois só surge alternativas para uma intervenção profissional crítica e competente, a partir de uma análise crítica da realidade, isto é, a partir de uma investigação concreta feita através de situações concretas.

Os CAPS contam com uma equipe multiprofissional composta por médicos, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros profissionais. Os profissionais da equipe de saúde mental atuam de maneira direta mesmo que, no geral, pontual com as unidades familiares. Todavia, é o assistente social que temporalmente tende a ter maior dedicação a este grupo no seu cotidiano interventivo. Há ainda uma tendência das políticas públicas se matriciarem no grupo familiar. Historicamente, o assistente social tem uma relação de intervenção construída com as famílias, mas a categoria ainda encontra vários obstáculos para atuar com este grupo.

Neste contexto, o assistente social inserido na saúde mental precisa estar conectado a outras áreas de conhecimento, tendo uma visão crítica destas para dar respostas às demandas institucionais tendo em vista a criticidade e a construção histórica dos processos que compreendem a problemática dos usuários voltadas à recuperação do sujeito no âmbito familiar, previdenciário, assistencial, ou seja, em todas as esferas de sua vida social. Desta forma, o Assistente Social passa a atuar no Centro de Atenção Psicossocial em um trabalho interdisciplinar que visa a reinserção do paciente na sociedade buscando restabelecer a identidade social e a dignidade humana dos portadores de transtornos mentais perdida em anos de exclusão.

**3. A PARTICIPAÇÃO DO ASSSITENTE SOCIAL NO CAPS**

O assistente social contribui positivamente na área da saúde, no momento em que o mesmo procura intervir junto ao atendimento das demandas imediatas da população, através de atendimentos sociais, entrevistas e estudos sociais. Segundo Amaral (1998) a questão social diz respeito ao conjunto “multifaxetado” das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Para ele, a questão social expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, as quais são “mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étinico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização” (AMARAL, 1998, p. 39).

Diante do exposto, é válido ressaltar que conforme Schultz (2001) o Assistente Social tem um importante papel, devendo a partir do seu compromisso ético-político contribuir para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais. Neste sentido, o profissional assistente social está presente no Centro de Atenção Psicossocial com o objetivo de alcançar referências e contra-referências de ações vinculadas à saúde mental, bem como, segundo Schultz (2001), “ao matriciamento através deatividades interdisciplinares e intersetoriais” (Schultz, 2001, p.3-4). No presente contexto, conforme Campos (2004) a intersetorialidade é:

Um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004, p. 747).

O CAPS trabalha no sentido de desenvolver a autonomia e a cidadania dos usuários, portanto configura-se como um novo modelo no campo de Saúde Mental. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e usuários, e, também, organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Os CAPS são considerados, hoje, dispositivos estratégicos da política de Saúde Mental, e um dos elementos centrais do que há de mais inovador nas propostas da Reforma Psiquiátrica (MACHADO, 2009, p.242).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, incluindo também os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O Centro de Atenção Psicossocial e uma instituição destinada a estimular a integração social e familiar dos usuários, apoiando as iniciativas e a busca da autonomia dos mesmos, oferecendo-lhes atendimento médico, psicossocial e Terapêutico, realizando o acompanhamento clínico e psicossocial. Na busca pela reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

No passado a loucura já foi entendida como uma ameaça à paz da sociedade e o seu tratamento foi um mecanismo de exclusão, de segregação, e punição para os que sofriam com esta doença. (BREDOW, DRAVANZ, 2010). No Brasil, as primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de “Vigiar e punir” os “loucos” (Foucault, 1991 apud BREDOW, DRAVANZ, 2010) como se esta situação fosse um problema ou desvio de conduta, tratando os indivíduos como se fossem culpados por sua situação.

Contudo a atenção à saúde mental também passou por importantes movimentos, o processo de Reforma Psiquiátrica, que teve início no ano de 1978 resultante das denúncias de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos, o principal destes movimentos e a Luta Antimanicomial que teve seu início marcado em 1987. Para Amarante, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é:

[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (2003, p. 58).

Assim, a Reforma Psiquiátrica pretende, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (AMARANTE, 2009). A aprovação da Lei nº 10.216/01 deu origem à Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como um usuário sujeito de direitos, e de seu tratamento.

Desta forma, buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental que originam a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Diante deste contexto, o CAPS que e uma das ações consequentes da reforma Antimanicomial, tem por necessidade reunir e definir objetivos e estratégias de ação no sentido de afirmar e lutar pelo avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e para tanto formular ações para reinserção dos usuários na comunidade, criando espaços de discursão e consolidação do direito à cidadania, e a promoção da suade e da vida.

