



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS-UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL-FSSO
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

JESSICA MAYARA DE LUCENA PEREIRA

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO
ASSISTENTE SOCIAL:** contribuições e desafios da atuação profissional nos centros de
atenção psicossocial - caps

MACEIÓ-AL

2024

JESSICA MAYARA DE LUCENA PEREIRA

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO
ASSISTENTE SOCIAL:** contribuições e desafios da atuação profissional nos centros de
atenção psicossocial - caps

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social, da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Alves de Andrade

MACEIÓ-AL

2024

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB-4/661

P436p Pereira, Jessica Mayara de Lucena.
A política de saúde mental como espaço sócio-ocupacional do assistente social :
contribuições e desafios da atuação profissional nos Centros de Atenção Psicossocial
– CAPS / Jessica Mayara de Lucena Pereira. – 2024.
49 f.

Orientadora: Mariana Alves de Andrade.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) – Universidade
Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 46-49.

1. Saúde mental. 2. Política de saúde mental – Brasil. 3. Centros de Atenção
Psicossocial. 4. Serviço Social. I. Título.

CDU: 364.4:613.86(81)

Dedico aos meus pais Jadson e Márcia que são meu alicerce. Aos meus irmãos, Letícia e Marcelo, meus parceiros de vida. E ao meu esposo Paulo, meu maior incentivador e apoiador ao longo dessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que foi durante todos esses anos o meu maior guia, foi através da minha fé Nele que atravessei todos os desertos que encontrei nessa longa trajetória. Nele encontrei refúgio quando nenhum lugar me trazia segurança, e através de sua palavra ele me entregava a certeza de que tudo daria certo, tudo iria passar.

Agradeço à minha família, em especial a meus pais Márcia e Jadson, por todo apoio que me deram do início ao fim, nas inúmeras fases dessa trajetória onde minha única certeza era a de que vocês estariam lá para me acolher, aconselhar, incentivar e me ensinar muito mais sobre a vida.

Agradeço ao meu esposo Paulo, que foi meu maior incentivador durante todo o caminho. Você estava comigo quando eu descobri minha aprovação e vibrou junto, segurou todas as pontas para eu conseguir focar nos meus estudos, e ao fim desse processo que muitas vezes te atingiu também, você continua aqui como no dia que eu recebi o primeiro e-mail da UFAL, me dando forças e dizendo que eu sou capaz de conseguir tudo o que o meu coração desejar.

Agradeço à todos os amigos que conquistei durante a graduação, esses são contados na palma da minha mão. Em especial Elves e Alicia, que estiveram do início ao fim comigo, vocês foram essenciais nessa trajetória, tornando-a mais leve em um processo que lidamos com tantas situações desafiadoras. Ter vocês para segurar na mão, foi magnífico.

Agradeço à minha supervisora de estágio Ana Kátia. Através do nosso encontro no estágio da UDA-UFAL, percebi que existe esperança nos profissionais que atuam na saúde do nosso país, você me mostrou a profissão com uma larga perspectiva científica, mas também mostrou humanidade na forma de tratar o próximo, na forma de buscar viabilizar os direitos dos usuários que chegam até você. Percebi que nem tudo está perdido e nem tudo é somente teoria, uma prática profissional empática pode salvar vidas, famílias e processos.

Agradeço à minha orientadora Mariana Andrade, por toda paciência comigo durante essa jornada, por me guiar para o caminho mais coerente possível para a conclusão desse trabalho, foi de extrema importância ter uma profissional como ela me dando o suporte necessário para finalizar com êxito esse processo.

[...] ninguém nasceu no topo da montanha e a escalada sempre vai ser árdua, só aquele que resistir o processo vai ter direito a vista mais fantástica.

(Tribo da Periferia)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso - TCC reflete acerca da Política de Saúde Mental como espaço sócio-ocupacional do assistente social. Tem como objetivo geral estudar a trajetória e as transformações ocorridas na Política de Saúde Mental no Brasil, enfatizando a compreensão da importância do assistente social nessa política específica como profissional viabilizador de direitos, tendo em vista que seus usuários foram durante um longo período extremamente marginalizados pela sociedade, principalmente quando se considera os moldes manicomiais de “tratamento”. Pretende-se, pois, apreender as contribuições e desafios postos ao Serviço Social em meio ao processo de reorganização do modelo de assistência e estruturação do CAPS no Brasil. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, baseada em autores como Arbex (2013), Ribeiro (1999), Paes (2017), Sampaio e Bispo Junior (2021), Appel (2017), Rocha (2021), Barros e Bernardo (2017), e outros, que abordam essa temática, bem como análises documentais de dados fornecidos por órgãos governamentais, como portarias ministeriais, resoluções e notas técnicas. Tal investigação apontou para grandes conflitos acerca dos modelos de assistência ofertados às pessoas com transtornos mentais antes da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como para as conquistas advindas da consolidação da Política de Saúde Mental. Nesse sentido, compreendeu-se a necessidade de uma intervenção profissional sob uma perspectiva crítica, a respeito das expressões da “questão social” que rodeiam o cotidiano dos usuários dessa política e de seus familiares. Chegamos como resultado à compreensão de que o assistente social é, nesse âmbito, um profissional indispensável, por ser atuante na viabilização de direitos e na busca por assegurar a unidade entre o social e o subjetivo, mesmo diante dos inúmeros desafios enfrentados pela categoria na conjuntura neoliberal desenvolvida ao longo dos últimos anos no país.

Palavras-chave: Saúde Mental; Política de Saúde Mental; CAPS; Serviço Social.

ABSTRACT

This undergraduate thesis reflects on Mental Health Policy as a socio-occupational field for social workers. Its primary objective is to study the trajectory and transformations within Mental Health Policy in Brazil, highlighting the critical role of social workers as professionals who facilitate rights, especially considering that the policy's users have long been marginalized by society, particularly under the asylum-based "treatment" models. The research seeks to understand the contributions and challenges facing Social Work amid the reorganization of the mental health care model and the structuring of Psychosocial Care Centers (CAPS) in Brazil. The methodology used was a literature review, based on authors such as Arbex (2013), Ribeiro (1999), Paes (2017), Sampaio and Bispo Junior (2021), Appel (2017), Rocha (2021), Barros and Bernardo (2017), among others, who discuss this topic, as well as documentary analyses of data provided by government agencies, including ministerial ordinances, resolutions, and technical notes. This research highlights the significant debates regarding the care models offered to individuals with mental disorders prior to the Brazilian Psychiatric Reform, as well as the advancements achieved through the consolidation of Mental Health Policy. In this regard, the study recognizes the necessity of professional intervention from a critical perspective, addressing the social issues that affect the daily lives of policy users and their families. The findings underscore the essential role of social workers in this field, as they actively facilitate rights and strive to ensure unity between social and subjective aspects, despite the numerous challenges the profession faces in the neoliberal context developed over recent years in the country.

Keywords: Mental Health; Mental Health Policy; CAPS; Social Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CHPB - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

CT – Centros Terapêuticos

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

MRPB - Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCTM- Pessoa com Transtorno Mental

PVC – Programa Volta pra Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REME – Movimento de Renovação Médica

RTs - Residências Terapêuticas

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UA – Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	13
2.1	O modelo manicomial de assistência: a institucionalização do cuidado em saúde mental	13
2.2	A Reforma Psiquiátrica brasileira e o questionamento ao modelo manicomial de assistência	18
2.3	A reorganização do modelo de assistência e a estruturação do CAPS enquanto serviço especializado de saúde mental	23
3.	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL	28
3.1	A atuação do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial;.....	32
3.2	Os desafios para a atuação do assistente social no CAPS	37
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo, as pessoas diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental eram isoladas da sociedade, além de serem extremamente julgadas e incompreendidas. Aquelas consideradas “loucas” eram deixadas à margem da sociedade, sendo tratadas de forma desumana e hostil. Se é certo que essa situação se alterou em alguma medida, não menos verdadeiro é que até os dias atuais a história da problemática da saúde mental ainda é marcada por diversos contextos contraditórios, opiniões, crenças, tabus e preconceitos. Mesmo após inúmeros avanços advindos da Reforma Psiquiátrica¹, as questões que envolvem a tematização da loucura na sociedade ainda é bastante complexa e envolve diversas nuances e contradições, enfrentando muitos desafios.

A saúde mental é considerada pela Organização Mundial da Saúde – (OMS, 2022) como “[...] um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade.”

Foi observando a realidade social durante o Estágio Curricular obrigatório realizado na UDA/UFAL – Unidade Docente Assistencial Gilberto de Macedo, que surgiu o interesse pela temática. Principalmente mediante a busca da população por informações sobre o acesso ao atendimento em Saúde Mental, o que gerou reflexão e indagações sobre a importância do tema e sua relação com o Serviço Social.

Perante a identificação da falta de informações mais aprofundadas e explícitas referente à temática, tivemos a necessidade de desenvolver um estudo de maior profundidade e detalhamento que possibilitasse a compreensão da trajetória constitutiva da Política de Saúde Mental no Brasil através da desinstitucionalização do cuidado, com o advento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, bem como à compreensão da importância da atuação do assistente social nesse contexto, tendo em vista que tal política social é um campo de intervenção desse profissional que possui olhar crítico para as situações cotidianas das pessoas em sofrimento psíquico.

A relevância da abordagem justifica-se pelo fato de a temática da saúde mental ser ainda envolta em tantos preconceitos e estigmas, e por todas as dificuldades enfrentadas por seus usuários, pessoas que estão frequentemente sujeitas a exclusões e consequentemente expostas a vulnerabilidades sociais.

¹ O Ministério da Saúde (2005, p.6) caracteriza a Reforma Psiquiátrica como “[...] um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais.” Esta se constituiu num marco importante na história da saúde pública brasileira, buscando melhorias através de transformações desafiadoras. Abordaremos a temática nos próximos tópicos.

Alinhada a essas evidências, a nosso ver, faz-se necessário refletir sobre os fatores e personagens sociais que contribuíram para a transformação da Política de Saúde Mental brasileira em busca da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos - que usavam modos torturantes de tratamento - até a reorganização do modelo de assistência e estruturação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviço substitutivo especializado na saúde mental, bem como a importância da atuação do assistente social como viabilizador de direitos nesses espaços.

Por essa razão, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo compreender historicamente a estruturação da Política de Saúde Mental no Brasil, correlacionando-a com a importância da intervenção profissional do assistente social no seio dessa política e refletindo sobre os principais desafios da sua atuação, especificamente no CAPS.

Nesse sentido, o instrumental metodológico adotado foi a revisão bibliográfica, que se apoiou principalmente nas contribuições de Arbex (2013), Ribeiro (1999), Paes (2017), Sampaio e Bispo Junior (2021), Appel (2017), Rocha (2021), Barros e Bernardo (2017), e outros, e a pesquisa documental que se baseou sobretudo na análise de legislações, portarias ministeriais, decretos, resoluções e notas técnicas.

O trabalho está organizado em duas partes principais. A primeira parte, intitulada “A trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil” está dividida em três seções. Na seção I será abordado “O modelo manicomial de assistência e a institucionalização no cuidado em saúde mental”, analisando-se os moldes de tratamentos dos problemas psíquicos anteriores à Reforma Psiquiátrica. Nela, faz-se referência principalmente à obra da autora Daniela Arbex, *Holocausto Brasileiro* (2013), retratando a vida das pessoas com transtornos mentais dentro do então maior Hospício do Brasil.