Ao atuar em um CAPS é pertinente que o assistente social seja capaz de: mobilizar o usuário para o exercício pleno da cidadania; orientar os usuários e seus familiares sobre benefícios; participar e elaborar programas e projetos sociais; elaborar estudos socioeconômicos, a fim de conhecer a realidade social em que o usuário está inserido; explorar os recursos comunitários existentes; elaborar projetos que favoreçam a reinserção social do usuário e de sua família; orientar os usuários para recebimento de benefícios; realizar orientação familiar promover atividades comunitárias; participar de reuniões técnico-administrativas; supervisionar estágios na área do Serviço Social; participar das reuniões de matriciamento em Saúde Mental com a atenção básica; realizar contatos e reuniões com a rede intersetorial (Conselho Tutelar, Juizado, etc.).

Na percepção do portador de sofrimento psíquico, o Assistente Social assume uma presença no mundo que rompe frontalmente com as convenções sociais, comportamento que por vezes, tem reforçado o estigma que a sociedade tem em relação a estas pessoas. Isso acarreta a esses indivíduos, o isolamento e a convivência frequente com sentimentos hostis e alienantes, representando um retrocesso nos tratamentos de um modo geral. Dessa forma, é de extrema importância a intersetorialidade nos atendimentos dos Centros de Atendimento Psicossocial, pois a mesma permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo, que atuam na produção da saúde. Segundo Brasil (2006), a intersetorialidade é uma “articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (BRASIL, 2006, p.10).

**3.1** **Uma breve história do Serviço Social na Saúde Mental.**

Os ambulatórios especializados em Saúde Mental começaram a surgir na década de 20, com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental, a qual teve como objetivo prevenir transtornos mentais na população. Neste sentido, a Psiquiatria estaria mais próxima da comunidade no referente à normalização social do controle dos imigrantes e dos matrimônios, cuja tentativa era de evitar uma deterioração hereditária. Porém, somente na década de 80 é que foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), o qual era responsável pelo Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, onde ocorreu um grande investimento do Estado no sistema de atendimento ao público, que teve como prioridade a reforma dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extramuros, buscando a reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental.

O Serviço Social na área de Saúde Mental começou, no Brasil, “como assistência aos trabalhadores para amenizar a relação entre capital e trabalho” através da intervenção em fábricas, previdência, assistência social (BISNETO, p.20). No entanto, o Serviço Social passou a fazer parte da área da saúde, sendo registrado como seu início em Saúde Mental o ano de 1946, influenciado pelo movimento de higiene mental da Europa. Conforme Resende (1990 *apud* BISNETO, p.21):

Nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde). Havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil [...].

Os referidos hospícios atendiam apenas a população que carecia de recursos financeiros para obter tratamento em clínicas particulares, já que havia poucos hospícios estatais e também eram poucos os assistentes sociais para desempenhar essa tarefa. As poucas clínicas psiquiátricas privadas não empregavam assistentes sociais e dedicavam-se ao atendimento das pessoas com melhores financeiras.

O modelo para Saúde Mental no Brasil é diferenciado por setores: público, privado, conveniado ou não, consultórios particulares e planos de saúde. O Serviço Social em Saúde Mental faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), e atua com outras profissões da área, no trabalho realizado junto aos pacientes portadores de transtornos mentais. Os assistentes sociais atuam na reintegração social dos usuários nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Residências Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos.

No passado a loucura já foi entendida como uma ameaça à paz da sociedade e o seu tratamento foi um mecanismo de exclusão, de segregação, e punição para os que sofriam com esta doença. (BREDOW, DRAVANZ, 2010). Dessa forma, no Brasil, as primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de “Vigiar e punir” os “loucos” (Foucault, 1991 apud BREDOW, DRAVANZ, 2010) como se esta situação fosse um problema ou desvio de conduta, tratando os indivíduos como se fossem culpados por sua situação.

Contudo, a atenção à saúde mental também passou por importantes movimentos, o processo de Reforma Psiquiátrica, que teve início no ano de 1978 resultante das denúncias de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos, o principal destes movimentos e a Luta Antimanicomial que teve seu início marcado em 1987. Para Amarante, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é:

[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (2003, p. 58).

Assim, a Reforma Psiquiátrica pretende, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (AMARANTE, 2009). A aprovação da Lei nº 10.216/01 deu origem à Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como um usuário sujeito de direitos, e de seu tratamento.

Desta forma, buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental que originam a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Diante deste contexto, o CAPS que e uma das ações consequentes da reforma antimanicomial e tem por necessidade reunir, definir objetivos e estratégias de ação no sentido de afirmar e lutar pelo avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para tanto, formular ações para reinserção dos usuários na comunidade, criando espaços de discursão e consolidação do direito à cidadania, e a promoção da suade e da vida.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, incluindo também os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O Centro de Atenção Psicossocial é uma instituição destinada a estimular a integração social e familiar dos usuários, apoiando as iniciativas e a busca da autonomia dos mesmos, oferecendo-lhes atendimento médico, psicossocial e Terapêutico, realizando o acompanhamento clínico e psicossocial. Na busca pela reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Reafirmando a Lei 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, pois o projeto buscara também fortalecer e incentiva a inclusão dos usuários na família e na comunidade, a qual o Art. 2° garante que os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares, devam ser tratados com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

**3.2 Atendimento integro aos usuários do CAPS.**

O conceito de integralidade, assim como o conceito de intersetorialidade surgem no cenário das políticas sociais através da política de saúde, sendo difundidos às demais posteriormente. Para Bredow (2010), a saúde mental e a integralidade do cuidado é um princípio ético e política que implica organizar e efetivar o atendimento e os serviços de forma que o usuário seja atendido na sua integralidade, buscando superar a fragmentação no atendimento, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e todos os fatores que causam o adoecimento. Segundo Campos, a intersetorialidade nada mais é do que:

um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (2004b, p. 747).

Neste sentido, é válido ressaltar que a intersetorialidade é uma estratégia política complexa, já que é possível perceber que na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, que partem do diálogo entre os seus executores e gestores. Portanto, ela tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão, tornando-se um mecanismo para a garantia do direito de acesso à saúde, já que esta é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.

A intersetorialidade é construída e fortalecida enquanto processo coletivo, como já mencionado entre diversos setores, e principalmente de uma construção com a população, considerando as peculiaridades e potencialidades de cada realidade, ou seja, de cada local, de cada sujeito, visando atender as necessidades encontradas, e ainda valorizar e incentivar a participação da população neste processo (CAMPOS, 2004, p.35).

Já a integralidade pressupõe que o atendimento e as ações de saúde sejam realizadas de forma integrada, e voltadas para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde. Segundo Mattos (2001), ela não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, visto que é uma bandeira de luta, pois a proposta da integralidade é uma ruptura com estruturas organizadas dos serviços de saúde e com as práticas fragmentárias e reducionistas. Sendo assim, as ações em saúde devem “ser pensadas e estruturadas em conjunto com os demais setores de atendimento e principalmente com os usuários, de forma que atendam às necessidades destes” (Cezar et al., 2008, p. 2).

A análise das ações que visam à integralidade no atendimento afirma que a mesma “está assentada em dois pilares básicos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade”. Ou seja, para o Bredow (2010), o pressuposto para a efetivação da integralidade do atendimento é uma estruturação e articulação da equipe do serviço, bem como uma estruturação e articulação desta mesma com outras equipes de outros espaços e serviços. Como ressaltado pela Política Nacional de Promoção de Saúde:

a integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

E é por isso que o primeiro sentido para a integralidade em saúde está relaciona à necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração dos serviços e com as instituições de saúde. Portanto, cabe salientar que:

A integralidade não é apenas um conceito, mas uma diretriz que deve ser adotada no cotidiano. E o alcance deste processo se dá através da intersetorialidade e interdisciplinaridade, mecanismos que devem compor a atuação do assistente social, como objetivo e estratégia da ação profissional. Não obstante ao exposto até o momento, não se ignora o atual quadro de fragilização e segregação das políticas públicas e sociais dentro do cenário de economia neoliberal do Brasil atual. Reconhecemos as dificuldades postas pela contradição entre direitos universais e políticas focalizadas, entre a redução do gasto público e degradação das condições humanas de vida. Estes, como sendo reflexos de um sistema desenvolvido pró-capital, excludente em sua essência lógica (COSTA, 2004, p. 12).

Nesta concepção, a qualidade do atendimento oferecido reflete diretamente na resolução da ação, bem como se torna um mecanismo de estímulo à participação dos usuários, trabalhadores, familiares e comunidades no atendimento e na proposição dos serviços.