A seção II, “A Reforma Psiquiátrica brasileira e o questionamento ao modelo manicomial de assistência” reflete sobre as significativas transformações ocorridas no âmbito da saúde mental brasileira com a Reforma Psiquiátrica, identificando-se os atores sociais que manifestaram questionamentos acerca do modelo manicomial de tratamento da época, como ocorreu esse processo e quais resultados esses questionamentos trouxeram para a Política de Saúde Mental vigente.

A seção III trata sobre “A reorganização do modelo de assistência e a estruturação do CAPS enquanto serviço especializado de saúde mental”, analisando a reorganização do modelo de tratamento questionado anteriormente e refletindo sobre a importância da família no contexto

de reinserção social do usuário. Ademais, traz uma discussão acerca da estruturação do CAPS como serviço especializado de saúde mental.

Já a segunda parte aborda o “Serviço Social na Política de Saúde Mental”, completando a discussão iniciada no capítulo anterior. Essa parte também está subdividida em 3 seções, organizadas da seguinte maneira: seção I “A política de saúde mental como espaço sócio-ocupacional do Assistente Social”, discute sobre o fato de a Política de Saúde Mental ser um espaço sócio-ocupacional do Assistente Social, comentando a trajetória da categoria profissional nesse âmbito e como se deram as primeiras formas de sua intervenção.

A seção II debate sobre “A atuação do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial”, refletindo sobre a evolução das intervenções realizadas por esse profissional após as reformas ocorridas no âmbito da saúde mental, e na profissão com o aporte de seus instrumentais e alicerçado ao Código de Ética. A partir disso, ressalta-se a importância de um profissional com o olhar crítico para as expressões da questão social.

Por fim, a seção III discorre sobre “Os desafios da atual conjuntura para a atuação do assistente social no CAPS”, analisando esses desafios encontrados e as possibilidades de sua atuação para por em prática, junto com os outros profissionais, a Política de Saúde Mental ante as diversas tentativas neoliberais de desmonte.

2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A configuração de uma estrutura legal e institucional que hoje compõem as ações, equipamentos e serviços da Política Pública de Saúde Mental no Brasil é historicamente recente e atravessada por inúmeros desafios.

As formas de cuidado e tratamento voltados às pessoas com transtorno mental estão diretamente correlacionadas às formas de entendimento sobre a “loucura²” na sociedade, que por sua vez, dizem sobre sua realidade social, econômica e cultural.

No Brasil, antes da conformação de uma política pública voltada ao cuidado em saúde mental, as pessoas em sofrimento psíquico eram submetidas a formas de tratamentos extremamente hostis e desumanas, baseados na institucionalização do cuidado, mediante a segregação dessas pessoas em manicômios, asilos e hospitais psiquiátricos.

A seguir, iremos abordar acerca da trajetória histórica da política de Saúde Mental no Brasil, considerando como marco temporal inicial o período Imperial (1822 - 1889), quando se inicia a institucionalização do “cuidado” mediante a segregação das pessoas em sofrimento mental.

Para ilustrar esse momento, recorreremos principalmente à obra *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013), na qual a autora traz uma leitura marcante dos relatos de sobreviventes do famoso Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena- (CHPB), e que nos traz muitos elementos para a compressão desse momento do desenvolvimento do cuidado à saúde mental.

O percurso histórico caminha para o questionamento desse modelo manicomial excludente e culmina no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira – (MRPB), que se inicia no final da década de 1970 e tem sua implementação entre a década de 1990 e os anos 2000 (Sampaio, Bispo Junior, 2021), como veremos a seguir.

2.1 O modelo manicomial de assistência: a institucionalização do cuidado em saúde mental

O cuidado em saúde mental, entendido enquanto política pública de saúde, é recente na história brasileira. Embora já perpassou, por diversos desafios e compreensões sobre a forma como as pessoas em sofrimento mental deveriam ser tratadas.

² Não iremos aqui nos aprofundar nesta temática. Contudo, podemos refletir resumidamente que essa compreensão da figura do louco - antes do surgimento da Psiquiatria como ciência no século XIX - o coloca como alguém “desajustado”, “perigoso”, “descontrolado” e “violento”. Essa compreensão originou na “estrutura de exclusão”, termo usado por Foucault, como forma de solução para tal problema (Batista, 2014).

A distinção entre “normais” e “anormais” resultou na compreensão de que àqueles que geravam algum tipo de desordem ou estavam fora dos padrões de comportamento considerados normais, eram perigosos e deveriam ser afastados do convívio geral para evitar contratempos, bem como espanto e vergonha.

As pessoas que possuíam algum tipo de transtorno mental eram vistas como desajustadas e consequentemente eram tratadas de maneiras as mais cruéis possíveis, tendo como solução para esse “desajuste” o aprisionamento em manicômios. Os maus tratos aos quais eram submetidas eram considerados como a maneira de “solucionar o problema”.

No Brasil, esse tipo de tratamento desumano se arrastou por muitas décadas havendo ainda hoje, resquícios dele. Desde a época do Império as pessoas com algum transtorno mental eram afastadas do convívio social, e até mesmo àqueles oriundos de famílias nobres e renomadas eram encaminhadas para asilos, não com o intuito de um tratamento eficaz, mas para serem escondidos da sociedade, tendo em vista que eram considerados motivo de vergonha (Freitas, 2018).

Baseados nessa concepção, a exclusão das pessoas com doenças mentais manteve-se por anos e anos, e criou a necessidade de construção de espaços de segregação, para então abrigá-los. Tais espaços eram os manicômios, asilos e Hospitais Psiquiátricos. Como refere Santos e Miranda (2015 *apud* Freitas, 2018 p.04):

Esta exclusão gerou a necessidade de abrigar os doentes mentais em ambientes segregadores, como uma forma de extirpá-los do meio social e, assim tratar as suas patologias em locais de contenção por suas subjetividades e diferenças. Todavia, o objetivo maior da criação desses locais, denominados de hospitais psiquiátricos era o de resolver os problemas gerados pelos anormais, o caráter de dar uma assistência humanizada ficou em último plano e, devido a isso, o surgimento dos manicômios, no Brasil, se associa em muito ao modelo prisional, e não terapêutico.

Nesse sentido, é relevante destacar que o Brasil é considerado pioneiro na América Latina quanto à fundação de grandes manicômios, espelhados no alienismo³ e em padrões da Europa.

³ [...] O alienismo foi produto dos novos paradigmas do pensamento científico e filosófico, sobretudo daqueles relacionados ao iluminismo, ou filosofia das luzes. Ele surgiu como um aparato de vanguarda da intervenção médico-científica na vida do indivíduo e da sociedade, prometendo recuperar alienados mentais através da ação médica. Isto significou um tratamento possível para pessoas até então vistas como irrecuperáveis, por serem privadas do precioso atributo da razão, e cujo destino invariável seria a errância, o abandono em asilos ou o recebimento de caridade religiosa (Teixeira, 2019, p.544). Ou seja, as pessoas com transtornos mentais eram chamadas de alienados.

A gênese da institucionalização da saúde mental no Brasil remete à Fundação do Hospício Dom Pedro II, em 1852 no Rio de Janeiro, vinculado a Santa Casa de Misericórdia. Foi renomeado para Hospício Nacional de Alienados em 1890, e manteve-se sob os pressupostos alienistas, bem como pelo caráter higienista e religioso caritativo. (Ribeiro, 1999; Freitas, 2018; Sampaio, Bispo Júnior, 2021).

Após a fundação do primeiro Hospício, vários outros foram sendo fundados pelo país a fora. A obra “Saúde Mental no Brasil” de Paulo Ribeiro (1999), nos auxilia a compreender essa expansão ao fazer o resgate histórico da fundação desses estabelecimentos que se espalharam pelo país.

Vejamos a cronologia de fundação dos principais deles com base nos levantamentos do autor: 1852 – Hospício Provisório de Alienados, em São Paulo; 1860 – Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro; 1864 – Hospício dos Alienados da Ladeira de Tabantigueira, em São Paulo; 1864 – Hospício da Visitação de Santa Isabel, em Olinda; 1865 – Enfermaria do Hospital de Caridade, em Belém; 1873 – Hospício de Alienados, também em Belém; 1874 – Asilo de São João de Deus, em Salvador; 1878 – Enfermaria do Hospital de São João Batista, em Niterói; 1883 – Hospício dos Alienados, em Recife; 1884 – Hospício São Pedro, em Porto Alegre e em 1886 – Asilo de Alienados de São Vicente de Paula, em Fortaleza.

O aumento de tais instituições respondia, dentre outros, à demanda de crescimento urbano e econômico, que publicizava diversas expressões da questão social, dentre elas o aumento dos “loucos” pelas ruas. Portanto, a institucionalização do cuidado através dos manicômios seguia a lógica da “limpeza” urbana, na qual segregar a população em sofrimento mental foi a principal estratégia. Ribeiro (1999, p.21) atenta para o fato de que:

Mesmo com a criação de estabelecimentos específicos para o tratamento do doente mental, prevalece, como no período anterior aos manicômios, a existência de maus-tratos, espancamento, falta de higiene, sujeira, fome, resultante de má ou ausência de alimentação.

Assim, se retirava de vista o problema, sem de fato resolvê-lo ou cuidá-lo. Nas primeiras quatro décadas de existência, os manicômios cumpriram exclusivamente a função de segregar (Ribeiro 1999, p.21). Desse modo, não havia preocupação com o cuidado médico em si, muito menos com os demais aspectos que perpassam o indivíduo em suas dimensões materiais e subjetivas. As pessoas eram postas em condições sub-humanas e submetidas às várias formas de violência.

Após a Proclamação da República, em 1889, o Hospício Dom Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, e passou para o domínio da psiquiatria científica, que passou a ter um status de especialidade médica autônoma, com ampliação do seu espaço de atuação disciplinar e específico: as instituições manicomiais.

Assim, houve ampliação na construção de asilos e manicômios pelo país, semelhante ao modelo prisional de assistência e criados para segregar e conter os pacientes psiquiátricos. A criação de tais estruturas

[...]visava à criação de espaços de poder disciplinadores por meio de hospitais ou de clínicas especializadas. A disciplina realizada nessas instituições também produzia socialmente a normalização dos comportamentos, sendo passíveis de intervenção do saber médico psiquiátrico, sendo uma atuação de higienização da sociedade (Freitas, 2018, p. 05).

Desse modo, o objetivo era realizar uma “limpeza” ao retirar as pessoas em sofrimento psíquico do convívio familiar e social, mediante internações arbitrárias e prolongadas. Tinham como foco de intervenção os sintomas das doenças, ou mesmo a busca pela correção da “desordem psíquica”, utilizando-se de métodos violentos⁴ e desconsiderando as pessoas em suas individualidades e direitos. Ou seja, o olhar era voltado para a doença em si, e não para o indivíduo.

Essa lógica segregacionista perpassou o final do século XIX, se mantendo pelo século XX. Em 1903, por exemplo, foi promulgada a primeira lei sobre assistência em saúde mental, ainda nessa lógica segregacionista, através do Decreto nº 1.113, de 22 de dezembro de 1903, que versava em seu artigo 1º que: “O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”.