**3.3 A intervenção do Assistente Social junto aos portadores de transtorno mental**

Nesta conjuntura, é válido abordar aqui o importante papel desenvolvido pelo Assistente Social tanto com o usuário do CAPS, como com a família dos mesmos, já que a família possui “uma forma de organização ou disposição de um número de componentes que se inter-relacionam de maneira específica e recorrente” (WHALEY; WONG, 1989; p. 21). Dessa forma, é necessário salientar que o Assistente Social já dá sua devida atenção à família, visto que, conforme Neder (1996), os Assistentes Sociais “são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica, ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e, não a levam em consideração” (p.124).

É comum perceber, principalmente, no membro familiar que se dispõe a cuidar do paciente usuário do CAPS, as consequências resultantes do preconceito, despreparo e desinformação, pois isto se justifica pelo próprio isolamento e distanciamento de amigos e familiares, o que resulta no comprometimento das relações sociais dos pacientes, muitas vezes por opção do indivíduo que prefere evitar possíveis situações e comentários que venham a ocorrer. Tendo em vista tal fato, é importante ressaltar a atuação que o Assistente Social deve ter diante das fragilidades descritas acima, neste contexto Pereira (2000) afirma que:

É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atentem para esta realidade, para que propiciem àquela, possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários) (PEREIRA, 2000, p.254).

É importante que o Assistente social tenha em mente que o seu trabalho junto à família dos Portadores de Transtornos Mentais deverá está totalmente direcionado ao fortalecimento dos laços entre os envolvidos, visto que o referido membro necessita de atenção e cuidados especiais, mas também deve enfrentar os estigmas sociais pelos quais são submetidos. Neste aspecto, Bisneto (2007) afirma que:

É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos (BISNETO, 2000, p.145)

Cabe ao Assistente Social buscar meios que o disponibilize as famílias dos Portadores de Transtornos Mentais, uma vez que, devem demonstrar interesse e levando em consideração a importância dos problemas ali envolvidos. Dessa forma, pode-se observar que profissional de Assistência Social tem atuado, principalmente, no sentido de proporcionar aos Portadores de Transtorno Mental uma melhor qualidade de vida, atuando na consolidação de seus direitos. Neste contexto, é válido relembrar que a Reforma Psiquiátrica dando uma nova maneira de cuidados e atenção que se deve ter com usuários.

Portanto, pode-se afirmar que as conquistas obtidas com o processo da referida Reforma são relevantes, porém é preciso investir mais na construção da autonomia e da cidadania dos portadores de transtorno mental, criando estratégias, para que os usuários dos serviços de Saúde Mental sejam contemplados em seus direitos. Dessa forma, observa-se que o assistente social tem fundamental importância nessa área, visto que, os portadores de transtornos mentais ainda são excluídos, não apenas pela sociedade, mas também, pela família, e muitos ainda são considerados perigosos e incapazes de se adaptarem à sociedade.

E é neste aspecto que o Assistente Social deve estabelecer relações entre esses indivíduos e seus familiares, pois esta situação requer a intervenção não só do Assistente Social, como também, de outros profissionais que atuam na área da saúde, junto ao Estado e a sociedade em geral. Por fim, é válido ressaltar a suma importância da atuação do Assistente Social com os Portadores de Transtornos Mentais, como também, com seus familiares, mas para isso, são necessárias a formação e especialização desses profissionais que pretendem ou que já estão atuando na área da Saúde Mental, bem como em todas as áreas de atuação dos Assistentes Sociais.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a presente pesquisa comprovou-se que é de extrema importância a participação do Assistente Social na política setorial da saúde, principalmente, na área de saúde mental, assim como, mostrou que um melhor atendimento aos usuários do CAPS resulta em grandes conquistas e consequentemente na qualidade de vida dos usuários. Dessa forma, a atenção em saúde mental sofreu e vem sofrendo significativas transformações e avanços ao longo dos últimos trinta anos. Apesar das políticas sociais estarem organizadas no âmbito legislacional, de forma articulada e intersetorial, vimos que isso ainda é um processo a ser construído e implementado na realidade, nos campos de atuação e nos serviços oferecidos.

É válido ressaltar que o Assistente Social pode auxiliar na consolidação e estabelecimento de uma nova percepção de saúde. Visto que o assistente social tem, através dos dispositivos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, as ferramentas necessárias para a construção, proposição e articulação com os diferentes espaços de atenção ao usuário. Ainda, através de ações que visem à melhoria dos serviços, consequentemente evidencia-se a melhora na atenção ao usuário, aumentando a resolutividade do serviço, o aumento da participação e a autonomia dos usuários.