Nesse mesmo ano de 1903 foi criado o maior Hospício do Brasil, na cidade mineira de Barbacena, o então Hospital Colônia, hoje Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena- (CHPB). Em seu livro, *o Holocausto Brasileiro*, Daniela Arbex (2013) consegue fazer com que possamos visualizar a dimensão da barbárie com a qual as pessoas em sofrimento mental eram tratadas.

Em seus relatos, Arbex (2013) conta que muitas mulheres eram jogadas no hospício por seus maridos, que colocavam em seu lugar as amantes; outras, eram filhas que perderam a

⁴ Segundo Freitas (20218), tais métodos de tratamento variavam, dentre eles a internação em si, estímulos elétricos, uso exagerado de medicações e até procedimentos cirúrgicos.

virgindade antes do casamento e foram expulsas de casa; havia ainda meninas violentadas por seus patrões; homossexuais; alcoolistas; epiléticos ou meninas grávidas. Eram, portanto, pessoas que fugiam dos padrões de comportamento estabelecidos como normais ou aceitáveis, e viviam à margem da sociedade sem nenhum tipo de “valor”.

A autora relata ainda que cerca de 70% das pessoas que viviam nesse hospício não tinham nenhum diagnóstico de problemas mentais. Mas, por serem consideradas pessoas “desajustadas” aos olhos da sociedade, perdiam o direito à convivência em liberdade (Arbex, 2013).

Os métodos de tratamento empregados se assemelhavam aos usados anteriormente nos outros manicômios, a exemplo das cadeiras de choque, lobotomias e outras formas de tortura disfarçadas de tratamento. Nesse período era possível identificar, sem nenhum tipo de disfarce, o poder da opressão sobre a vida daqueles que se encontravam mais fragilizados diante da sociedade.

Não somente adultos eram expostos a essa cruel realidade, crianças em toda sua inocência eram postas nas mesmas situações de insalubridade e de morte. Eram pessoas tão torturadas humanamente e socialmente, que muitas vezes os choques era o que menos afetava a dignidade daquele ser humano. Aliás, os choques a que eram submetidos, muitas vezes eram tão intensos que a sobrecarga resultava na suspensão do fornecimento de energia do município.

As condições as quais as pessoas eram submetidas eram extremamente desumanas. Como demonstra Arbex (2013, p. 14) através dos relatos de sobreviventes, “[...] às vezes comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. [...] Alguns não alcançavam as manhãs”.

A dignidade e a identidade dessas pessoas eram retiradas a partir do momento em que elas entravam naquele local e precisavam se despir do pouco que tinham, principalmente as mulheres, que ficavam ainda mais constrangidas ao ter que ficar nuas para a triagem que realizavam.

Como objetos, os indivíduos eram ali classificados e separados por alas, utilizando-se critérios como: cor, idade, estatura, capacidade para o trabalho, entre outros. Não havia critério clínico. A partir do momento em que se direcionavam à sua ala, deixavam de ser mulher, mãe, filha, marido e se despiam de seus passados, inclusive, muitas vezes de sua própria identidade (Arbex, 2013).

Compreende-se através dos relatos, que inúmeras eram as formas de opressão e exploração que ocorriam no Hospital Colônia. Outro ponto que se destaca no decorrer da leitura

é o de como, mesmo após décadas do fim da escravidão, ela ainda estava presente na maneira como essas pessoas eram tratadas e na forma como eram exploradas, como se ainda fossem escravizados.

É chocante de fato o desfecho das histórias contadas pelos sobreviventes desse lugar. Muitas vezes a “loucura” era comercializada pelos políticos da época a partir da negociação de postos de trabalhos em troca de votos, tornando o hospital um “curral” eleitoral. Em outros casos, depois de mortos, os corpos das pessoas que viviam ali eram comercializados.

Ainda baseados nos estudos de Arbex (2013), ocorriam em média 16 falecimentos por dia no hospital. Esses corpos eram em geral vendidos às faculdades, processo que alimentava uma macabra indústria de vendas de corpos humanos. Nem as crianças eram poupadas. Estas eram igualmente maltratadas e abusadas.

Com base em fatos, a obra *o Holocausto Brasileiro* traduz uma visão muito impactante de como a loucura era vista perante a maior parcela da sociedade, e de como os direitos humanos de fato não existiam. Tratava-se claramente de condições desumanas, negligenciadas de uma forma absurda. É impossível não se impactar com as crueldades a que eram submetidas as pessoas com transtorno mental inseridas no Hospital Colônia.

Por se tratar de um tempo não tão distante, ainda encontramos dentro da nossa vivência social, situações que decorrem dessa época. Não se trata da mesma forma de opressão nem da mesma intensidade, mas do preconceito, conservadorismo, autoritarismo e falta de humanidade que ainda hoje enfrentamos no que diz respeito ao trato da saúde mental coletiva, que tem suas raízes aí.

Ao longo dos anos foram acontecendo mudanças na forma de pensar a assistência psiquiátrica, acompanhadas de mudanças sociais, econômicas e culturais.

2.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira e o questionamento ao modelo manicomial de assistência

É fato que, no Brasil, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, construiu-se um novo modelo de assistência na área da saúde mental. Nesse processo, buscou-se a descaracterização dos manicômios, e consequentemente o reconhecimento das pessoas acometidas com algum tipo de transtorno mental como cidadãos passíveis de viver em sociedade, de acordo com os cuidados que lhe seriam necessários em comunidade.

Resultado dos questionamentos acerca do modelo de assistência manicomial utilizado na época, a Reforma Psiquiátrica foi instaurada, buscando novos serviços de intervenção para

a situação insalubre e desumana em que viviam as pessoas dentro dos manicômios, e contra os métodos de tratamentos cruéis que eram utilizados na época.

Um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica era o de colocar as pessoas necessitas de cuidados voltados à Saúde Mental em contato com a sociedade novamente, de maneira humanizada e de acordo com seus direitos como cidadãos. Ou seja, a Reforma Psiquiátrica tinha intuito de libertar as pessoas vivendo sob o aprisionamento do manicômio.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) conceitua a Reforma Psiquiátrica como:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005, p.6).

A Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe inúmeras transformações para o âmbito da saúde mental, transformações essas que tiveram como fonte de inspiração inicial a experiência vivenciada em outros países, a exemplo da Itália.

Mais precisamente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi inspirada nas ideias e práticas psiquiátricas de Franco Basaglia, que revolucionou a partir da década de 1960 as formas de tratamentos utilizadas no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (Rocha, Cruz, 2021).

Na Itália, Basaglia atuou em um Hospital Psiquiátrico por alguns anos, e conseguiu implantar sua forma de intervenção revolucionária, baseada em tratamentos psicossociais inclusivos que respeitassem a vida, a individualidade de cada pessoa e seus direitos.

Seu ideal era o de devolver a liberdade para àqueles em tratamento mental, pois, para Basaglia, era em sociedade e por meios sociais que deveriam ser tratadas as questões ligadas à loucura. Por isso, buscou desconstruir a forma de tratamento preconceituoso e estigmatizante que até então era em geral utilizado.

Com efeito, sua luta derrubou grandes barreiras culturais e físicas, mostrando para a sociedade uma maneira mais humana de tratar as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais. Tratou de demonstrar principalmente o quão importante é para o desenvolvimento dessas pessoas sua reinserção na sociedade, culturalmente e territorialmente falando.

As ações de Franco Basaglia fizeram a prefeitura local na cidade de Gorizia, na Itália, ir fechando gradualmente os Hospitais Psiquiátricos e abrindo possibilidades para a criação de

novos Centros Terapêuticos (CT) orientados por seus moldes de tratamento (Rocha, Cruz, 2021).

Por volta de 1973, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar, a nível mundial, a utilização da abordagem de Basaglia no tratamento às pessoas com transtornos mentais. Por conseguinte, as discussões acerca dessas novas modalidades de tratamento vieram a influenciar o Brasil, despertando os primeiros questionamentos sobre os moldes de tratamentos manicomiais vigentes no país na época.

Isso se deu através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)⁵ criado em meados de 1979. Tal movimento destaca-se como um importante marco no surgimento das primeiras manifestações que resultará na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As manifestações do MTSM traziam inúmeras denúncias a respeito dos tratamentos que os pacientes recebiam dentro dos hospitais manicomiais, das práticas de tortura, fraude, corrupção e as formas de opressão voltadas às categorias profissionais que denunciavam tais práticas. Eram reivindicações que denunciavam o piso salarial, regularização de situação trabalhista, levantavam críticas ao uso do eletrochoque e clamavam por melhores e humanizadas condições de assistência à população usuária desse serviço.

Assim, iniciou-se, em 1978, uma greve dos trabalhadores da saúde que durou oito meses e que alcançou importante repercussão na imprensa da época, numa incansável busca pela desinstitucionalização do modelo manicomial (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Diante dessa crise, em pleno Regime Militar, ocorreram demissões em massa dos denunciantes, amplificando e intensificando ainda mais as expressões da questão social⁶ na sociedade da época.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira veio para questionar, através dos diversos atores sociais envolvidos, o modelo de assistência manicomial vigente até então. As manifestações revolucionárias e questionamentos trouxeram aos usuários desses serviços manicomiais e asilares uma condição de tratamento mais adequado, principalmente por meio da desinstitucionalização, propondo-se, assim, o rompimento com os manicômios e com o padrão que o sustentava.

⁵ O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005, p.7).

⁶ “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (Iamamoto, Carvalho, 2006, p. 77 *apud* Junior; Silva; Medeiros, 2018 p.6).

Contudo, até os dias atuais existe vestígio desse tipo de assistência psiquiátrica no país, com essa modalidade manicomial e asilar opressora, justificando certa ordem moral e social. Mas, através dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, passou a considerar o modelo manicomial e asilar como um modelo falido.

De acordo com Gonçalves e Sena (2001, p. 50):

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

Em 1987, o Movimento Antimanicomial brasileiro tornou a luta contra os manicômios ainda mais expressiva, dando continuidade à busca pela nova psiquiatria com a realização da “I Conferência Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental”, que tinha como proposta principal “uma sociedade sem manicômios” (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Nesse evento de extrema importância e marcante para os avanços dentro do campo da saúde mental foi proposto, por meio do aprofundamento das tendências e reorientação pautadas na influência da psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia, a eliminação dos meios de repressão presentes no tratamento das pessoas com transtorno mental.

O Movimento Antimanicomial propunha a instauração da relação do indivíduo com sua autonomia, ou seja, a retomada dos direitos que lhes foram negligenciados e o combate à opressão.

Como resultado dessas movimentações que sintetizaram as conquistas da Reforma Psiquiátrica e da luta do Movimento Antimanicomial, em 1989, no Congresso Nacional, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT – MG), que norteava os princípios para a reestruturação dos cuidados psiquiátricos no país.

De acordo com Fassheber (2009, p.197), o projeto da Reforma Psiquiátrica previa:

[...] a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além da extinção dos manicômios, o projeto proibia, ainda, a construção de qualquer hospital psiquiátrico em todo o território nacional bem como o financiamento estatal de leitos em hospitais privados.

O objetivo do Projeto de Lei nº 3657/89 era garantir às pessoas com transtornos mentais, ou vivendo algum tipo de sofrimento psíquico, acesso a seus direitos básicos e um tratamento digno. Porém, só após 12 anos o projeto foi aprovado e sancionado no Brasil através da Lei

10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, sendo um marco na trajetória da Política de Saúde Mental no país.

A Lei 10.216/2001 preconiza que pessoas com transtornos mentais tenham seus direitos básicos respeitados, que possam ter acesso a informações detalhadas sobre suas condições, receber tratamento adequado e serem protegidas de qualquer forma de violência. Ademais, a diretriz principal dessa lei é a internação do paciente se e somente se o tratamento fora do hospital se mostrar ineficaz (Brasil, 2001).

Além disso, a referida lei buscou conscientizar a sociedade e avanços para os usuários dos serviços, como afirma Freitas (2018, p. 2):

Com a reforma na saúde mental a assistência ao paciente psiquiátrico passou a ter um novo objetivo, o de reabilitar esses sujeitos. Nesse contexto surgiu o centro de atenção psicossocial, o CAPS, que é um local de assistência a saúde mental, e tem como objetivo diminuir a gravidade do sofrimento mental, objetivando a reabilitação psicossocial dos indivíduos, e proporcionar maior grau de socialização dessas pessoas.

A reorganização do modelo de assistência em saúde mental no Brasil representa um marco na busca por um cuidado mais humanizado, integral e inclusivo. Essa transformação surge a partir da Reforma Psiquiátrica, que prioriza a superação do modelo hospitalocêntrico e a construção de redes de atenção psicossocial que promovam o cuidado em liberdade, próximo da comunidade e das necessidades reais dos indivíduos.

Nesse contexto, com a aprovação da Lei 10.216/2001, e em substituição aos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde determinou, em 2002, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o país.

Os CAPS desempenham um papel central como serviços especializados, estruturados para atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aquelas em situação de crise. Com equipes multidisciplinares e abordagem territorial, os CAPS atuam como pontos estratégicos na articulação entre os diferentes níveis de atenção, oferecendo intervenções terapêuticas, acolhimento, suporte à reinserção social e prevenção de internações psiquiátricas desnecessárias.

No item a seguir, abordaremos como se deu a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída como parte das políticas públicas brasileiras para promover o cuidado integral e humanizado em saúde mental, exemplificando seus componentes, com destaque para os CAPS, que desempenham papel central dentro da rede.

2.3 A reorganização do modelo de assistência e a estruturação do CAPS enquanto serviço especializado de saúde mental

A busca pela progressiva substituição da assistência nos moldes hospitalocêntricos e manicomiais foi uma das mais importantes conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Movimento Antimanicomial.

Após a aprovação da Lei 10.216/2001, passou-se à estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Constitui a RAPS, as variadas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento (UA), os Serviços Residenciais Terapêuticos⁷ (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC), as Unidades de Pronto Atendimento (UA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os Hospitais Gerais e os Centros de Convivência e Cultura.

A RAPS compreende, o conjunto articulado dos diferentes serviços de atenção à saúde mental que garantem ofertas de cuidados que respondem às variadas demandas.

Nesse sentido, a Política de Saúde Mental, no que tange à RAPS, dispõe de alguns serviços de caráter aberto e comunitário, com possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade. Seja em processos de crise ou de reabilitação, os serviços prestados pela RAPS estão à disposição para quem dele necessitar.

Para melhor compreendermos a estrutura da RAPS, descreveremos abaixo, com base no disposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2024), o conceito de cada uma das modalidades de serviços que a compõem, especificando suas principais características de funcionamento e o seu público-alvo:

A Atenção Básica possibilita o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive para quem demanda cuidado em saúde mental, pois é a principal porta de entrada do SUS. As ações e serviços da Atenção Básica são ofertados em um território geograficamente conhecido, próximo ao local de moradia das pessoas, o que possibilita aos profissionais de saúde uma integração e maior possibilidade de conhecer suas histórias de vida, os vínculos com a comunidade/território onde moram, como também os contextos de vida. Essas ações e serviços são executadas por equipes de Saúde da Família, equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, Consultório na Rua, entre outros.

Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e

⁷ Sobre os quais teceremos uma análise crítica mais à frente.

emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. São compostos também pela Urgência e Emergência do SAMU - 192, pela sala de estabilização, pela Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h e pelo Pronto Socorro.

Outra modalidade de atendimento prevista pela Política de Saúde Mental são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia. Além disso, os SRT também podem acolher pacientes com transtornos mentais que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social como, por exemplo, pessoas em situação de rua (Brasil, 2024).

Já a Unidade de Acolhimento (UA) é um serviço residencial destinado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e que se encontram em sofrimento psíquico e/ou em outras situações que impossibilitem estabelecer laços sociais. A UA oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial. O tempo de permanência nessas unidades é de até seis meses.

As UAs são divididas em: Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

As UAs contam com equipe qualificada e funcionam como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos diversos outros pontos da RAPS.

Ainda conforme os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2024), o leito de saúde mental em Hospital Geral é um ponto de atenção do componente “Atenção Hospitalar” da RAPS. Oferta suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da RAPS e da Atenção Básica. Tal espaço é destinado para internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso, e atuando em articulação com outros pontos de atenção da RAPS para continuidade do tratamento, considerando a perspectiva preventiva para outros episódios de internação.

Podemos citar ainda o Programa de Volta para Casa, que é uma estratégia de desinstitucionalização e inclusão social, criada pela Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003,

destinado às pessoas em sofrimento psíquico, egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia. O principal objetivo é promover a autonomia, auxiliar na construção de projetos de vida e ampliar a participação social e cidadania dos beneficiários. Isso envolve também suas famílias e a comunidade.

Por fim, é parte constitutiva da RAPS os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que estão espalhados por todo território nacional. Nos CAPS o usuário recebe atendimento junto à sua família, com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico, conforme o quadro de saúde de cada paciente. De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2024), o CAPS se estrutura segundo algumas modalidades, são elas:

CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, aquelas pessoas que precisam de atendimentos mais frequentes e abordagens mais intensivas. Ou seja, que possam correr risco de suicídio, de exposição social, de violência para com ele ou para com a sociedade. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

CAPS II: Também atende pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, podendo atender aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas (dependendo da política local) e é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS III: Da mesma forma que os anteriores, atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, o seu diferencial é que este proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Ofertando um tipo de mini internação, de curta duração para pacientes que precisem em função da preservação de sua vida ou de terceiros, para evitar exposições a conflitos físicos ou sociais. Com retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

CAPS i: Atende crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, um serviço aberto e de perspectiva comunitária. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: vai atender pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras

situações clínicas que impossibilitem vivência social, um serviço de saúde mental aberto e comunitário. Para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos, especialmente quando vai além da parte psíquica, necessitando de uma intervenção mais complexa, como por exemplo, para possíveis problemas de infecção por uso de substâncias injetáveis ou um infarto pelo uso excessivo de alguma substância ilícita. Serviço com no máximo 12 leitos e funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Nos municípios em que não houver CAPS, o Ministério da Saúde (Brasil, 2024) orienta que:

[...] o atendimento de saúde mental é feito pela Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS, por meio das Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde. São serviços para o atendimento de urgências e emergências rápidas, responsáveis, cada um em seu âmbito de atuação, pela classificação de risco e tratamento das pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situações de urgência e emergência, ou seja, em momentos de crise forte.

Desse modo, compreende-se que os serviços constitutivos da RAPS são porta aberta à comunidade. A qualquer momento que o indivíduo necessitar fazer uso do serviço de saúde mental ele pode procurar qualquer dispositivo em busca de atendimento. O CAPS é a porta de entrada.

Toda essa estruturação da RAPS em um modelo de assistência à saúde mental, juntamente com o CAPS enquanto serviço especializado, proporcionou às pessoas em sofrimento, transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, acolhimento gratuito e universal pelo SUS.

Um grande exemplo do acesso a tais serviços gratuitos e universal, foi a relevância desses serviços para os usuários da saúde pública no cenário de combate à pandemia do Coronavírus (COVID-19) que devido a seus desdobramentos deixou grandes marcas psicológicas, sociais, culturais e políticas na sociedade brasileira e mundial.

O Ministério da Saúde afirma que em 2020 foram investidos cerca de 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental, habilitando 74 novos CAPS e outros 9 receberam alterações de modalidade. De acordo com o MS foram feitos vários investimentos para a ampliação do atendimento à saúde mental nesse período.

É importante observar, que no modelo hospitalocêntrico anterior, a família e a comunidade não eram consideradas em sua importância para o tratamento da pessoa em sofrimento psíquico ou com transtorno mental, visto que estes não eram reconhecidos enquanto sujeitos de direitos.

Com a Reforma Psiquiátrica, há uma mudança de perspectiva na relação da pessoa com transtorno mental e sua família, bem como com a equipe. Nesse sentido, a partir de então pressupõe-se por garantir à pessoa em sofrimento psíquico ou com transtorno mental seu retorno ao âmbito familiar e social, como também o reconhecimento de seus direitos, reestabelecendo-se laços que outrora foram violados, com o afastamento do indivíduo do convívio familiar e da comunidade ao qual pertencia.

Nessa nova perspectiva a família torna-se grande aliada dos tratamentos adotados pela área da saúde mental. No modelo hospitalocêntrico, as famílias tinham o papel de meros visitantes, e não o de cuidador ou estimulador e aliado do cuidado. Agora, a família pode mediar muitas situações junto aos profissionais, tornando-se parte integrante do tratamento, dando suporte e apoio no convívio social.

É relevante destacar que nessas circunstâncias, a família também precisará de cuidados, pois seus membros ficam tão vulneráveis quanto à própria pessoa em sofrimento psíquico ou com transtorno mental. Sobre todos eles recai o preconceito enraizado na sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais. Há, pois, um compartilhamento de sofrimento, onde ambos precisam de apoio e cuidado para evitar o acarretamento de diversos desgastes, sejam físicos, emocionais ou econômicos.

Isso fica evidente quando Silva e Rosa (2014, p. 257), afirmam que:

[...] a família, comumente, é o principal elo de enfrentamento das dificuldades, no que se refere ao relacionar-se com a enfermidade, com os estigmas e com o isolamento social ao qual está propícia a pessoa com transtorno mental, reconstruindo, assim, o convívio do ente com a sociedade. Nesse contexto, com o novo modelo assistencial, a família é reconhecida em sua complexidade, sendo protagonista e principal parceira dos serviços no provimento do cuidado à pessoa com transtorno mental, visto, desse modo, com relevância. Ela é também requisitada no modelo comunitário e construtor de cidadania da PCTM [pessoa com transtorno mental] como principal elo de reconstrução de estímulos sociais e permanência nos espaços públicos das diferentes políticas públicas. Desse modo, considera-se importante a nova visão dos familiares no cuidado comunitário da pessoa com transtorno mental colocada pela Reforma Psiquiátrica, visto que o contexto atual busca a permanência, reconstrução do elo sócio-familiar, desde que seja possível. Ressalta-se que o cuidado proposto é comunitário e não familiar, exigindo a proteção social do Estado e da sociedade em geral.

Isto é, da mesma forma que os usuários da Política de Saúde Mental são amparados por seus direitos dentro dos serviços que compreendem a RAPS, sua família também deve ser incluída nessa dinâmica fundamental, colaborando com a identificação de suas necessidades assistenciais, e consequentemente podendo acessar as intervenções que sejam necessárias utilizar, sejam elas medicamentosas, terapêuticas ou para alívio de seu sofrimento, tudo de acordo com a realidade apresentada.

Nesse contexto de mudanças na forma de assistência às pessoas em sofrimento mental, a figura dos diferentes saberes profissionais ganha destaque com a composição de equipes multiprofissionais.

Com isso, Paes (2017, p. 6) afirma que “[...] novas propostas são desenvolvidas para um melhor tratamento das pessoas com transtornos mentais, entre essas propostas apresenta-se o trabalho multiprofissional nas instituições [...]” com o objetivo de promover um atendimento integral.

A compreensão do indivíduo em sofrimento mental como um ser humano complexo, com dimensões objetivas e subjetivas que vão além da condição clínica, traz ao debate a necessidade de uma assistência ampliada, voltada não apenas para os aspectos médicos, mas considerando sua totalidade.

É diante dessa perspectiva que o Serviço Social se insere como parte importante das equipes dos serviços substitutivos. Para compreendermos melhor essa atuação, traremos a seguir um breve resgate histórico da relação do Serviço Social com a Política de Saúde Mental enquanto seu espaço sócio-ocupacional.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

O âmbito da saúde mental, como todos os outros, é perpassado por diversas expressões da questão social, evidenciadas por exemplo, pela exclusão social, a inviabilização de direitos, a privação do convívio social, a exclusão do mercado de trabalho, entre outras, que reforçam os estigmas e preconceitos às pessoas com transtorno mental na sociedade capitalista, colocando-as como incapazes e desajustadas (Appel, 2017).

No Brasil, o Serviço Social tem sua atuação requisitada neste espaço desde os anos de 1940, quando iniciou sua atuação diretamente sob influência da Doutrina Social da igreja

católica e do Movimento de Higiene Mental⁸. Sobre isso, Vasconcelos (2000, *apud* Appel, 2017, pg. 3) afirma que:

O Serviço Social abre espaço para a formação higienista nos currículos escolares, conteúdo este, empregado de forma complementar e subordinada, abordando então, um estudo totalmente científico e médico, e isto só veio a mudar em meados anos de 1970, pelo Conselho Federal de Educação (CFE).

As primeiras práticas ocorreram em 1946 nos Centros de Orientação Infantil (COI) e nos Centros de Orientação Juvenil (COJ), sob o viés conservador e abordagens higienistas (Paes, 2017). À época, a presença destes profissionais na área era relativamente reduzida e sua atuação estava subordinada aos saberes da medicina, sendo taxada como categoria em crise de identidade profissional e que se utilizava de intervenções superficiais e meramente assistencialistas, tratava-se, portanto, de um trabalho acrítico, sem questionamentos à instituição em sua totalidade e de seu trabalho dentro desta.

Na década de 1960, principalmente com o período ditatorial, às demandas postas aos profissionais passou a exigir novas ações e reflexões, visto que houve o aumento do mercado de trabalho para a categoria mediante o incentivo do governo ditatorial ao aumento de hospitais psiquiátricos privados.

Nesse sentido, “[...] o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e a loucura passa a ser fonte de lucro [...]” (Moura, Farias *et al*, 2015), resultando num aumento de demanda para os profissionais.

A década de 1970 trouxe marcos históricos importantes nessa retrospectiva, pois evidenciou o debate de diversos atores sociais quanto à necessidade de mudanças no cuidado em saúde mental, como vimos anteriormente sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

⁸ A temática das práticas higienistas ganha notoriedade no Brasil em 1923, com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), no Rio de Janeiro. Alicerçada nos pressupostos higienistas, a liga tinha como objetivo melhorar a assistência às pessoas com doenças mentais, entretanto, sob um viés conservador de distinção entre “normal” e “anormal”, a fim de “adequar” àqueles que estivessem fora dos padrões de “normalidade”. O movimento higienista defendia a adoção de novos comportamentos, para melhorar a saúde coletiva e individual. A influência higienista na LBHM relacionava aspectos sociais à origem da doença mental e propagava normas de controle em diversos campos da vida social e privada, inclusive, hábitos de higiene pessoal (Paes, 2017; Moura, Farias *et al*, 2015; Seixas, Mota *et al*, 2009).

Consonante a isso, a categoria profissional também passa por um processo de mudança, a partir do questionamento do serviço social tradicional com o Movimento de Reconceituação na América Latina⁹.

Nesse sentido, uma mudança decisiva só ocorreu a partir da Reforma Psiquiátrica em 1978, onde o foco não era mais os hospitais e asilos psiquiátricos e sim a substituição por outros serviços psicossociais abertos e comunitários, atendendo as necessidades individuais dos usuários com transtorno mental com uma abordagem mais humanizada.

Para o Serviço Social foi necessário pôr em prática, de acordo com as demandas da realidade, uma ação crítica em face da realidade interna dos asilos e hospitais, para eliminação das formas mais severas de controle dos pacientes, expressões da questão social e comprovando ainda mais a necessidade da intervenção do assistente social nesse âmbito.

A década de 1980 representou a consolidação desses movimentos de mudança (a RPB e o Movimento de Reconceituação) e a ebulição de outros, que cobravam respostas do Estado e a redemocratização do país.

No que se refere à saúde mental, tais cobranças se deram principalmente em três direções, conforme aponta Vasconcelos (2000, *apud* Moura, Farias, *et al*, 2017): 1) a necessidade de um gerenciamento da rede de assistência em saúde mental; 2) a crítica ao modelo de assistência asilar e as formas severas de controle e 3) a necessidade de equipes multiprofissionais no atendimento.

Foi a partir da década de 1990 que o movimento psiquiátrico se aproximou mais intensamente dos seus objetivos, especialmente com a criação do primeiro CAPS. Esse momento coincide com o aprofundamento, no Serviço Social, das conquistas da renovação profissional e sua aproximação ao pensamento marxiano etc. que se materializaram na construção do atual Projeto Ético-Político da profissão (Iamamoto, 2009).

Sobre a sintonia do Código de Ética profissional com o movimento da Reforma Psiquiátrica, cabe ressaltar que

[...] o Serviço Social tem potencial (teórico metodológico) para contribuir no campo da saúde mental, na perspectiva da concretização dos princípios e valores da Reforma

⁹ Não iremos aqui nos aprofundar neste debate, mas é importante destacar que “O movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina teve lugar no período de 1965 a 1975, impulsionado pela intensificação das lutas sociais que se refratavam na Universidade, nas Ciências Sociais, na Igreja, nos movimentos estudantis, dentre outras expressões. Ele expressa um amplo questionamento da profissão (suas finalidades, fundamentos, compromissos éticos e políticos, procedimentos operativos e formação profissional), dotado de várias vertentes e com nítidas particularidades nacionais. Mas sua unidade assentava-se na busca de construção de um Serviço Social latino-americano: na recusa da importação de teorias e métodos alheios à nossa história, na afirmação do compromisso com as lutas dos ‘oprimidos’ pela ‘transformação social’ e no propósito de atribuir um caráter científico às atividades profissionais” (Iamamoto, 2009, p.8).

Psiquiátrica, que vão além do saber *psi*, na garantia de direitos e da cidadania, uma vez que o adoecimento mental envolve uma série de fatores de caráter social, e de degradação da vida humana que atinge as pessoas mais vulneráveis (Moura; Farias, *et al*, 2015, p. 2).

Todos esses movimentos, lutas sociais e mudanças tiveram seus resultados consolidados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, inserindo a saúde no tripé da seguridade social e estabelecendo novos parâmetros de atuação e gestão, baseados nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988).

A partir dessas mudanças, foram regulamentados novos serviços de cuidado em saúde mental, substitutivos ao modelo manicomial anterior, com destaque aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na composição de uma rede assistencial.

A construção da RAPS e a disseminação dos CAPS corrobora para a ampliação do trabalho dos assistentes sociais na área de saúde mental. Nas instituições voltadas ao atendimento das problemáticas vinculadas à saúde mental, o assistente social lida com uma população usuária que, em geral, materializa na sua própria existência expressões da questão social: desemprego, fome, falta de moradia, exclusão de diferentes formas, falta de acesso a saúde e a educação, entre outras. Assim, tal profissional diariamente ocupa-se com a violação de direitos sociais.

Ademais, no desenvolvimento profissional do assistente social no campo da saúde mental, faz-se necessária a compreensão da dimensão da realidade ao qual o usuário está inserido, bem como suas complexidades para, dessa forma, conseguir atuar conscientemente e criticamente diante da demanda apresentada.

É através das atividades desenvolvidas que o profissional consegue detectar questões importantes para o processo de reabilitação do usuário, sejam essas ligadas aos aspectos familiares e sociais, ou mesmo referente a seu transtorno mental.

Para ter conhecimento sobre a complexidade de atuação no campo da saúde mental, “[...] o assistente social deve ser capaz de identificar a realidade do usuário, onde ele está socialmente inserido, para assim saber buscar as formas de melhor intervenção” (CFESS, 2010 *apud* Rocha, 2021, p. 154).

Logo, existe a necessidade de trabalhar sob uma ótica interdisciplinar. Pois, engana-se quem acredita que as demandas que chegam à atenção psicossocial serão resolvidas apenas por uma categoria profissional, justificando assim a existência das equipes multiprofissionais.

É de fato necessário construir esse trabalho interprofissional, que através das práticas de cada profissional que conhece a dinâmica do seu território surgirá colaboração para intervir nas

demandas apresentadas no cotidiano de trabalho, onde algumas atividades de fato serão próprias do assistente social e outras de domínio de áreas afins.

Os serviços da política de saúde mental são, pois, espaços privilegiados para que o profissional investigue até que ponto as mazelas da questão social interferem no sofrimento mental, pois, sabe-se bem que essas expressões têm o poder de adoecer a mente.

É fundamental garantir aos usuários da saúde mental o acesso seguro aos seus direitos, com o objetivo de responder às diversas manifestações da questão social. Isso deve ser feito por meio da articulação com as políticas sociais, superando as limitações impostas pela setorialização, que restringem as diretrizes dos benefícios. Deve-se, ainda, validar a reabilitação dos usuários conforme as diretrizes da política de saúde mental, promovendo sua articulação e fortalecimento, bem como o de seus familiares, na luta pela garantia de direitos e pela valorização do processo de desinstitucionalização.

3.1 A atuação do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial

Os CAPS foram criados como estratégia para transformar o modelo assistencial asilar anterior. Consolidando os pressupostos da RBP, surge como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, tendo sua base no território municipal, descentralizando a assistência e aproximando o cuidado da realidade social dos sujeitos.

Além disso, surge na perspectiva de garantia de direitos sociais, respeito e valorização da individualidade e subjetividade, ampliação dos espaços de participação social e articulação entre os serviços de saúde coletiva com a saúde mental (Rocha, 2021).

Nesse sentido, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da RAPS, pois, de acordo com Omena e Costa (2018, p.9) o CAPS:

[...] é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, cuja severidade ou persistência justifiquem sua constância num dispositivo de cuidado especializado e comunitário, realizando acompanhamento clínico e a reinserção familiar e social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis e autonomia.

O CAPS é, portanto, um dos principais campos de atuação do assistente social dentro da Política de Saúde Mental. O novo olhar sobre o cuidado em saúde mental, exige considerar os diversos aspectos da vida dos sujeitos, para além do transtorno mental em si. É nesse quesito que o profissional assistente social se destaca quanto sua necessidade como parte integrante das

equipes multiprofissionais, pois, reúne competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas que o possibilita uma atuação crítica e diferenciada.

Nas palavras de Soares (2014, *apud* Rocha, 2021, p. 154) “As atividades realizadas por esse profissional permitem que ele possa detectar questões importantes para o processo de reabilitação, questões estas que podem estar ligadas à família, ao meio social na qual vive ou ao próprio transtorno mental”.

No CAPS, o assistente social atua de acordo com a demanda, desde uma assistência pontual ao usuário ou seus familiares até aquelas mais críticas e complexas em termos sociais, econômicos e culturais. Trata-se de um trabalho intencionado a promover uma melhor qualidade de vida aos usuários da Política de Saúde Mental, abrindo vias para acesso aos direitos e promoção da autonomia e cidadania dos sujeitos.

Não podemos deixar de destacar os fundamentos da profissão, que têm como base de sua existência e atuação a contradição inerente à sociedade capitalista e as manifestações da questão social. O serviço social é reconhecido

[...] como uma especialização do trabalho, parte das relações sociais que fundam a sociedade do capital. Estas são, também, geradoras da ‘questão social’ em suas dimensões objetivas e subjetivas, isto é, em seus determinantes estruturais e no nível da ação dos sujeitos. As desigualdades e lutas sociais contra as mesmas se refratam na produção social, na distribuição desigual dos meios de vida e de trabalho, nas objetivações políticas e culturais dos sujeitos sociais. Reafirma-se a ‘questão social’ como base de fundação sócio-histórica da profissão, salientando as respostas do Estado, do empresariado e as ações das classes trabalhadoras no processo de constituição, afirmação e ampliação dos direitos sociais. Este ângulo de análise exige decifrar as multifacetadas refrações da “questão social” no cotidiano da vida social, abrangendo suas manifestações universais, particulares e singulares, a objetividade e a subjetividade, os momentos econômicos, sociais, éticos, políticos e ideoculturais, que são a ‘matéria’ do trabalho do assistente social (ABESS/CEDEPSS, 1997 *apud* Iamamoto, 2009, p.13).

Portanto, a atuação profissional está inerentemente vinculada as contradições da sociedade capitalista, que abarcam aspectos materiais e subjetivos e exigem dos profissionais um conhecimento sobre a complexidade da realidade social na qual os usuários da saúde mental estão inseridos para atuar no seu atendimento.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) estabelece parâmetros para a atuação dos profissionais no âmbito da saúde, logo, na saúde mental. Sendo o CAPS um equipamento de saúde mental, os profissionais devem se guiar por tais parâmetros.

O CFESS (2009) classifica as principais formas de atuação profissional em: a) Ações Assistenciais; b) Ações em Equipe; c) Ações Socioeducativas; d) Ações de Mobilização,

Participação e Controle Social; e) Ações de Investigação, Planejamento e Gestão e f) Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

Aqui, abordaremos as principais formas de intervenção, considerando as ações: a) assistenciais, b) em equipe e c) socioeducativas, com o objetivo de destacar o papel dos assistentes sociais nos CAPS, direcionado aos usuários e seus familiares.

As ações assistenciais são as principais demandas postas aos profissionais, destacamos dentre elas: prestação de orientações sociais, individuais e coletivas; encaminhamentos para acesso a serviços; identificação da realidade socioeconômica; abordagem individual/grupal; criação de formas que facilitem o acesso; visitas domiciliares; visitas institucionais; articulação com a rede de serviços; trabalho com famílias para o fortalecimento dos vínculos; elaboração de documentos técnicos internos e externos; entre outros (CFESS, 2009).

Essas intervenções buscam garantir que os usuários e suas famílias tenham acesso aos direitos e serviços essenciais, proporcionando um acompanhamento que favoreça a melhoria de sua qualidade de vida e o fortalecimento de sua autonomia. A atuação do assistente social, nesse contexto, se dá de maneira estratégica, buscando romper as barreiras que dificultam o acesso a políticas públicas, promovendo, assim, a inclusão social e a redução das desigualdades.

Além disso, o trabalho assistencial também envolve o acompanhamento contínuo dos casos, a avaliação das necessidades e a adaptação das ações conforme as mudanças no contexto dos usuários. O assistente social atua, portanto, como um facilitador e articulador, promovendo não apenas a resolução imediata de problemas, mas também o desenvolvimento de estratégias para que os indivíduos possam, a longo prazo, conquistar maior autonomia frente aos desafios impostos pela sua realidade social.

As ações em equipe merecem destaque em nossa reflexão, pois se refere ao trabalho do assistente social juntamente com outras categorias profissionais. Portanto, requer que o profissional, além de precisar ter claro para si suas competências e atribuições¹⁰, deve especificá-las aos diferentes profissionais com os quais atuam.

Desse modo,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2009, p. 4).

¹⁰ Ver Lei de Regulamentação da Profissão, Lei nº 8.662/1993.

São, portanto, diferentes saberes, competências e habilidades, que precisam conversar entre si para que seja prestado um atendimento integral aos usuários. No atendimento do CAPS, por exemplo, o profissional de Serviço Social atua como um interlocutor entre equipe e usuário/família, com relação as questões sociais, culturais, econômicas e familiares que podem interferir no cuidado em saúde mental.

A atuação do assistente social junto a equipe deve procurar desenvolver na prática a justiça social, o acesso aos direitos sociais e a efetividade da democracia. Deve ainda pontuar aspectos importantes para o atendimento em equipe, como: a humanização do atendimento; a vivências de diferentes formas de violência contra crianças, adolescentes, idosos, mulher, população LGBT etc.; o combate ao preconceito e estigmatização das pessoas em sofrimento mental; as bases legais de proteção e promoção de direitos; os tipos de serviços e benefícios (assistenciais, previdenciários etc.) a que possam acessar; o respeito a diversidade religiosa, étnica, racial; entre outros.

Ou seja, essas e outras expressões da questão social necessitam de um olhar crítico diante da correlação existente entre sociedade burguesa x loucura x capitalismo, em que há a urgência de ir além das técnicas no processo do cuidado terapêutico.

Diante dessa reflexão, o CFESS (2009) aponta parâmetros para a atuação do assistente social em equipe, destacamos: participação em ações socioeducativas; planejamento e execução de ações de promoção do acesso aos direitos; atividades coletivas junto aos usuários e famílias, para incentivar a participação no cuidado; visitas em equipe, com objetivos específicos¹¹; organização junto com a equipe de propostas de trabalho, capacitações; propostas de melhorias nos protocolos de atendimento, incentivando a participação; e outros.

Entre alguns dos objetivos do CAPS está o de incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços prestados. Compreende-se que o apoio familiar é muito importante em todas as fases do processo terapêutico. Logo, as equipes de saúde precisam estar alinhadas com as famílias, proporcionar uma escuta qualificada, apoio e as devidas orientações, esclarecendo dúvidas e acolhendo, a fim de proporcionar ao usuário segurança e estabelecer um bom vínculo e confiança, tão importante para o cuidado em saúde

¹¹ As visitas domiciliares podem ser realizadas juntamente com outros profissionais, como enfermeiros, médicos psiquiatras ou psicólogos, e depende da demanda que se apresentar. Logo, na visita em equipe, é preciso estar claro os objetivos de cada profissional. O assistente social visa se debruçar sobre a realidade social do usuário, conhecer sua realidade de perto para identificar potenciais problemas que interferem no processo terapêutico, identificar vínculos e rede de apoio, sempre na perspectiva de viabilizar o acesso aos direitos e promover os cuidados, embasados pelos princípios postos do Código de ética.

mental. É importante ainda, que os familiares compreendam o sofrimento mental, para melhor enfrentar os desafios do cuidado.

Cuidar da pessoa em sofrimento mental pode significar um desafio para sua família, pois encontra-se sentimentos, preconceitos, estigmas e tantos outros tabus. Dessa forma, as equipes precisam conhecer de perto a dinâmica familiar dos usuários, os laços sociais, seus anseios e medos, proporcionando acolhimento das dificuldades para que de fato a família seja um facilitador importante no planejamento terapêutico¹².

Prosseguindo a reflexão acerca das ações dos assistentes sociais no CAPS, pontuamos ainda as ações socioeducativas, conforme classificada pelo CFESS (2009, p. 29) “Estas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.”

Podemos perceber que as ações estão interligadas, sejam as ações assistenciais, em equipe ou socioeducativas. Temos como exemplos de práticas socioeducativas a criação de grupos sobre direitos sociais; mobilizações na comunidade, por exemplo, sobre a importância do combate às formas de preconceito contra pessoas com transtornos mentais; realização de debates, oficinas etc. (CFESS, 2009).

Diante do exposto, observa-se que o atendimento ao usuário no CAPS vai além das intervenções medicamentosas. Nesse contexto, o assistente social contribui ativamente na elaboração de atividades de reabilitação psicossocial e socioculturais com base na comunidade e no território, além de apoiar o trabalho matricial e participar da discussão de demandas junto à equipe. O profissional realiza, ainda, entrevistas sociais, admissões, encaminhamentos, relatórios, orientações específicas da sua área de conhecimento, além de atuar com observação, escuta e uma linguagem qualificada, sempre com o objetivo de garantir um atendimento humanizado e de qualidade.

Por fim, tendo como base de atuação profissional as expressões da questão social, o assistente social tem sua intervenção necessariamente ligada às contradições estabelecidas entre as classes sociais na sociedade capitalista, e terá sua atuação condicionada ao conjunto das

¹² “Para efetivação do tratamento, é primordial que usuário e família participem do processo. Para tanto os CAPS utilizam como instrumento de trabalho em equipe o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia” (Carvalho; Moreira *et al*, 2012, p. 2). Trata-se de um planejamento que o Assistente social colabora em sua elaboração junto a família e ao usuário. Não é algo específico da atuação do assistente social, mas deve ser trabalhado de forma interprofissional dentro do dispositivo de atuação. É um projeto de estratégias para um melhor atendimento dos usuários e seus familiares, contando com a colaboração dos envolvidos (usuário, família, profissionais) nesse planejamento.

relações e condições sociais por meio da qual se realiza. O que implica numa atuação perpassada pelas contradições da acumulação capitalista e suas mudanças econômicas, sociais, políticas, ideológicas e culturais ao longo da história.

Atualmente, a principal fonte dos desafios postos à prática profissional são os pressupostos do Estado Neoliberal, que ataca os direitos sociais e as políticas públicas, através de corte nos gastos sociais, precarização das relações de trabalho, flexibilização nas legislações sociais e trabalhistas, retirada de investimentos do Estado para abrir mais espaço para o mercado, privatizações de serviços e outros, que operam na lógicas de despolitizar as expressões da questão social, e logo, as respostas que o Estado precisa dá a elas (Mota 2009; Iamamoto, 2009).

A integração do Brasil à ordem econômica mundial, sob o viés neoliberal, se dá efetivamente na década de 1990 (Mota, 2009), logo após as recentes conquistas sociais dos trabalhadores, expressos principalmente na Constituição Federal de 1988, e nas leis orgânicas seguintes.

Com isso, a ofensiva neoliberal vem na contramão do que havia sido recentemente conquistado, pregando a retração do Estado no campo das políticas públicas sociais, suprimindo direitos e os meios pelos quais se acessam.

Sendo o assistente social um profissional que atua diretamente nas políticas públicas, têm sua prática afetada, enfrentando diversos desafios, sejam no campo mais amplo de estrutura do capital, seja no âmbito institucional, onde as relações de poder se expressam. No tópico a seguir, refletiremos sobre os principais desafios postos aos profissionais na atuação nos CAPS.

3.2 Os desafios para a atuação do assistente social no CAPS

A atuação do Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constitui um espaço crucial na implementação das políticas públicas de saúde mental no Brasil, especialmente após a Reforma Psiquiátrica e a construção de uma rede de atenção psicossocial descentralizada e comunitária.

No entanto, a prática profissional nos CAPS se depara com desafios significativos, que envolvem não apenas a complexidade das questões psíquicas, mas principalmente as contradições da sociedade capitalista e de um sistema de saúde mental que, ainda que tenha

avanzado, continua a ser impactado pela precarização dos serviços e pela lógica neoliberal¹³ que permeia as políticas públicas.

A atual conjuntura é marcada pela crise estrutural do capital¹⁴, que tem como uma de suas respostas o avanço dos ideais neoliberais, colocando como suposta solução para a crise estrutural do capital a redução dos gastos do Estado com políticas sociais públicas – sendo, portanto, um Estado mínimo neste aspecto e por outro lado expandindo a lógica de privatizações para contribuir com a recuperação do capital (Moura e Moraes, 2015).

O neoliberalismo é uma reação teórica ao Estado intervencionista, justificando que sua atuação ampla seria a causa da crise do capital, e logo, para resolvê-la seria necessário retrainar essa atuação. A exemplo desses ideais, temos a defesa de cortes com gastos sociais em políticas públicas, a retirada de direitos trabalhistas, a privatização das empresas estatais para favorecer a atuação e lucros privados etc. (Anderson, 1995).

Com a integração efetiva do Brasil à pauta neoliberal na década de 1990, que ganha espaço no governo de Fernando Henrique Cardoso e se consolida no governo de Fernando Collor de Melo, há uma série de impactos nas políticas sociais públicas, das quais destacamos a privatização, a focalização e a descentralização (Mota, 2009).

O impacto desses ajustes alcançou o país em um pequeno lapso temporal e atingiu as políticas sociais públicas, descaracterizando tanto a Constituição Federal de 1988 como as Leis Orgânicas setoriais (Saúde, Assistência Social etc.). Nessa perspectiva,

[...] os benefícios, serviços e programas sociais deixam de ser direitos sociais para se tornarem direito do consumidor. Daí as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, o que, aos poucos, já que há resistências e sujeitos em conflito nesse processo eminentemente político, vai configurando um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital (Netto, 1993 *apud* Mota, 2009, p.9).

Ao disseminar a defesa pela diminuição do Estado e a ampliação do mercado, o neoliberalismo tem promovido uma reconfiguração das políticas públicas de saúde mental,

¹³ O neoliberalismo é “[...] uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar” (Anderson, 1995). É “[...] uma ideologia que diminui a intervenção estatal na economia em prol do livre mercado. Ao reduzir o papel do Estado na garantia de direitos sociais, o neoliberalismo abre espaço para a erosão dos serviços públicos essenciais e a precarização das condições de vida de grande parte da população, incluindo pessoas com deficiência, minorias étnicas, mulheres, entre outros grupos historicamente marginalizados” (Queiroz, 2024, p.2).

¹⁴ A crise estrutural do capital se deu a partir dos anos 1970, com sinais de esgotamento do padrão de produção da época monopolista (na produção o taylorismo-fordismo, e na atuação do Estado o keynesianismo) e tendo como primeiras expressões a queda nas taxas de lucro, a queda no consumo, o crescimento do setor financeiro em comparação ao setor produtivo, a crise do welfare state e a precarização das relações de trabalho (Antunes, 2009).

como a lógica da privatização na saúde pública, que favorece a precarização do atendimento e a intensificação das desigualdades.

A redução da capacidade do Estado em garantir uma rede pública e universal de cuidados mentais reflete a subordinação da política pública às exigências do capital. Segundo Iamamoto (2009), o modelo neoliberal tende a afastar a responsabilidade estatal pelas questões sociais, o que resulta em uma maior carência de recursos destinados à saúde mental, e consequentemente, no aumento da demanda por serviços privados, que visam maximizar o lucro e não a promoção da saúde coletiva. Isso coloca em risco o acesso à saúde mental de qualidade para as camadas populares, que não têm condições de pagar por esses serviços.

Tendo como base esse contexto, apontaremos aqui alguns dos principais desafios vivenciados pelos profissionais de serviço social na atuação nos CAPS, com destaque para: a) a precarização dos serviços e das condições de trabalho; b) retrocessos no aparato legal da política de saúde mental e c) os desafios postos à dimensão ético-política.

Na perspectiva neoliberal de restrição e focalização das políticas sociais, é notável a consequente precarização dos serviços e das condições de trabalho dos profissionais. Por um lado, há o incentivo à privatização dos serviços, e por outro o sucateamento dos serviços públicos, sob a lógica de que o serviço público é “ruim” e o privado é “bom”. Assim, o cuidado psicossocial é também mercadoria e fonte de lucro, acessível àqueles que conseguem recorrer aos serviços privados e/ou aos seguros de saúde (Mota, 2009).

Além disso, pode-se observar nos serviços públicos como os CAPS, o sucateamento de infraestruturas, a falta de materiais, os cortes de financiamento, a limitação e focalização de recursos e a diminuição da capacidade de atendimento com a insuficiência dos equipamentos em relação à demanda do território.

A precarização das condições de trabalho afeta diretamente os assistentes sociais nas dimensões objetivas e subjetivas. Predomina nessa conjuntura a fragilidade dos vínculos trabalhistas, e consequente insegurança financeira; sobrecarga de trabalho, sendo muitas vezes chamado a realizar o trabalho de dois ou mais; diminuição de salários, e acúmulo de mais de um vínculo trabalhista para compor renda; precariedade das condições de trabalho no cotidiano institucional; desgaste físico e emocional dos profissionais, cada vez mais adoecidos (Barros, Bernardo, 2017; Chagas, Bezerra *et al*, 2018).

Como refletem Barros e Bernardo (2017, p. 13):

As condições objetivas, na qual se destaca a infraestrutura, são fatores que influenciam nas condições de trabalho do assistente social, ou na falta dela. A ausência de equipamentos e de locais para a guarda do material que são de uso exclusivo dos

profissionais é resultado do comprometimento do espaço físico oferecidos pelas instituições, que proporciona dificuldades no trabalho destes profissionais.

Isso implica diretamente na privacidade dos atendimentos e na questão do sigilo profissional, por exemplo. Além disso, há outras formas de precarização nos espaços de trabalho, como falta de ventilação; de água, ou comprometimento do abastecimento; de transporte para realização das visitas domiciliares, por exemplo; de aparelho telefônico institucional; de provedor de internet; de materiais de expediente; entre outros.

O assistente social se vê tendo seus direitos profissionais violados, sendo desafiado a atuar com uma escassez de recursos materiais e humanos para atender as demandas institucionais.

Tudo isso afeta diretamente a saúde do profissional, podendo acarretar adoecimento, “[...] desencadeado por diversos motivos como estresse, cansaço e outras sobrecargas emocionais e físicas. Fato que tem se tornado frequente na categoria” (Chagas, Bezerra *et al*, 2018, p. 14).

Prosseguindo nossa reflexão sobre os principais desafios postos a atuação do assistente social nos CAPS, refletiremos agora sobre retrocessos no aparato legal da política de saúde mental que impacta diretamente no atendimento à população usuária.

Para tanto, nos embasamos na análise de Cruz e Gonçalves (*et al*, 2020), bem como no estudo de dados e documentos de caráter público, como legislações, decretos, resoluções e documentos normativos, os quais apontam para uma verdadeira crise na Política de Saúde mental mediante o desmonte legal dos avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica, especialmente a partir de 2016¹⁵.

Os autores destacam os principais reflexos na RAPS, os quais incluem o incentivo à internação psiquiátrica; o financiamento de comunidades terapêuticas; ações de cunho proibicionista e punitivista quanto ao uso de álcool e outras drogas; abordagens hospitalocêntricas com foco na medicação e a estagnação na implementação de serviços de base comunitária.

Podemos listar algumas das principais legislações e documentos que corroboram esse retrocesso, contrapondo-se a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) e aos pressupostos da RPB. São

¹⁵ Para contextualizar, entende-se que “A deposição da presidenta Dilma Rousseff, em maio de 2016, significou uma interrupção do processo democrático no país, acarretando uma reorientação radical das políticas sociais. No mesmo ano de 2016, o novo governo (Temer) instituiu uma medida provisória, que posteriormente tornou-se a Emenda Constitucional 95/2016, determinando o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS. Iniciou-se um período, agravado nos anos seguintes, de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde” (Cruz, Gonçalves, *et al*, 2020, p.3).

leis, portarias, resoluções, notas técnicas e decretos, que conformam uma ‘nova’ política de saúde mental (Cruz; Gonçalves *et al*, 2020).

Vejamos: Portaria nº 1.482/2016 do Ministério da Saúde (MS) que inclui as comunidades terapêuticas¹⁶ no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e assim, possibilita o recebimento de recursos públicos; A resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2017, estabelecendo novas diretrizes para a RAPS, incluindo Hospitais Psiquiátricos na rede, com incentivo ao maior financiamento destes; A resolução da CIT foi seguida da Portaria nº 3.588 de 2017 do MS, que institui o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumenta o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além de aumentar os recursos hospitalares.

Sobre esta última Portaria, os autores atentam para o fato de que:

O CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar ‘assistência a urgências e emergências’, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem ‘enfermarias’ (e não ‘acolhimento noturno’, como nos CAPSs III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados (Cruz; Gonçalves *et al*, 2020, p. 7).

Ainda em 2017 temos outra Portaria do MS, nº 3.992, que afeta o financiamento das ações em saúde mental, possibilitando o uso de recursos para outros serviços; em 2018 a CIT publica duas resoluções, nº 35 e 36, que também afetam a questão do financiamento ao determinar o bloqueio ou devolução de recursos, condicionados à comprovação de produção pelos CAPS, via sistematização, significando um corte de gastos.

Em 2018, temos a publicação da resolução nº 1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), a qual aponta mais claramente para um realinhamento da política de saúde mental, especialmente no que se refere ao tratamento de pessoas que convivem com transtornos mentais e dependência de substâncias psicoativas, além de defender o fomento de comunidades

¹⁶ As comunidades terapêuticas (CTs) são consideradas um retrocesso na política de saúde mental, pois tem como principais pressupostos: regime de internação e isolamento; restrição de liberdade e convívio social; práticas punitivas; imposição de crenças religiosas; trabalho não remunerado; abordagem centrada na abstinência, e não da redução de danos; entre outros. As CTs representam uma privatização dos cuidados em saúde mental e que a falta de regulamentação e supervisão rigorosa nessas instituições leva à violação de direitos humanos, com práticas que são contrárias aos princípios de liberdade e reintegração social da Reforma Psiquiátrica (CFESS, 2018).

terapêuticas. Podemos citar ainda as Portarias nº 544, 2.434, 3.659 e 3.718, todas publicadas pelo MS em 2018.

Todas essas mudanças indicam um retrocesso na política de saúde mental no Brasil, destacando-se principalmente o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, caracterizado por práticas de isolamento e internação. Isso se dá pela inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e pelo incentivo financeiro às comunidades terapêuticas, em detrimento do fortalecimento dos serviços de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse sentido, os assistentes sociais que atuam nos CAPS enfrentam uma série de desafios no contexto atual da saúde mental no Brasil, marcado por retrocessos nas políticas públicas, redução de investimentos e mudanças nas diretrizes de tratamento.

Por fim, outro desafio vivenciado por estes profissionais nesse contexto, se coloca frente à dimensão ético-política, e exige cada vez mais que os profissionais atuem na perspectiva do projeto profissional da categoria, alinhado aos pressupostos de uma política de saúde mental que atua na defesa dos direitos, no respeito a liberdade, no incentivo a autonomia dos sujeitos, no cuidado terapêutico humanizado e na convivência social e familiar.

Atualmente, a política de saúde mental vivencia a disputa de projetos de retrocesso e resistência. Com isso, os assistentes sociais são chamados a reforçar a luta em prol da classe trabalhadora, com a defesa de práticas baseadas na liberdade, dignidade e inserção social, pilares da Reforma Psiquiátrica.

Como reflete Iamamoto (1998, p.75 *apud* Alves, 2018, p.42)

O desafio é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade. Essa discussão é parte dos rumos perseguidos pelo trabalho profissional contemporâneo.

Esse desafio ético-político se expressa ainda na relação multiprofissional, na qual o assistente social também precisa defender os princípios éticos de sua profissão, mesmo em meio a práticas que podem ser contraditórias.

Por fim, a atuação dos assistentes sociais nos CAPS é essencial para garantir um atendimento humanizado e em liberdade aos usuários, apesar dos desafios impostos pela conjuntura atual, desempenham um papel fundamental na resistência aos retrocessos e na promoção dos direitos e da cidadania dos usuários da saúde mental.

O exercício da profissão demanda um profissional com competência para propor e negociar seus projetos com a instituição, defendendo seu campo de atuação, suas qualificações e atribuições. É necessário ir além das práticas rotineiras da instituição, a fim de captar, no contexto da realidade, as tendências e possibilidades que podem ser aproveitadas, desenvolvidas e convertidas em projetos de trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso refletiu sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, com ênfase na atuação do assistente social como profissional essencial nesse contexto. A pesquisa revelou que a trajetória da saúde mental no país, marcada por práticas manicomiais e a marginalização dos usuários, passou por profundas transformações com a Reforma Psiquiátrica, que resultou na reorganização do modelo de assistência, especialmente com a criação e estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse sentido, o assistente social é inserido nesse espaço sócio-ocupacional como um ator importante no processo viabilizador de direitos, atuando de forma crítica e estratégica para garantir a inclusão e a dignidade das pessoas com transtornos mentais, que historicamente foram excluídas e estigmatizadas pela sociedade.

A metodologia de pesquisa foi a bibliográfica, juntamente com a análise documental de dados fornecidos por órgãos governamentais, que permitiu compreender as tensões entre os modelos de cuidado anteriores à Reforma e as conquistas proporcionadas pela Política de Saúde Mental. Constatou-se que, apesar dos avanços, persistem desafios significativos para a efetivação plena da política, especialmente no que se refere às consequências da precarização dos serviços e à escassez de recursos. Esses fatores impõem obstáculos à intervenção do assistente social, que se vê confrontado com uma realidade marcada por limitações estruturais, políticas públicas insuficientes e uma conjuntura neoliberal que impacta negativamente a qualidade dos serviços oferecidos.

Além disso, pode-se identificar os principais desafios na atuação do assistente social no CAPS na atual conjuntura, marcada por inúmeras tentativas de desmonte da Política de Saúde Mental, bem como a consequente precarização das condições de trabalho e precarização dos serviços.

Observou-se ainda, que a ruptura com o modelo manicomial de assistência não se limita ao fechamento de manicômios e hospitais psiquiátricos, instituições marcadas pela intolerância, violência, isolamento e exclusão social; mas implica também na criação de novas possibilidades de cuidados, que privilegiem a convivência familiar, o incentivo à autonomia, o respeito aos seres humanos e a luta por uma vida livre de estigmas.

Há uma luta constante pela garantia dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, de seus familiares, visando a busca por dignidade em todas as áreas que exigem acesso.

Infelizmente, ainda predomina no senso comum, a ideia de que as pessoas em sofrimento psicológico sejam vistas como anormais e rotuladas como “loucas”, o que gera discriminação, exclusão e diversas formas de violência. Nesse contexto, o assistente social é chamado a atuar por meio de estratégias coletivas, utilizando seu saber e seu trabalho profissional na Política de Saúde Mental, para contribuir nessa luta cotidiana.

Como nos alerta Iamamoto (2008), é necessário que o assistente social tenha um perfil crítico e propositivo, capaz de sugerir alternativas viáveis e socialmente inclusivas, diante dos limites estruturais e conjunturais do sistema capitalista.

Apesar dos desafios, o assistente social se apresenta como um agente fundamental no processo de humanização do atendimento e na promoção da autonomia dos usuários dos CAPS. Sua atuação, pautada na viabilização de direitos, na garantia de acesso à saúde e na luta contra o estigma, é indispensável para assegurar a unidade entre o social e o subjetivo no cuidado das pessoas com transtornos mentais.

A intervenção do assistente social, portanto, se configura como uma importante contribuição para a construção de um modelo de cuidado que, além de respeitar os direitos dos indivíduos, promova a inclusão social e a superação dos preconceitos e das barreiras que ainda persistem no campo da saúde mental no Brasil.

Por fim, espera-se que esta pesquisa seja uma contribuição relevante para acadêmicos do Serviço Social e áreas afins, proporcionando subsídios para pesquisas e estudos futuros, ampliando a compreensão sobre a temática abordada. Reconhecendo que o conhecimento é sempre suscetível a expansão, recomenda-se um aprofundamento contínuo sobre o tema, com o intuito de identificar novas informações e abrir possibilidades para o desenvolvimento de estudos subsequentes. Tais investigações podem incorporar novas abordagens, adaptadas aos novos contextos e cenários, considerando que esta pesquisa representa apenas uma pequena parcela dentro do vasto universo de possibilidades e questões ainda a serem exploradas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Tamyres. **Desafios e Estratégias do Assistente Social no campo de desinstitucionalização da Saúde Mental**. 2018. Trabalho Final de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/9603/TFC%20FINALIZADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 abr. 2024.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- APPEL, Nicolle. O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf. Acesso em: 01 dez. 2022.
- BARROS, Ana Carolina Florence de; BERNARDO, Márcia Hespanhol. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Rev. Psicol.** UNESP vol.16 no.1 Assis jan./jun. 2017. ISSN 1984-9044. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442017000100005. Acesso em: 09 nov. 2024.
- BATISTA, Micheline D. Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, p. 391-404. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>. Acesso em 8 nov. 2024.
- BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 01 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> Acesso em: 01 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial.** 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps> Acesso em: 23 jun.2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001:** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 ago. 2023.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 16 ago. 2023

CFESS. **Relatório de fiscalização:** serviço social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no Brasil. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2024

CARVALHO, Laura G. P. de; MOREIRA, Maryene D. de S; *et al.* **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família:** potencialidades e limitações. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf. Acesso em 2 nov. 2024.

CHAGAS, Bárbara da Rocha Figueiredo; BEZERRA, Maria Clara Ezequiel; GASPAR, Fernanda Neves; NASCIMENTO, Flávia Ferreira Alves do. **Trabalho, precarização e serviço social:** uma análise do debate da categoria profissional na revista serviço social & sociedade. UFES – Espírito Santo. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23585> Acesso em: 29 out. 2024.

CRUZ, Nelson F. de Oliveira; GONÇALVES, Renata W; DELGADO, Pedro G. Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica:** o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2024.

FASSHEBER, Vanessa Barreto. **O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena - MG no período 2000-2004:** um estudo de caso acerca da “Cidade dos Loucos”. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Fassheber_Vanessa_Barreto.pdf. Acesso em 05 mar. 2023.

FREITAS, Bismarck Liandro de. **A evolução da Saúde Mental no Brasil:** Reinserção Social. **Revista Científica Semana Acadêmica.** Fortaleza, ano MMXVIII, N°.

000126,16/07/2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social> Acesso em: 10 out. 2023.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Março, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9bCCVfxtqfHFthKrH4sZ8dn/>. Acesso em: 22 set. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na cena contemporânea. **In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais.** CFESS. Brasília, 2009. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1PCDoeGkRZSuA88s-tivB3hRiB-S0jUV5/view>. Acesso em: 27 out. 2024.

MOURA, Josyene R. Tavares de; MORAES, Jinadiene da S. Soares. A consequência neoliberal no controle social da política de assistência social. **In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas.** UFMA, 2015. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/a-consequencia-neoliberal-no-controle-social-da-politica-de-assistencia-social.pdf>. Acesso em 07 out. 2024.

MOURA, Heline C. E; FARIAS, Drielly T. M; SILVA, Gabriela de A. **A atuação do Serviço Social na política de saúde mental brasileira: desafios contemporâneos.** Londrina, 2015. Disponível em: https://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/4_a_atuacao_do_contemporaneo.pdf. Acesso em 25 set. 2023.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. **In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais.** CFESS. Brasília, 2009. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1PCDoeGkRZSuA88s-tivB3hRiB-S0jUV5/view>. Acesso em: 27 out. 2024.

OMENA, Karini; COSTA, Paulo. **Cartilha de orientação em Saúde Mental – Em direção ao território.** 2018. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/431312/3/cartilha%20SM%20CAPS%20Penedo%202018%20%20%281%29.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2024.

PAES, Juliana Santos. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: desafios e possibilidades para o Assistente Social na política de Saúde Mental.** 2017. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudementaldesafiosepossibilidadesparaoassistentesocialnapoliticadesau.pdf>. Acesso em 5 ago. 2024.

QUEIRÓZ, Camilla F. **Neoliberalismo e precarização social: desafios e possibilidades para o serviço social.** 2024. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Contribuciones+033.pdf>. Acesso em 05 out. 2024.

RIBEIRO, Paulo Rennes M. **Saúde mental no Brasil.** Arte ciência: São Paulo, 1999. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=LI1Rk9uFS_cC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 1 nov. 2024.

ROCHA, Antônia. **O assistente social na saúde mental: espaços de atuação.** **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 06, Ed. 03, Vol. 15, pp. 34-51. 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/espacos-de-atuacao>. Acesso em: 26 set. 2023.

ROCHA, Regiane de N. S; CRUZ, Jaqueline do N. **REFORMA PSIQUIÁTRICA, SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL:** Tecendo reflexões teórico-práticas. 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001383.pdf>. Acesso em 29 out. 2024.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização:** a trajetória da saúde mental no Brasil. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 abr. 2024.

SEIXAS, André A. A; MOTA, André; ZILBREMANN, Mônica L. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico.** 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/K3G7Y6MPKHQmdbhtsCytBZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 8 set. 2024.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil:** riscos de desresponsabilização do Estado? V.17, p.252-260, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/fFKDctvfxN5sQv8SzmKmmPM/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 dez. 2022.