Dessa forma, o Assistente Social contribui para uma visão integral da pessoa com transtorno mental frente ao seu projeto terapêutico individual, garantindo a esta um tratamento digno, tornando-a um sujeito social com direitos e deveres. Os resultados da pesquisa mostraram, ainda, que existem algumas dificuldades que as famílias das pessoas com transtorno mental encontram na sua convivência, ao mesmo tempo, são apontados prováveis direcionamentos para cuidar das mesmas. Espera-se que a discussão aqui iniciada sensibilize os profissionais da área de saúde mental, para que tenham um novo olhar para a família da pessoa com transtorno mental de tal modo que rompa as barreiras do preconceito, da exclusão e da quebra de vínculos familiares e sociais.

Para tornar apropriada e saudável a convivência com a pessoa com transtorno mental na família é imprescindível a oferta de um serviço especializado que a ampare, elucide suas dúvidas e a norteie nas dificuldades. Uma vez que exista uma preparação da família e da comunidade para acolher a pessoa com transtorno mental ao retornar da instituição psiquiátrica é presumível que ele e sua família administrem suas vidas com qualidade e sem o comprometimento da saúde mental de ambos. Nesta perspectiva, cabe salientar que o assistente social ao está inserido na área da saúde procura fazer uma intervenção junto ao atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto de condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país.

Outro fator importante comprovado com esta pesquisa é que o assistente social possui instrumentalidades capazes de alcançar as ações intersetoriais da saúde mental. Comprovou-se, ainda, que é possível fazer com que os profissionais da área de saúde, especialmente os Assistentes Sociais inseridos na saúde mental, tenham uma nova visão para a família das pessoas com transtorno mentais, assim como, para as novas propostas de assistência em saúde mental deixando para trás a imagem de família que somente abandona, segrega e não tem relações afetivas com seu familiar. E isso significa romper com preconceitos e concepções bem como formular pensamentos pautados na parceria e no cuidado à família. Diante do exposto, o estudo dessa temática se justifica pelo momento de transformação no campo da assistência na área da saúde mental e em relação a toda discussão que ocorre atualmente sobre a forma de conceber, trabalhar, pensar e se relacionar com o fenômeno da loucura.

**REFERÊNCIAS**

ABADE, Flávia. **Caracterização do trabalho do Assistente Social em eq**uipe: interdisciplinar de Saúde Mental no Centro de Atenção Integral à saúde de Santa Rita – Cais – RS. 10º CBAS, Rio de Janeiro, 2001.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

ATKINSON, R. L. et al. **Introdução à Psicologia de Hilgard**. 13ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária Passo a Passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo?. In: \_\_\_\_\_\_; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.).**Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BISNETO, J. A. **Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 82, 2011.

BISNETO, José Augusto. **A inserção do Serviço Social na saúde mental nos anos 1970.** 10º CBAS, Rio de Janeiro, 2001.

 BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde. Nº. 8080. Brasília, set, 1990.

\_\_\_\_\_\_. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Relatório Final do I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. Bahia, 1993.

\_\_\_\_\_\_. Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal. 1997

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: \_\_\_\_\_\_; PEREIRA, P. A. P. (Org.).**Política social e democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

 FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. Cortez, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo**. Temporalis, Brasília, n. 3, 2001

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 55, 1997.

MINUCHIN, S. **Famílias**: Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

NETTO, J. **Cinco notas a propósito da questão social.** *Temporalis*, Brasília, n. 3, 2001

OLIVEIRA, F. Neoliberalismo à brasileira. In: SADER, E. S.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

PAPALIA, D. E. et al. 8.ed. **Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre: Artmed, 2006

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

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e de interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2002.

**ANEXO**

PROJETO DE LEI N.º 3.657 DE 1989.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Redação final do Substitutivo do Senado Federal. O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único: São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º - O Poder Público destinará recursos orçamentários para construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões 56 intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde -SUS.

Art. 5º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos psíquicos em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 6º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada à continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e; III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 8º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 9º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10 - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º - O Ministério Público, ex-oficio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11 - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança 57 do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 13 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde

Art. 14 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.

Art. 15 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Aqui no Estado do Rio Grande do Sul, os hospitais psiquiátricos são regulamentados com base na seguinte legislação: