

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

LARISSA DRIELE DA SILVA VANDERLEY

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
O AUTISMO EM QUESTÃO**

Maceió
2020

LARISSA DRIELE DA SILVA VANDERLEY

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
O AUTISMO EM QUESTÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Edlene Pimentel

Maceió
2020
Folha de Aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL



COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

LARISSA DRIELE DA SILVA VANDERLEY

Alunos/as concluintes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 28/09/2020

Título: **A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: O autismo em questão**”.

Conceito: APROVADA

Banca Examinadora:

Francisca dos Santos Sobral

Orientadora

Helene Caroline Elói Moura

Examinador 1

Adlene Simentel Santos

Coordenadora de Trabalho de Conclusão de Curso

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus, por ouvir minhas orações e me fortalecer diante das dificuldades. Sou grata a Ele pela vida do meu filho, uma criança linda e autista, que me motivou a desenvolver esse projeto.

Agradeço a minha família, em especial, aos meus pais Geruza e Cicero que sempre investiram em minha educação e me ajudaram com o possível na realização de meus sonhos.

Sou grata também a madrinha de meu filho, Rosângela, a qual, no primeiro ano da minha faculdade, me ajudou a cuidar do meu filho para que eu pudesse estudar. Jamais esqueço alguém que me estende a mão.

Agradeço ao meu esposo, David, que me incentivou a continuar esse projeto, quando pensei que não iria mais conseguir.

Por último, mas não menos importante, agradeço muitíssimo a minha orientadora, Francisca, que mesmo com minhas dificuldades manteve-se ao meu lado, com paciência e dedicação, e a todos(as) professores(as) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), pela qualidade do ensino, vocês são mais que professores(as), são impulsionadores de sonhos. A todos vocês, meu eterno agradecimento e carinho.

“Somos todos geniais. Mas se você julgar um peixe pela sua capacidade de subir em árvores, ele passará a vida toda acreditando ser estúpido”.

Albert Einstein

RESUMO

A presente pesquisa deteve-se no estudo da atuação do assistente social direcionada as demandas sociais apresentadas por pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Analisou-se os fatores relacionados aos desafios e possibilidades para um olhar integral sobre a pessoa com TEA e sua inserção no contexto social. Quanto à metodologia, utilizou-se as pesquisas bibliográficas e documentais, com ênfase na abordagem qualitativa, a fim de analisar diversas fontes de pesquisas, tais como: artigos científicos, legislações e livros que foram utilizados para sustentação da análise e discussão. Possibilitou-se a compreensão sobre a importância da atuação multiprofissional junto a pessoa com transtorno do espectro autista. Dentre estes profissionais, o assistente social possui importância significativa, cujo desempenho condiciona-se a diversos fatores, entre eles, os serviços disponibilizados, em sua maioria, pelo Estado. Além disso, intentou-se trazer maior visibilidade à temática partindo do pressuposto de que o Estado é responsável pela oferta de serviços que possibilitem a inclusão social e o bem-estar social dos indivíduos com TEA, mediante o que está previsto na Política Nacional de Saúde Mental, afirmando, assim, seus direitos legalmente constituídos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Autismo. Serviço Social.

ABSTRACT

This research focused on the study of the role of the social worker aimed at people with Autism Spectrum Disorder (ASD). The factors related to the challenges and possibilities for the inclusion of the person with ASD in the social context were analyzed. The methodology was based on bibliographic research with an emphasis on the qualitative approach with the purpose of analyzing in several sources of research, such as scientific articles, books, to be used to support the analysis and discussion. The research made it possible to understand the importance of multiprofessional work for people with ASD, among these professionals the social worker has significant importance, however the performance of their work is conditioned to several factors, among them the services provided by the State. In addition, the research attempted to bring greater visibility to the theme based on the assumption that the State becomes responsible for the provision of services that enable the social inclusion and social well-being of individuals with ASD, through what is provided for in the National Policy on Mental Health, thus affirming its legally constituted rights.

KEYWORDS: Mental Health. Autism. Social Service.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	11
2.1	Uma breve contextualização da loucura	11
2.2	Os movimentos de desinstitucionalização, a luta antimanicomial e o processo de construção da reforma psiquiátrica	16
2.3	Resgate histórico da Política de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial.....	22
2.4	Transtorno do Espectro Autista (TEA)	24
3	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	30
3.1	Desenvolvimento histórico do serviço social brasileiro	30
3.2	A inserção do assistente social na Política de Saúde Mental	34
3.3	Demandas sociais e a atuação do assistente social nos CAPS no apoio as crianças e adolescentes com Transtorno Do Espectro Autista (TEA)	37
3.4	O trabalho interdisciplinar e os desafios da atuação do assistente social junto as demandas dos direitos das pessoas com TEA	40
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44

1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 12.764 de 2012, em seu artigo 1º, dispõe: “Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução” (BRASIL, 2012). A referida Lei estabelece que os indivíduos com autismo usufruam dos mesmos benefícios que outras pessoas com necessidades especiais. Diante deste cenário, há necessidade de estudos a respeito dessa política, uma vez que o conhecimento sobre o autismo, incorporado à conjuntura atual da prestação de serviços de atenção à pessoa com autismo, carecem de atenção especial não apenas dos profissionais que atuam na área, como também do Estado, provedor do bem-estar social.

O cotidiano da pessoa com TEA é marcado por diversos empecilhos, no tocante ao acesso a seus direitos. Neste contexto,

Ao lidar com o autismo, é indispensável que o assistente social procure compreender as especificidades dessa expressão da questão social, bem como as particularidades de cada indivíduo, tornando, assim, o seu trabalho mais qualificado (AMORIM; LÚCIO, 2016, p. 10).

No tocante à atuação do profissional, a Lei nº 8.662/1993 estabelece que “cabe aos assistentes sociais, auxiliar indivíduos e grupos de diversas esferas sociais, identificando e empregando recursos, e fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (BRASIL, 1993).

Ao iniciar os estudos sobre esse tema, depara-se com as seguintes indagações a respeito da atuação do assistente social na política de saúde mental tendo como foco o autismo: Quais os obstáculos encontrados na prestação de serviços junto às pessoas com TEA, bem como suas ações e desafios frente a política de saúde mental em função da pessoa com autismo? Em que medida a intervenção do assistente social aliada à demanda do autismo poderá favorecer a promoção do convívio social da pessoa com TEA?

Afim de responder a tais indagações vislumbra-se como objetivo geral da pesquisa: apreender o papel do assistente social na política de saúde mental, com ênfase na pessoa com transtorno do espectro autista.

Ademais, apresenta-se como objetivos específicos: a) resgatar historicamente a percepção sobre a loucura na sociedade capitalista e as lutas sociais acerca da Reforma Psiquiátrica, movimento de desinstitucionalização e a luta antimanicomial; b) propiciar o debate sobre a inserção do/da assistente social na política de saúde mental; c) contribuir para a visibilidade da discussão sobre o TEA e sua desmistificação no âmbito social; d) avaliar a atuação do assistente social nos CAPSi com ênfase no autismo.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de apreender com mais propriedade a atuação do profissional assistente social para a inclusão de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Sendo assim, necessita-se discernir como os individuais com TEA interagem em diferentes campos sociais.

Para elaboração desse trabalho utiliza-se uma revisão bibliográfica sobre: reforma psiquiátrica, a política de saúde mental, o transtorno do espectro autista. Realizei também uma pesquisa documental sobre legislações, portarias, regulamentações e diretrizes.

Vislumbra-se a importância analisar a atuação do profissional assistente social na política de saúde mental com foco no autismo. Intenta-se contribuir com o profissional de Serviço Social em seus parâmetros de atuação para o enfrentamento das questões demandadas pelos usuários acerca da área da saúde mental e de outras políticas sociais que se fizerem necessárias ao atendimento integral a esse segmento e a seus familiares. O presente trabalho, além do mais, colabora sobretudo com o ambiente acadêmico, no sentido da contribuição científica.

Para tanto, a primeira seção apresenta uma breve contextualização sobre a loucura. Logo após, discute-se a respeito da Reforma Psiquiátrica à Política de Saúde Mental no Brasil, especificamente a respeito da desinstitucionalização e a luta antimanicomial. Ademais, em seu âmbito, realiza-se um resgate histórico sobre a Política de Saúde Mental e a rede psicossocial, além de abordagens a respeito do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Na segunda seção, aborda-se os aspectos sobre o Serviço Social e Saúde Mental. Para tanto, detalha-se alguns assuntos como, por exemplo, a inserção do

assistente social na Política de Saúde Mental. Também é objeto de discussão as demandas sociais e a atuação do assistente social nos CAPS junto às crianças e adolescentes. Além disso, discute-se a respeito do trabalho interdisciplinar e sobre os desafios da atuação do assistente social nas demandas em razão dos direitos da pessoa com TEA.

Em suma, corroborou-se pela necessidade de inclusão das pessoas com necessidades especiais na política governamental de assistência social, garantindo atenção e suprimento adequados as especificidades da respectiva deficiência, salvaguardando toda a diversidade de indivíduos e suas excepcionalidades por meio da provisão de recursos, serviços e assistência técnica especializados para atender aos indivíduos com TEA.

2 SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A presente seção traz à baila a discussão sobre saúde mental, abordando desde a contextualização da loucura, passando pelo processo de construção da reforma psiquiátrica e os movimentos de desinstitucionalização e luta antimanicomial, até a política de saúde mental atual e a rede de atenção psicossocial no Brasil, seus avanços e desafios, bem como a abordagem sobre o que é o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

2.1 Uma breve contextualização da loucura

Ao contextualizar a questão da loucura observa-se as mudanças na forma de ver e tratar a loucura no decorrer dos séculos. Nesse contexto, “na Grécia antiga, a loucura era considerada uma manifestação divina. O que era dito pelo louco era ouvido como um saber importante e necessário, capaz até de modificar os acontecimentos, de interferir no destino dos homens” (JORGE et al.,2003, p.13).

Na Idade Média, o louco passa a ser visto pelos "olhos da fé", e os estereótipos a ele atribuídos estavam diretamente vinculados a religião, tendo por referências São Tomás de Aquino e Santo Agostinho, que pregavam uma vida moralmente sã, o que fugia dessa realidade era considerado pecador e merecedor da punição divina. Sobre o papel da igreja católica na repressão da loucura, constata-se que:

Em meados do século XV, surgiu na Europa um movimento de perseguição religiosa que culminou na eliminação de milhares de indivíduos que, por diversas razões, ameaçassem o seu poder. As inquisições perseguiram os judeus, os protestantes e as ‘bruxas’. Entre estas podemos incluir os loucos. Estes agora considerados hereges, foram martirizados em tribunais religiosos que, na maioria das vezes, não hesitavam em queimá-los nas fogueiras (JORGE et al., 2003, p. 14).

No século XV, uma das formas de livrar-se dos loucos era embarcá-los em navios, como nos mostra a pintura intitulada “Nau dos Loucos”, e descrita por Michel Foucault em sua obra denominada *A história da Loucura* (1972):

[...] pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos (FOUCAULT, 1972, p. 13).

Com o surgimento do Renascimento a loucura passa a ser vista predominante como possessão diabólica. Os loucos são vislumbrados como representação do mal, sendo martirizados em tribunais religiosos e submetidos a "reabilitação" através de rituais de exorcismo. Vale ressaltar que, adverte Foucault, “a anexação de todos estes fenômenos religiosos ou parareligiosos pela medicina é, assim, apenas um episódio lateral em relação ao grande trabalho que definiu a doença mental” (FOUCAULT, 1994, p. 74).

No final da Idade Média, com o fim das cruzadas, o leproso retira-se das estruturas de exclusão social a ele atribuídas, deixando aberto um espaço, que alguns séculos depois passam a ser ocupado pela loucura.

Durante o período feudal o louco dispunha de certa "liberdade" e circulava pelos campos. Com a transição do modo de produção feudalista para o capitalista, as pessoas que não tinham mais terras para produzir, dispunham apenas de sua força de trabalho para sobreviver e foram obrigados a povoarem as cidades em busca de emprego e sobrevivência. Neste viés,

[...] com a acumulação produtiva, as porteiras dos feudos foram abertas e os loucos passaram a ter novos desafios no convívio social, por serem considerados corpos improdutivo, ameaçadores da ordem burguesa, pois do ponto de vista dos valores dominantes, não produzem o capital na forma de trabalho acumulado (LAMENHA, 2013, p. 26).

O século XVIII, também intitulado “século das luzes”, caracterizou-se pela evolução do processo de acumulação capitalista mercantilista para a industrial. Este momento foi fortemente marcado pelo desenvolvimento de um novo modelo econômico, no qual aquele que não podia contribuir para o movimento de produção, de comércio ou de consumo era repreendido e encarcerado. Conforme aduz Jorge et al. (2003, p.13): “Nessa época, a repressão, antes predominantemente religiosa, passou a ter um cunho marcadamente econômico”.

Nesse mesmo século, surge na Europa as chamadas casas de internação, locais para onde eram destinados os "loucos", e esses espaços não possuíam objetivo de tratamento - já que a loucura ainda não era vista como doença - o objetivo até o momento era de excluir os loucos com a intenção de instalar uma nova ordem na sociedade. A criação do Hospital Geral de Paris em 1656 foi o marco desse fenômeno denominado Grande Internação, que não se refere só ao enclausuramento da loucura, como também local de destino dos que não podiam suprir sua própria subsistência. Como afirma Desviat (1999, p.15):

enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII a desordem social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas do modo de produção.

Destarte, a patologia não era um fator determinante para a internação no Hospital Geral, e sim, a carência de meios para suprir a sua própria subsistência. Não obstante o tratamento assistencial prestado em seu âmbito possuísse um duplo viés: ajudar e punir os sujeitos que ali se encontravam internados.

Nas lições de Gonçalves e Senna (2001, p. 22): "A partir do século XVIII é que, o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana". Com o surgimento da psiquiatria como uma área de saber próprio, passaram a ser destinados para os manicômios aqueles que, até então, eram tidos como loucos. Destarte,

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se "o diferente", aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade (GONÇALVES; SENNA, 2001, p.22).

Os supracitados autores afirmam que “a loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios, e instituições, mas as instituições psiquiátricas propriamente ditas é uma construção do século XVIII” (GONÇALVES; SENNA, 2001, p.22). A internação nesse período, passa a ser chamada hospitalização, no entanto, seu objetivo continua o mesmo, o de isolar o louco do convívio social.

Em contexto nacional, apenas com a chegada da Família Real em 1808 é que a loucura passou a ser objeto de intervenção por parte do Estado. Assim,

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou um diagnóstico da situação dos loucos. Só então é que estes passaram a ser considerados como doentes mentais, merecedores de um espaço social próprio para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes, menos nos hospitais: ora nas ruas, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora nos porões (nunca nas enfermarias da Santas Casas) (AMARANTE, 2007, p. 149).

As circunstâncias em que eles se encontravam surpreenderam, de forma negativa, os membros da comissão. Este fato, mencionado em relatório elaborado pela comissão, foi determinante para que se intensificassem os pedidos para a construção de um estabelecimento privativo para os loucos.

Isto porque, na época, o hospício seria mais adequado diante do contexto social. Essa perspectiva da saúde acabava corroborando com as ideias do desenvolvimento econômico, especialmente porque trancafiavam a pobreza no âmbito das instituições supracitadas.

Somente em 08 de dezembro de 1852 o Hospício de Pedro II foi inaugurado como uma tentativa de cuidar dos loucos de forma diferenciada, seguindo os parâmetros da medicina europeia da época. Assim, o hospício deveria obedecer à

exigência de só receber loucos curáveis, transformando-se em uma instituição de caridade útil à sociedade. Ademais, preleciona Porto Carrero (2002, p. 44) que: “no tocante às causas da doença, o hospício justifica-se, por isolar o louco da família a fim de romper os hábitos ligados à sua loucura, e no tocante ao tratamento, por possibilitar a intervenção terapêutica”.

O isolamento era a base do tratamento do alienado, indicando, assim, a influência do pensamento de Pinel, médico francês, na ação dos médicos deste período. No entanto, quanto a institucionalização da loucura no Brasil, sinaliza Porto Carrero (2002, p. 45):

Com idéias advindas da psiquiatria francesa instituiu-se o hospício no Brasil, por meio do qual a medicina mental se exerceria na prática e na teoria. Mas, a institucionalização do espaço asilar para o louco não favoreceu em nada a pesquisa psiquiátrica científica; os hospícios logo se mostram ineficientes, superpovoados, não medicalizados, e os psiquiatras custam a adquirir autoridade para exercer sua profissão de modo a poder produzir conhecimento científico. Ao contrário do que ocorreu na Europa, o nosso hospício não resulta de um processo intrínseco à ciência, conturbado por grandes debates, que, baseando-se no seu corpo teórico, prescreveu o isolamento do louco, num espaço especial. Nesse espaço o louco seria tratado como acometido por uma doença de tipo especial, não devendo por isso ser acolhido em hospital comum, nem tratado como criminoso nas prisões (PORTO CARRERO, 2002, p. 45).

O funcionamento do hospício dá-se, portanto, com base na segregação, confinamento e tutela, para conter os loucos pobres que vagam pelas ruas e são vistos como ameaça à ordem social. Neste viés,

Para as famílias ricas, que quisessem manter junto dela o alienado o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia produzir um hospício no interior de sua ampla residência (MACHADO et al, 1978, p. 05).

Isto demonstra, explicitamente, o tratamento desigual imposto à loucura pela sociedade capitalista. É latente a perspectiva de classe social ao ficar demonstrado que para as famílias ricas inexistia qualquer imposição da internação de seu familiar,

enquanto que os menos abastados ficavam marginalizados e inseridos, obrigados, nos hospícios.

Houve críticas a eficácia dos hospícios, mas foi após a segunda guerra mundial, que estes movimentos de contestação se fizeram notar no cenário mundial. No pós-guerra, o tratamento asilar foi sendo modificado, questionado e mesmo substituído em vários países, em razão da efervescência dos direitos humanos e sua efetiva proteção pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Para Lamenha (2013, p. 38): “Esse período é marcado por processos de democratização, revolucionários ou reformistas, pois tendem a consolidar direitos civis, sociais e políticos”.

2.2 Os movimentos de desinstitucionalização, a luta antimanicomial e o processo de construção da reforma psiquiátrica

No fim da década de 1970, muitos movimentos ligados à saúde denunciaram abusos cometidos em instituições psiquiátricas, além da precarização das condições de trabalho, reflexo do caráter autoritário do governo no interior de tais instituições. Desta forma,

Numa tentativa de humanizar o asilo, surgiram algumas experiências que causaram uma radical mudança no objeto da psiquiatria, que deixou de ser o tratamento da doença mental, a busca da cura, e passou a ser a promoção da saúde mental através da adaptação social. No Brasil, destacou-se o trabalho da psiquiatra alagoana Nise da Silveira, que propôs como alternativa aos choques elétricos, às psicocirurgias e outras formas violentas de tratamento a criação, em 1948, do setor de terapia ocupacional no antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto de Assistência à Saúde Nise da Silveira. Nele reuniu pacientes internados no Centro que desejassem realizar atividades ligadas às práticas expressivas do desenho, pintura e escultura. Para ela, os sintomas psicóticos compunham a diversidade humana e cada paciente, por mais diferente, compunha o que considerava ‘os inumeráveis estados do ser’. Utilizava no tratamento, também, a presença de animais domésticos como cães e principalmente gatos (JORGE et al., 2003, p.13).

Nessa mesma década, surge os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica brasileira, influenciados por Franco Basaglia, caracterizado por Lamenha (2013, p. 45) como: “médico e psiquiatra italiano, foi precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como psiquiatria democrática”. Assim, o referido médico defendia a humanização no tratamento dos sujeitos que apresentavam sofrimento psíquico, assim como sua inserção na sociedade.

Em 1971, Basaglia começa a desmontar o aparato manicomial em Trieste. Havia uma participação da comunidade juntamente com a equipe médica nas reuniões referentes aos assuntos dos pacientes do manicômio, como por exemplo a decisão de dar alta aos mesmos. Dessa forma, a comunidade percebia que as necessidades dos internos do manicômio eram as mesmas deles, tais como: dinheiro, família, autonomia, casa. Começa então uma identificação da população com os internos e um novo olhar sobre a importância da integração deles na sociedade (BASAGLIA, 1982 apud AMARANTE, 1994, p. 65).

O modelo supracitado inova ao propor a identificação, a qual que sugere uma certa desmistificação acerca da loucura, a linha tênue que todos estariam vulneráveis a passar. Reconhece-se as pessoas acometidas de sofrimento psíquico como sujeitos de direitos e obrigações, rompendo o lacre do preconceito velado até então pela sociedade, sendo àquelas merecedoras do respeito e atenção adequados.

A partir daí, surgiram movimentos de trabalhadores de saúde mental, que colocaram em evidência a necessidade de uma reforma psiquiátrica no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) – que contou com a participação popular, inclusive de familiares de pacientes – e o Movimento Sanitário foram dois dos maiores responsáveis por essa iniciativa. Desta forma,

No interior do MTSM, inicia-se um processo de reflexão crítica sobre a questão epistemológica do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2008, p. 739).

No período compreendido entre 1978 e 1987, vários eventos foram realizados com o objetivo de fortalecimento do MTSM e também da luta pela transformação do sistema de saúde. Ligados aos demais setores, em busca da democracia plena e da organização mais justa da sociedade, estavam vinculados aos movimentos sociais existentes. Em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, respondendo a uma indicação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A esta conferência, que, conforme aduz Amarante (2008), no início teve um caráter técnico, após a modificação do regulamento, foi dada a garantia de um caráter participativo. Nesse liame, nas lições de Gradelha Junior (2012, p. 03):

O II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru em 1987 foi um marco decisivo para a constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que tem como objetivo o fim dos hospitais psiquiátricos pelo gasto inútil de verbas públicas e forma de atenção ultrapassada, sem resolutividade, excludente e violenta. Sua proposta é a criação de serviços substitutivos em saúde mental. (GRADELHA JUNIOR, 2012, p.03).

Com o lema "Por uma sociedade sem manicômios", o Congresso discutiu as formas de cuidado com os que apresentam sofrimento mental grave e representou um marco histórico do Movimento da Luta Antimanicomial, inaugurando nova trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira. Pela relevância daquele encontro, a data de 18 de maio tornou-se o dia de Luta Antimanicomial. Dessarte,

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e discriminação (GADELHA JUNIOR, 2012, p. 04).

O movimento da luta antimanicomial traz em seu bojo os princípios de Axel Honneth¹ quando busca, de forma ativa, trazer à consciência da população as situações de desrespeito as quais são submetidos os portadores de transtorno mental, quer no convívio social, quer na atenção à saúde mental. Para o mencionado autor,

A identidade moral é formada por essas expectativas. Uma mobilização política somente ocorre quando o desrespeito expressa a visão de uma comunidade. Portanto, a lógica dos movimentos coletivos é a seguinte: desrespeito, luta por reconhecimento, e mudança social (HONNETH, 2003, p.192).

Ainda no contexto ora analisado,

o Manifesto de Bauru é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, buscando a articulação nacional e pautando-se, enquanto movimento social e sindical, na defesa de uma reforma sanitária democrática e popular (GRADELHA JUNIOR, 2012).

O Movimento da Luta Antimanicomial não é o único movimento social existente na luta do ideário da Reforma Psiquiátrica, mas, aduz Amarante (2008, p. 742): “é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo”.

Sobre o processo de desinstitucionalização, corrobora-se que ele:

[...] caracteriza-se por implicar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e “pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de saúde mental substitutivas à internação

¹ Os principais temas de pesquisa do professor Axel Honneth se concentraram no âmbito da Filosofia Social, investigando os fundamentos sistemáticos de uma Teoria do Reconhecimento; a reconstrução da moralidade das relações interpessoais e a evolução de uma teoria plural do reconhecimento.

no hospital psiquiátrico (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p. 33).

No ano de 1989, foi apresentado no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propõe “a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo” (BRASIL, 2005, p. 07).

A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

O novo modelo de assistência às pessoas com transtorno mental ganha maior densidade com a aprovação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a atenção à saúde mental para uma rede de base comunitária e dispõe sobre os direitos das PCTM. Ela garante ser de responsabilidade do Estado, o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Além disso, a referida Lei, nas lições de Veloso e Carlos (2009, p. 104): “Esta preconiza que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, e a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”. Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como eixos:

- a) processo de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos manicomial;
- b) a descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para o cuidado comunitário e;
- c) rede diversificada de Atenção à Saúde Mental, implicando a reconstituição da complexidade das necessidades sociais subjacentes à enfermidade e à intersectorialidade. A intersectorialidade é inerente ao processo, pois é reconhecida a complexidade do cuidar

na comunidade, exigindo ações integras, visto que, comumente, ao transtorno associam-se a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, ou seja, as vulnerabilidades sociais em geral (SILVA; ROSA, 2014, p. 254).

Em 2003, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa” (PVC). Neste diapasão,

A Lei 10.708 de 2003 inaugura o Programa De Volta Para Casa (PVC), que garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos. O objetivo do programa suscitado é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Além disso, busca a restituição do direito de morar e conviver em liberdade nos territórios e também a promoção de autonomia e protagonismo dos usuários. Como resultado, foram desenvolvidas diversas ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual, no entanto, caracteriza, assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (BRASIL, 2005, p. 09).

Os princípios e pressupostos para o processo de desinstitucionalização, além das relevantes contribuições da médica psiquiatra Nise Magalhães da Silveira (1905-1999)² no tratamento mental no Brasil, foram fundamentais para a Reforma Psiquiátrica brasileira e, por conseguinte, a construção da política de saúde mental. Preconiza-se um tratamento aberto, por meio de serviços substitutivos, que não privem o indivíduo, com transtorno mental e/ou problemas decorrentes do uso de drogas, do convívio em sociedade. Nesse liame, operou-se a reformulação do

² A médica alagoana Nise Magalhães da Silveira (1905-1999) ficou conhecida por sua incessante luta humanização do tratamento psiquiátrico no Brasil, em contraposição às formas agressivas de tratamento mental praticadas em sua época.

modelo de assistência na área da saúde mental, desvinculando a atenção em saúde mental do âmbito do manicômio e atribuindo ao doente mental a condição de sujeito portador de transtorno mental, digno de receber uma atenção baseada no respeito e proteção dos seus direitos.

2.3 Resgate histórico da Política de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial

Em 1986 foi instalado, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, com o nome de Centro Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, e ficou conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A implementação de outros CAPS a partir desse modelo ocorreu devido a movimentos dos trabalhadores de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2004).

Oficialmente, a reforma psiquiátrica brasileira completa 19 anos em abril de 2020, pois a Lei 10.216, que alterou a política pública para a saúde mental, foi publicada em 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Por meio dessa lei, aduz Andreoli (2007, p. 90): “foi substituído o modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental descentralizados, multiprofissionais e diversificados”.

Ademais,

Um importante marco dessa trajetória, na gestão atual, é a publicação do Decreto nº 7.508/2011 que estabeleceu a exigência da atenção psicossocial como um dos requisitos para a instituição das Regiões de Saúde e para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de integrada, articulada e resolutiva. Nesse sentido, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da publicação da Portaria nº 3.088/2012 baseada nos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Espera-se que o fortalecimento da RAPS promova a oferta qualificada de atenção integral e contínua, de modo a produzir transformação nas realidades sociais em prol do cuidado em liberdade, de equidade, de tolerância às diferenças, de ampliação da autonomia e de garantia de direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2016, p. 01).

Com esta perspectiva, nos termos do Decreto nº 7.508/2011, compõem a RAPS: “a atenção Básica; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2016).

Ainda nos termos da referida legislação e de outras normas regulamentadoras mencionadas a seguir,

A atenção psicossocial estratégica, é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas diferentes modalidades a saber: CAPS I (municípios acima de 20 mil habitantes), CAPS II (entre 70 mil e 200 mil habitantes), CAPS III (acima de 200 mil habitantes), CAPSad (acima de 70 mil habitantes) para usuários de álcool e outras drogas, CAPSad III (Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes) CAPSi (Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes), voltado para crianças e adolescentes. No ano de 2012, frente à discussão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, publicou-se a Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 redefinindo o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2016).

Em 21 de dezembro de 2017, a Portaria nº 3.588 criou o CAPS ad IV, que “atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017, art. 7º). Em relação ao mesmo, observa-se alguns aspectos, entre os quais, merece destacar que:

Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação” (BRASIL, 2017, art. 7º).

Conforme o atual cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm se destacando, e demonstrando importantes avanços no modelo de assistência em saúde mental. Eles são compostos por, no mínimo, 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, além de 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais, tais como: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Nos termos da Portaria nº 3.588/17,

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2017).

Para Barros e Bichaff (2008, p. 95): “os CAPS’s são hoje um dos principais dispositivos para a consolidação do processo de reversão do modelo de atenção centralizado na assistência hospitalar psiquiátrica”. Em seu âmbito, os serviços são realizados em um ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofre com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. É dentro deste cenário, especialmente dos CAPSi, que se insere e se desenvolve o objeto da pesquisa, a qual se concentra na atuação do assistente social junto as crianças com transtorno do espectro autista dentro do contexto social.

2.4 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Foi em 1940, que Leo Kanner e Euger Bleuler apresentaram pela primeira vez a descrição moderna do que hoje conhecemos como Transtorno de Espectro Autista (TEA), pois até então aqueles com comprometimento no desenvolvimento eram descritos como “idiotia”. Em uma perspectiva histórica,

Inicialmente a psiquiatria, voltada para o estudo da loucura e, posteriormente, voltando a atenção para os estudos, do que na época era chamado de idiotia, cursou um longo caminho para chegar ao patamar atual, sobre a compreensão da doença mental. Há momentos em que a psiquiatria e a psicanálise percorreram caminhos diferentes. No entanto, defendemos que, no tratamento de crianças com autismo, a psicanálise e a psiquiatria estejam lado-a-lado, para garantir o tratamento adequado para os sujeitos com autismo (FIEIRA; GAGLIOTTO, 2019, p. 41).

Constata-se que, por muitos anos, o autismo foi confundido com idiotice. Assim, pessoas com dificuldade de comunicação e de promover relações interpessoais seriam descritas como idiotia e tratadas como doentes mentais em razão de não conseguirem acompanhar o mesmo grau intelectual das outras pessoas. Ao longo dos anos,

[...] O autismo, a partir dos anos 1980, deixa de ser incluído entre as “psicoses infantis”, e passa a ser considerado um “transtorno invasivo do desenvolvimento” (TID). Nas classificações mais difundidas, a CID 10, da Organização Mundial da Saúde (1992) e o DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana (1994), é descritos, além do autismo, a síndrome de Asperger, o transtorno desintegrativo, a síndrome de Rett e os quadros atípicos ou sem outra especificação. Na quinta versão do DSM (DSM-V), a ser lançada em 2013, passa-se a usar a denominação “Transtornos do Espectro do Autismo”, localizados no grupo dos “Transtornos do neurodesenvolvimento” (BRASIL, 2013, p. 24-25).

O autismo ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) compromete o desenvolvimento da comunicação e nas relações sociais, é descrito devido a causa genética, além de mudança comportamental, apresentando repetições de movimentos, tais quais, rodar um lápis, balançar o corpo em movimentos uniformes, apegar-se a objetos, dentre outros.

Tudo que vinha do exterior era experimentado por pessoas com problemas psiquiátricos como uma “intrusão assustadora”, o que explicava não só a tendência a ignorar o que lhes era perguntado, mas também a recusa de alimentos e o

desespero provocado por barulhos fortes ou objetos em movimento. Os ruídos ou movimentos repetidos produzidos por elas próprias, entretanto, não eram acompanhados de manifestações de angústia (KANNER, 1968).

Como já descrito, as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam desenvolvimento físico normal, mas possuem grandes dificuldades para firmar relações sociais ou afetivas. Levando as pessoas a evitarem o contato físico direto com as crianças autistas, visto que, para elas, tudo em sua volta aparenta ser ameaçador e, quando ameaçadas, apresentam-se agressivos (KANNER, 1968). O que vem a ser importante é que os pais ou responsáveis respeitem o limite destas crianças para evitar que elas entrem em crise e amedronte todos a sua volta.

Inexistem exames laboratoriais ou de imagem que ajudem a diagnosticar o autismo. Em geral, os médicos consideram o histórico do paciente, a observação do seu comportamento e os relatos dos pais. A partir daí a criança é seguida pelos critérios estabelecidos pelo manual de diagnóstico e estatísticas de transtornos mentais.

Com base no exposto,

o autismo é uma síndrome comportamental de etiologia variada, sendo caracterizado por déficits de interação social, visualizado pela inabilidade na relação com o outro, usualmente combinado com déficits de linguagem e alterações de comportamento (SILVA; HERRERA; VITTO, 2007).

Com o passar dos anos, o conceito de autismo sofreu diversas modificações. Entretanto, ainda recebe os mais variados diagnósticos médicos, desde o transtorno obsessivo compulsivo, personalidade esquizoide, esquizofrenia, transtornos de humor, até deficiência mental isolada. No entanto, segundo KLIN (2006, p. 03): “um diagnóstico de transtorno autístico requer pelo menos seis critérios comportamentais, um de cada um dos três agrupamentos de distúrbios na interação social, comunicação e padrões restritos de comportamento e interesses”.

Sobre o autismo infantil os critérios diagnósticos atuais incluem prejuízos persistentes em três áreas, apresentadas a seguir:

Interação social recíproca: a criança pode evitar contato visual, recusar contato físico, praticamente não demonstrar iniciativa para se aproximar de outras pessoas e compartilhar com elas os seus interesses, manter-se isolada em situações sociais, não atender quando chamada pelo nome. Não é incomum que a criança apresente vínculo específico e exagerado com uma pessoa (um dos pais, uma babá ou um irmão, por exemplo), tendo dificuldades para se afastar dela. Algumas pessoas um pouco mais velhas com autismo podem demonstrar interesse por contatos, mas não entendem as regras que regem o jogo social, mostrando-se inadequadas e não percebendo as necessidades ou o sofrimento do outro. Outras vezes, a aproximação de outras pessoas é considerada por elas um “instrumental”, que utilizam uma parte do outro (a mão e o braço, geralmente) para conseguir um objeto ou para que possam ser levadas ao lugar que desejam.

Comunicação verbal e não verbal: os usos da linguagem e de expressões faciais ou gestos objetivando a comunicação, assim como as habilidades de imitação, estão ausentes, seriamente prejudicados ou são inadequados e idiossincráticos. O surgimento da fala pode estar atrasado e boa parte das crianças não chega a desenvolver fala funcional, pronunciando ou balbuciando algumas poucas palavras. Quando a fala não aparece até os cinco anos, é menos provável que isso venha a ocorrer mais tarde. Aquelas que falam costumam não usar a primeira pessoa (“eu”), referindo-se a si mesmas na terceira pessoa. A entonação e o ritmo da fala podem ser estranhos ou monótonos. Ecolalia é comum, assim como a repetição estereotipada de frases fora do contexto, como diálogos de desenhos animados ou comerciais de TV. Há dificuldade na generalização de conceitos abstratos, que só serão usados na situação em que foram aprendidos. Da mesma forma, lhes é difícil entender o duplo sentido, o humor ou a ironia e, nos casos mais graves, a simples compreensão de ordens ou solicitações é prejudicada.

Repertório de interesses e atividades: é restrito e estereotipado. Os jogos de faz-de-conta e as brincadeiras de imitação estão comumente ausentes. O foco de interesse da criança pode estar exageradamente ligado a um objeto ou a uma atividade específica. Pode haver apego e manipulação do objeto selecionado, que nem sempre é um brinquedo e não parece ser usado simbolicamente. Há preocupação com a manutenção de rotinas, rituais e ordenação de brinquedos ou outros objetos, surgindo angústia se algo se modifica. Nas crianças mais graves, podem existir vocalizações e movimentos corporais repetitivos (por exemplo, balançar o tronco ou a cabeça, girar o corpo, bater palmas). Os movimentos de alguns objetos, especialmente os que são contínuos e previsíveis (como o girar de um ventilador ou das rodas de um carrinho ou o fluxo de água de uma torneira), exercem uma grande atração sobre essas crianças, que podem passar longos períodos absorvidas em sua observação (BRASIL, 2013, p. 54-55).

Por sua dificuldade na comunicação verbal e não verbal, existe um mito acerca da falta de afetividade da criança com autismo, grande parte dos afetos são 'primitivos' havendo uma limitação na expressão dos afetos e uma limitação na discriminação de afetos mais complexos. Diante dessa limitação, corroboram Mercadante e Rosário (2009) que "o desempenho da pessoa autista no convívio social estaria prejudicado, uma vez que esses não compreendem as regras sociais, as normas implícitas que regulam um encontro social e exigem determinado tipo de comportamento". Por não se encaixarem nessa normatividade pré-estabelecida socialmente, as pessoas com TEA passam a ser esteriotipadas e incompreendidas.

As dificuldades na comunicação ocorrem em graus variados, tanto na habilidade verbal quanto na não-verbal. Para Klin (2006, p. 06-07):

[...] de 20 a 30% dos indivíduos com autismo nunca falam. Esse percentual é consideravelmente menor do que era há cerca de 10 a 15 anos, graças, em grande parte, à intervenção precoce e intensiva". Além disso, 60 a 70% dos indivíduos com autismo possuem retardo mental e cerca de metade deles enquadra-se na faixa de retardo mental leve e os demais na faixa de retardo mental de moderado a profundo.

E ainda sobre a conceituação do autismo, Siluk (2012, p. 287) afirma que "as definições atuais de autismo o conceituam como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas, que compromete o processo do desenvolvimento infantil".

A partir dos construtos teóricos analisados nesta seção, compreende-se que:

No Brasil, o conhecimento sobre o Transtorno do Espectro do Autismo foi se instalando gradualmente, seja pela difusão dos conceitos da psiquiatria de Kanner, da psiquiatria infantil francesa (como a de Ajuriaguerra) ou das abordagens psicanalíticas. Também foi mais tardio o aparecimento, no país, das associações de familiares de pessoas com autismo. Em 1983 surgia a primeira Associação de Amigos de Autistas do Brasil, a AMA-SP, tendo como principal mentor o Dr. Raymond Rosemberg. Em 1989, a Associação Brasileira do Autismo (ABRA) promoveu o I Congresso Brasileiro de Autismo, cuja segunda edição aconteceria em 1991 (ASSUNÇÃO JUNIOR, 1995).

A Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012 considera as pessoas com espectro do transtorno autista como pessoas com deficiência, sendo, portanto, possuidoras dos mesmos direitos legais que os indivíduos que apresentam outras formas de deficiência. Como cidadãos, possuem os mesmos direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e em outras leis, que são garantidos a todas as pessoas. Além disso, as crianças e os adolescentes com autismo também são possuidores de todos os direitos presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Nesse liame,

A referida Lei considera como direitos da pessoa com autismo, dentre outros: a vida digna, a segurança, o lazer, a proteção contra abusos e explorações, o acesso aos serviços de saúde - atendimento multiprofissional, nutrição de forma adequada, medicamentos, informações que ajudem no tratamento, diagnóstico precoce -, o acesso - à educação, à moradia, ao mercado de trabalho, à previdência e à assistência social -, direito a acompanhante especializado, em caso de comprovada necessidade, aos que estiverem inseridos em escolas regulares de ensino (BRASIL, 1990, art. 3º).

Com a Reforma Psiquiátrica e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), já referenciados anteriormente, alguns avanços foram delineados no tratamento da saúde mental. Afirma Andreoli (2007, p. 91) que: “sua criação ocasionou mudanças significativas, no que diz respeito à assistência social aos pacientes com deficiência mental, propondo assim, novas perspectivas para o paciente com sofrimento psíquico”. Esta inovação no plano assistencial, à luz da política de saúde mental, reverberou em diversos âmbitos da saúde mental, entre os quais se destaca o tratamento interdisciplinar empregado na questão do autismo, conforme será analisada na próxima seção.

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Nesta seção faremos a discussão sobre Serviço Social e Saúde Mental. Para tanto, discorreremos sobre o desenvolvimento do serviço social brasileiro; sua inserção junto à política de saúde mental, especialmente no âmbito do CAPS, reconhecendo os desafios que se colocam para sua atuação em equipes interdisciplinares com foco na questão do autismo.

3.1 Desenvolvimento histórico do serviço social brasileiro

O Serviço Social surgiu no Brasil tendo raízes na República Velha (1889-1930). Para Forti e Coelho (2015, p. 21): “no contexto da chamada revolução de 30, que, com Getúlio Vargas á frente do poder estatal, favoreceu a ampliação e consolidação das bases industriais no País, em detrimento da economia agroexportadora”.

A República Velha, como todos os livros de ensino médio ensina, posto isto ser um truísmo na produção bibliográfica sobre história do Brasil nesta época, tem como principal marca ser uma combinação entre o passado escravocrata brasileiro e o capitalismo moderno ascendente no país na época.

Nesse contexto, com nítido obscurecimento da sua dimensão política e concepções idealizadas da vida social, compatíveis no máximo com um anticapitalismo romântico, o serviço social emerge e inicia seu percurso histórico significativamente influenciada pela doutrina da igreja católica, efetivando a perspectiva de apelo moral como meio para o trato das expressões da “questão social” (FORTI; COELHO, 2015, p. 21).

O desdobramento da “questão social” é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, de seu reconhecimento em nível de Estado, da implementação de políticas que atendem seus interesses. Sendo assim, a “questão social” constitui-se, essencialmente, da contradição entre burguesia e proletariado. Proletariado este em que os laços de solidariedade política e ideológica perpassam seu conjunto. A implantação do Serviço Social, aduz

lamamoto (1983, p. 11): “ocorre no decorrer desse processo histórico, surgindo da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam por intermédio da Igreja Católica”.

Um marco na orientação teórica fundamental do Serviço Social brasileiro consiste no marxismo, corrente teórica mais crítica em relação as mazelas do capitalismo, as quais reverberavam no tratamento assistencial imerso na luta de classes – burguesia e proletariado, figurando, neste lado, os mais pobres e necessitados de assistência social. (CASTELO, 2010).

É factível a existência de profundas ambiguidades no início da história do Serviço Social. A maior delas era a da relação problemática entre Serviço Social e a Igreja Católica, a qual abominava as ideias marxistas, um dos pilares ideológicos da luta contra o comunismo no Estado Novo, construindo com este uma aliança.

É neste contexto, apesar de todas as ambiguidades, de todos os desafios, que o Serviço Social encontra as reais possibilidades de desenvolvimento. Havia uma demanda estrutural pelo Serviço Social dentro do Estado Novo. Esta demanda obviamente passou a existir desde o início da percepção da miséria enquanto problema social a partir do industrialismo moderno. Mas o Brasil foi se tornar uma sociedade urbanizada e industrial de fato a partir do Estado Novo (COUTINHO, 2009).

Como a classe média, em todas as sociedades modernas, é a camada social que forma a estrutura de todas as instituições sociais, pode-se dizer que a classe média era, assim como o é hoje, a chave para o desenvolvimento da responsabilidade social³. Esta responsabilidade, tão desenvolvida em vários países europeus, sempre foi escassa no Brasil. Não obstante ainda escassa hodiernamente, na República Velha não era praticada, ou ainda, de forma ineficaz, a fim de mascarar interesses políticos.

Na década de 1940, o Serviço Social brasileiro começou a sofrer influências do Serviço Social americano. Essa influência foi resultado de um processo mais amplo que envolveu aspectos políticos, econômicos e culturais. O governo dos

³ Os estudos sobre responsabilidade social se iniciaram na década de 50, nos Estados Unidos da América, e na Europa, nos anos 60. Empregado no âmbito das instituições pública e privadas traduz uma série de valores e objetivos concatenados em prol da coletividade, o que, infelizmente, não é cumprido, na prática, pelos diversos atores do processo. No plano do Serviço Social, esta responsabilidade se apresenta na integração dos profissionais interdisciplinares a fim de atender satisfatoriamente as demandas sociais.

Estados Unidos da América iniciou uma série de ataques, buscando expandir suas bases comerciais na América Latina. Assim, alguns acordos foram assinados, incluindo o intercâmbio de Serviço Social naquele país com a América Latina. Essa experiência provocou uma mudança na prática profissional, pois incorporou as técnicas de caso, grupo e comunidade. Para o Serviço Social, adverte Forti (2013, p. 101) “isso significava a falta de percepção do antagonismo entre classes sociais, apagando conflitos, contradições, ou melhor, os fundamentos da 'questão social' do conteúdo do conhecimento em discussão”.

A década de 60, do século XX, representou para o serviço social no Brasil o início de um processo de reformulação geral que continuará por pelo menos três décadas, conduzindo, indubitavelmente, a um redimensionamento e amadurecimento profissional.

Analizando o processo de renovação da profissão, elege-se, a partir do fim da década de 1970, a vertente marxista – expressa pelo movimento de intenção de ruptura – como forma mais adequada para a interpretação da realidade cotidiana capitalista, objetivando compreender que a prática profissional do Serviço Social é necessariamente polarizada pelos interesses de classes sociais, inserida na sociedade capitalista (FORTI; COELHO, 2015, p. 21).

Esse processo ainda não foi concluído, do modo como relatou Ortiz (2010, p. 162): “está em andamento um processo de construção de uma nova imagem para o Serviço Social Brasileiro, iniciado em meados da década de 1960”.

Como evento fundamental,

O "Congresso da Virada", realizado de 23 a 28/09/1979, promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), conhecido hoje como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em São Paulo, mostrou-se um marco na história do Serviço Social, principalmente no que diz respeito a postura profissional e a busca por um projeto ético -político condizente com as aspirações dos assistentes sociais (FERRAREZ; BARCELLOS, 2016, p.118).

Após esse Congresso, foi estabelecido um amplo processo de mudança dentro da profissão, vale destacar: a) o maior vínculo com a classe trabalhadora; b) secularização e expansão da profissão; c) inserção acadêmica e científica da profissão; d) maior militância política contra a ditadura; e) a criação de uma proposta metodológica no campo de trabalho; f) amplo desenvolvimento organizacional de entidades como conselhos regionais e conselho federal; e, g) mudanças no perfil profissional (GUERRA, 2009).

É no meio desse debate que o Serviço Social nos últimos 30 anos, passa a definir uma concepção mais crítica acerca da realidade social e de sua inserção no mundo do trabalho.

Durante o período ditatorial, a profissão buscou um entendimento crítico e uma conexão com a classe trabalhadora, com base na percepção do exercício profissional além da mera razão instrumental, ou seja, a busca de uma, aduz Barroco (2001, p. 108): “transformação na intencionalidade dos profissionais que se identificaram como agentes de mudança”. Nesse sentido,

A conformação dessa ordem societária cria, assim, um novo espaço sócio-ocupacional para o assistente social (e para um conjunto de outras profissões) na divisão social e técnica do trabalho, constituindo objetivamente as condições através das quais a profissão será demandada e legitimada para a execução de um amplo leque de atribuições profissionais, notadamente no âmbito das diferentes políticas sociais setoriais. Contudo, é esse mesmo processo de profissionalização do assistente social e institucionalização da profissão na divisão social e técnica do trabalho que circunscreve as condições concretas para que o trabalho do assistente social *ingresse no processo de mercantilização e no universo do valor e da valorização do capital*, móvel principal da sociedade capitalista (RAICHELIS, 2011, p. 03).

Portanto, cabe ao profissional da área adquirir e desenvolver competências teórico-práticas, aliadas à coleta de conhecimentos produzidos pela profissão e às instâncias representativas da categoria profissional.

3.2 A inserção do assistente social na Política de Saúde Mental

Uma política explícita de saúde mental é uma ferramenta essencial para a seção de saúde mental em qualquer Ministério da Saúde. Quando formulada e implementada adequadamente por meio de planos e programas, uma política pode ter um impacto significativo na saúde mental da população em questão. Os resultados descritos na literatura incluem melhorias na organização e qualidade da prestação de serviços, acessibilidade, atendimento comunitário, envolvimento de pessoas com transtornos mentais e seus cuidadores e em vários indicadores de saúde mental.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013, p. 21).

Apesar do amplo reconhecimento da importância das políticas nacionais de saúde mental, os dados coletados pela OMS revelam que 40,5% dos países não têm política de saúde mental e 30,3% não têm programa (OMS, 2001).

O Serviço Social, do modo como afirmou Bisneto (2007), chegou a atuar efetivamente em Saúde Mental na década de 1960, embora os estudiosos apontem que essa relação surgiu em meados de 1946. As primeiras instituições a contar com Assistentes Sociais foram os Centros de Orientação Infantil e Centros de Assistência à Criança.

A origem da relação entre Serviço Social e Saúde Mental, segundo Vasconcelos (2002), pode ser analisada a partir da presença de disciplinas já nas primeiras escolas de Serviço Social com temáticas higienistas, o autor aponta que a

profissão de Serviço Social foi instituída não apenas por influência da Igreja Católica, mas também a partir de temáticas higienistas. Ademais, para Vasconcelos (2002, p. 185): “[...] a constituição do Serviço Social como profissão no Brasil é marcada pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental [...]”.

A inserção dos Assistentes Sociais na política de saúde mental só se efetivou, de fato, em meados da década de 1970, quando o Instituto Nacional de Seguridade Social (INPS) passou a estabelecer a presença do Assistente Social nas equipes multiprofissionais destas instituições (BISNETO, 2007, p. 23 e 24). A Secretaria de Assistência Médica do INPS juntamente com a Comissão Permanente Para Assuntos Psiquiátricos (CPAP-GMB) passou a estudar, em âmbito nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátria (PAULIN; TURATO, 2004, p. 250). Embora, na prática, a inserção do assistente social em instituições psiquiátricas tinha um objetivo, que não estava centrado no problema de saúde mental, mas no desempenho de problemas relacionados à pobreza.

Nesse período, o regime militar estava ocorrendo e a justificativa era que a presença do Assistente Social deveria ser para controlar e manter esse estado ditatorial, como observa Bisneto (2007, p. 25): “o Serviço Social era exigido pelo Estado ditatorial como o terminal executor de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda para que as elites atendam aos 'necessitados'”.

Foram tomadas diversas iniciativas no âmbito assistencial ao longo dos anos para a melhoria da categoria profissional, dentre as quais se destaca a criação de novas metodologias de trabalhos nos CAPS. Vislumbrou-se a necessidade da inovação, do ponto de vista das obrigações dos assistentes sociais que lida com pacientes com distúrbios mentais.

Neste contexto,

com o surgimento destas novas instituições, novas propostas são desenvolvidas para um melhor tratamento das pessoas com transtornos mentais, entre essas propostas apresenta-se o trabalho multiprofissional nas instituições. O objetivo do trabalho multiprofissional nestas instituições é possibilitar um atendimento integrado aos usuários da política de saúde mental. Entre esses

profissionais, podemos destacar os Assistentes Sociais (PAES, 2017, p. 6).

Várias atividades são desenvolvidas pelos profissionais do CAPS. Entre as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais no CAPS estão demandas incluindo a vida da pessoa com transtorno mental, além do gerenciamento de outras possibilidades de reinventar a vida, produzindo saúde, apesar das limitações que o transtorno mental em geral impõe.

O assistente social tem um papel importante na reabilitação dos pacientes, sendo que algumas dessas atividades podem ser desenvolvidas fora do CAPS, como parte estratégica da reabilitação psicossocial. O quadro 1 apresenta algumas atividades desenvolvidas pelo profissional de serviço social e outros profissionais envolvidos no CAPS.

Quadro 1 – Principais atividades desenvolvidas no CAPS

Atividades desenvolvidas nos CAPS	
Atendimento individual	Psicoterapia, orientação assistencial.
Atendimento em grupo	Oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal.
Atendimento para a família	Atendimento nuclear ⁴ e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares.
Atividades comunitárias	Atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários.

⁴ Ao longo dos anos, conforme as modificações sociais, surgiram novos modelos familiares, além da família nuclear, sendo vislumbradas múltiplas estruturas familiares sobre as quais o assistente social também deve lançar um olhar atento à luz de uma concepção ampliada de família.

<p>Assembleias ou reuniões de organização do serviço</p>	<p>A Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.</p>
---	--

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

A equipe técnica nos CAPS é de suma importância. A figura do assistente social nesse cenário tem um destaque bastante relevante. A regulamentação para implementação da equipe técnica multidisciplinar nos CAPS foi instituída pela Portaria de nº 336, de 2002. Essa portaria permite a composição de uma equipe multidisciplinar, sendo desde técnicos de nível superior e de nível médio, além de outros profissionais com atividades diversas.

Um outro elemento de grande destaque e fundamental importância na construção dos serviços substitutivos de saúde mental diz respeito à equipe técnica. Sobre a equipe que trabalha nos CAPS (regulamentada através da Portaria nº 336, de 19/2/2002), ela é composta por profissionais que possuem diversas formações (diferentes técnicos de nível superior e de nível médio) e é caracterizada como 'equipe multiprofissional'.

3.3 Demandas sociais e a atuação do assistente social nos CAPS no apoio as crianças e adolescentes com Transtorno Do Espectro Autista (TEA)

Atualmente, o assistente social exerce um papel primordial no âmbito da política de saúde mental, atuando na gerência e/ou compondo as equipes de serviços de saúde mental, como o CAPS. Nesse sentido,

[...] os Assistentes Sociais nessas instituições desenvolvem diversas ações desafiantes frente à proposta direcionada pela Reforma Psiquiátrica no tratamento e acompanhamento para 'resgatar' a cidadania, a inserção social, a autonomia e sua total reabilitação [...] (SILVA, 2012, p. 92).

A atuação dos assistentes sociais nos diferentes espaços se apresenta em consonância com os dispositivos legais, tais como: a Constituição Federal de 1988, o SUAS – Sistema Único de Assistência Social, SUS – Sistema Único da Saúde, ECA – Estatuto da criança e do Adolescente, a Lei 10.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012), além de inúmeras outras diretrizes legais que diferenciam-se de acordo com área de atendimento e população atendida.

O objetivo do serviço social não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, e sim, o comprometimento com a qualidade de vida diária do indivíduo em sofrimento psíquico. Nesse sentido, Pereira (2011, p. 70) elenca que “a adoção dessa direção social no âmbito da saúde mental impõe a necessidade premente de renovação da prática dos profissionais de saúde mental, entre eles o assistente social”.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços conveniados ao Serviço Único de Saúde (SUS), fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A criação do CAPS possibilitou uma maior aproximação dos pacientes da saúde mental com a sociedade, quando comparado aos hospitais psiquiátricos, como afirmam os autores Amarante e Torre (2001, p. 29), ao estabelecerem que o CAPS é uma “[...] rede assistencial externa intermediária, não-cronificante e não-burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade, quando é ressaltada a cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos”.

O CAPS dispõe de equipe multidisciplinar em ações interdisciplinares, oferecendo: atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, atividades lúdicas, desportivas, tratamento medicamentoso, atendimento familiar, entre outras estratégias para garantir a construção de um lugar social aos seus usuários e estimular seu protagonismo frente à vida (RIBEIRO, 2013).

O quadro 2 mostra as diferentes categorias de CAPS, os quais se distinguem quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades social e terapêuticas, e à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes com TEA, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Quadro 2-Modalidades dos CAPS e assistencialismos desempenhados.

TIPO DE CAPS	FUNÇÃO DESEMPENHADA
CAPS I e CAPS II	São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes
CAPS III	CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes
CAPSi	CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais
CAPSad	CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

Fonte: Ministério da Saúde (2004).

Ratifica-se o privilégio de uma categoria profissional que atua, aduz lamamoto (2004, p. 11): "transversalmente em múltiplas expressões da questão social, em defesa dos direitos sociais e humanos e das políticas públicas que materializam". Essa situação, segundo Simionatto (2005), não envolve apenas o aumento da produção de conhecimento sobre o tema, mas uma qualificação crescente em termos de rigor teórico-metodológico e um aprofundamento considerável da discussão dos processos sociais contemporâneos.

Em relação à intervenção profissional, percebe-se que a inclusão da política social no debate sobre a profissão permitiria localizar de maneira mais concreta seus objetivos na sociedade capitalista. No que diz respeito à intervenção, isso pode se sobrepor à questão de "por que fazer" algo sobre a de "como fazer" alguma coisa. As propostas decorrentes disso constituem, menciona Mito (2009, p. 214), "as bases de um projeto profissional para assistentes sociais brasileiros, coletivamente construído e conhecido como Projeto Ético-Político Profissional".

As funções exercidas por assistentes sociais revelam uma preocupação com a integração às políticas de saúde mental para indivíduos com TEA. Não houve discussão sobre a relação disso com as políticas sociais, que também não foram analisadas pelo serviço social ou por outros campos do conhecimento. Questões mais sérias, com explicações teóricas mais complexas, não faziam parte da atividade profissional comum (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

O assistente social busca sua consolidação como profissão em um campo que supostamente é considerado um direito, o qual empreende ações voltadas à organização da demanda por serviços e benefícios oferecidos pelo aparato institucional público e privado.

O assistente social trabalha com a concepção de totalidade de três dimensões, como: teórico metodológica, ético-política, técnico-operativa (MIOTO; LIMA, 2009). Para Oliveira (2009, p. 09): “esses são elementos que contribuem para a efetividade da ação profissional, as instituições de modo geral, mas principalmente na área da saúde mental no sentido de trabalhar com o usuário, dando-os condições de convívio no meio social”.

Na atuação profissional do serviço social com o usuário, busca-se utilizar instrumentos tais como: entrevista, visita domiciliar, observação, escuta sensível, olhar crítico sensível, estudo social e diagnóstico social. O assistente social ou outro profissional, que deseja uma melhor ‘desenvoltura’ em seus afazeres profissionais, ou seja, em sua metodologia de trabalho técnico-operativo com o usuário, possui um olhar ‘crítico’, com um propósito de objetivo em ‘colher informações’, vincando com a Observação (FRAGA, 2010).

3.4 O trabalho interdisciplinar e os desafios da atuação do assistente social junto as demandas dos direitos das pessoas com TEA

A sociedade dividida em classes, oculta os mecanismos produtores da exclusão, desigualdade e alienação sob o véu da “igualdade entre os cidadãos” formalizada e legalizada socialmente. Nesse sentido, a produção e socialização do conhecimento é realizada no contexto de uma relação de classes, onde se deve considerar a consciência social, as ideias e representações dos homens, marcadas pela existência da dominação, alienação e exclusão inerentes ao modo de produção capitalista (FRIGOTO, 2008).

[...] o conhecimento não tem como ser produzido de forma neutra tendo em vista que as relações que ele tenta apreender não são neutras. É justamente neste âmbito que percebemos que a interdisciplinaridade na produção do conhecimento nos é uma necessidade imperativa, mas nos é também um problema que está plotado na materialidade das relações capitalistas de produção da

existência. Sem penetrarmos na aridez desta materialidade a questão do debate da interdisciplinaridade fica num limbo sem pecado e sem prazer - limbo da discussão lógico-formal, discursiva (FRIGOTTO, 2008, p. 41-62).

Deste modo, corrobora Yamanoe (2010, p. 03) “[...] é possível afirmar que o trabalho se constitui como categoria central para a compreensão de todas as práticas sociais, inclusive a educação”. Ademais,

Não se pode falar em desenvolvimento científico sem mencionar a interferência do mercado de trabalho nesse processo. Além da ciência ser patrocinada pelas indústrias, as empresas demandam certos perfis profissionais que serão formados pelas universidades, o que revela uma inter-relação entre o conhecimento e o modo de produção capitalista. O Serviço Social surge neste contexto, como uma profissão indissociável do modo capitalista de produção e o conseqüente conjunto de expressões da desigualdade social geradas por esse, denominadas por Questão Social (GOMES, 2016, p. 02).

Muito se discute, na área do serviço social, sobre a precarização do emprego como uma das facetas da questão social, e a polivalência ou flexibilização do trabalho, como uma das conseqüências dessa precarização. Contudo, é do conhecimento dos profissionais do serviço social que para intervir em uma realidade, antes de tudo, é necessário conhecê-la.

Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar contribui para o atendimento às questões dos usuários, proporcionando suporte e segurança na intervenção profissional. A interdisciplinaridade diz respeito à estrutura, relações profissionais horizontais, trabalho em conjunto e enriquecimento mútuo.

A interdisciplinaridade é entendida como uma parte inerente do trabalho em saúde mental. Conceituada como a interação entre várias disciplinas e necessária para superar intervenções fragmentadas. A interdisciplinaridade no CAPS é vista como necessária, pois além de proporcionar interação da equipe na compreensão da demanda por serviço, fornece segurança e apoio entre os profissionais para a realização de intervenções. É importante reafirmar que essa interação entre conhecimento significa que uma profissão pode assumir as especificidades de

outras profissões. Por isso, um dos desafios colocados ao trabalho interdisciplinar é a clareza de cada profissional em relação aos problemas que afetam seu desempenho.

Diante das divergências, estratégias de aproximação foram adotadas, pelo menos pelo Ministério da Saúde (MS), na tentativa de avançar na criação de um diálogo entre saúde mental e reabilitação. Em 26 de março de 2008, foi criado o “Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS”, convocado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Autismo (ABRA), Coordenação Nacional de a Integração de Pessoas com Deficiência (CORDE / SEDH), Federação Nacional da APAES e Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Criança e do Adolescente (ABENEPI). Entre seus objetivos, procurou “[...] conhecer a situação atual do atendimento às pessoas com autismo na rede SUS e propor medidas para ampliar o acesso e a qualificação do atendimento nessa mesma rede” (BRASIL, 2008, p. 3).

O profissional precisa articular, não apenas a categoria profissional, mas também a equipe multiprofissional, expandindo uma visão crítica do processo de trabalho em saúde mental, realidade social, a relação entre o desenvolvimento do capitalismo e a crescente existência de transtornos mentais e uso de psicoativos. substâncias. Portanto, é necessário apreender o sujeito em sua totalidade, considerando sua relação com o ambiente em que está inserido.

A Lei 8.662, de 1993, afirma que compete aos assistentes sociais, dentre outras ações, orientar indivíduos e grupos de diferentes camadas sociais, identificando e fazendo uso de recursos; defender seus direitos e trabalhar no planejamento, organização e administração dos benefícios e serviços sociais. Nesse sentido, mesmo se o usuário com autismo não tiver autonomia devido às especificidades de seu quadro clínico, os profissionais devem intervir, de modo que eles caminhem em busca de conquistá-la, através da socialização de informações, da inserção deles em programas e serviços e da publicização de seus direitos (BRASIL, 1993).

Este profissional que se apresenta dotado de capacidade crítica e reflexiva da realidade tem como objetivo realizar o seu trabalho de maneira a analisar

o contexto do seu usuário (o paciente da instituição de saúde mental), buscando para isso, conhecer a relação deste usuário com a sociedade que o cerca, como família e a comunidade em que está inserido sobre a perspectiva de identificar e intervir em situações que se configuram como demandas de sua prática profissional, com o objetivo de lutar para a garantia e construção dos direitos dos seus usuários (PAES, 2017, p.10).

A política de saúde mental apresenta novas possibilidades para os assistentes sociais, os quais devem adotar práticas investigativas que problematizem o real, pois apenas uma alternativa de intervenção profissional crítica e competente emerge de uma análise crítica realidade, ou seja, a partir de uma investigação concreta realizada situações concretas (ABADE, 2001). Sem prejuízo dos avanços significativos, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados pelos assistentes sociais, especialmente por existir escassa produção científica sobre a atuação com indivíduos com TEA.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo discutir a atuação do assistente social sob a ótica da política da saúde mental voltada às pessoas com TEA. Neste contexto, buscou-se retratar os desafios dos assistentes sociais na melhoria à inclusão social de pessoas com TEA. Assim, percebeu-se que o progresso em direção ao direito à inclusão social integral é um princípio fundamental para garantir o direito à dignidade e à participação de todos, independentemente de qualquer exceção, a fim de promover a igualdade e o acesso a todos os cidadãos.

Com base na verificação realizada nesta pesquisa, pode-se constatar que é necessário incluir pessoas com necessidades especiais na política de assistência social, garantindo atenção e suprimento adequados a cada deficiência específica, cobrindo toda a diversidade de indivíduos e suas excepcionalidades por meio da provisão de recursos, serviços e assistência técnica especializados para atender aos indivíduos com TEA.

Portanto, propõe-se um projeto para melhorar e viabilizar a expansão da atenção psicossocial, bem como a ampliação para profissionais da assistência social, garantindo maior acessibilidade e qualidade ao programa de atenção básica de saúde mental e convívio social. Ressalta-se que é responsabilidade do Governo viabilizar a inclusão social por meio das instituições de saúde com foco no bem estar social, através da implementação do que está previsto nas políticas nacionais de saúde mental, garantindo os direitos civis básicos a todos os cidadãos.

Entende-se que o serviço social tem como objeto de trabalho a “questão social” e suas expressões, pois são as demandas colocadas por seus usuários que impõem a necessidade de intervenção ao assistente social, buscando necessariamente reforçar os direitos desses sujeitos. Assim, os assistentes sociais enfrentam o grande desafio de atuar sobre a questão social e suas expressões, buscando projetar e forjar formas de resistência e defesa da vida.

Por fim, o serviço social atua para a inserção de pessoas com transtornos mentais na sociedade, mas seu desempenho requer inúmeros fatores e a viabilidade do Estado. Apesar dos avanços significativos nas políticas de saúde mental, o SUS ainda precisa romper muitos obstáculos, tais como, crise financeira e restrição

orçamentária, operando-se uma efetiva inversão do gasto em saúde mental, com priorização dos serviços comunitários em detrimento dos hospitais psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

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

AMORIM, K. L. S.; LÚCIO, C. V. A importância da atuação dos assistentes sociais para a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes com autismo. In: **4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte. p.1-14, 2016. Disponível em: <<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/e7/e7614408-cab0-4632-ac6c-8fa8ca174af9.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. (1995). **Conceito e classificação das síndromes autísticas**. In: J. S.

Schwartzman, & F. B. Assumpção Junior (Orgs.), **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon.

_____. ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100. ANPED SUL 2010. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_e_Trabalho/Trabalho/02_05_35_A_RELACAO_TRABALHO_E_EDUCACAO_NA_SOCIEDADE_CAPIT>. Acesso em: 10 set. 2018.

BARROCO, M. L. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2001.

BARROS, S.; BICHAFF, R. **Desafios para a desinstitucionalização**: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2008.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básicas**: saúde mental. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020;

BRASIL. **Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,Art.>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção integral as pessoas com transtorno do espectro do autismo e sus famílias no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3.588 de dezembro de 2017.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bus/saudelegis/gem/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 04 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial.** In: **Relatório de gestão 2011-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 7 nov. de 2019.

BRASIL, Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção integral às crianças e jovens com autismo no SUS:** construção de uma rede pública ampliada que garanta acesso e qualidade. Documento apresentado à primeira reunião do Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS, realizada em 26/03/08. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES/Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2008.

BRASIL. **Decreto de 8.805 de 7 de julho de 2016.** Brasília: Presidência da República do Brasil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

BRASIL. **Lei 8.662/93, de 07 de junho de 1993.** Código de ética do/a assistente social. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011. Disponível em: http://www.cresses.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=78. Acessado em: 9 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2012.

CASTELO, R. A **“questão social” nas obras de Marx e Engels**. Rio de Janeiro: Praia Vermelha, 2010.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Brasília: CFESS, 2011.

DAMASCENO, M. A. et al. **Trabalho do assistente social e a saúde da pessoa com Transtorno do Espectro Autista**: contribuições do Serviço Social na garantia do direito na utilização serviços públicos de saúde. ETIC-Encontro de Iniciação Científica. v. 13, n. 13, 2017. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/6104>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. *La salud mental participativa: nuevos actores, nuevos sujetos de derecho (Prólogo)*. In: Amarante P, organizador. **Salud mental y atención psicosocial**. Madrid: Editora Fiocruz, Grupo 5; 2015.p. 11-18.

FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 209-223.

FERRAREZ, C. S; BARCELLOS, W. S. **Serviço social e contemporâneo e as lutas sociais**: análise dos limites e objetivações do projeto ético-político. Brasília, 2016.

FIEIRA, J. T; GAGIOTTO, G. M. A trajetória histórica dos estudos sobre autismo na criança: contribuições da psiquiatria e da psicanálise. In: **Educação do século XXI – especial inclusiva**. Belo Horizonte: Poisson, 2019.

FOCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da loucura**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FORTI, V. **Ética, crime e loucura**: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2013.

FORTI, Valéria; COELHO, Marilene. **Projeto ético-político do serviço social**: contribuições para sua crítica. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2015.

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. *In: Revista Serviço Social & Sociedade*, v. 101, p. 40-64, 2010.

FRIGOTTO, Gaudêncio; A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. *In: Revista Unioeste*, vol. 10, n. 01, 2008, p. 41-62. Disponível em: <<http://erevista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4143/3188>>. Acesso em: 28 out. de 2019.

GUERRA, Y. A “Virada” do Serviço Social. *In: Revista Inscrita*, Brasília, ano 8, n.12, 2009.

GOMES, Nilvania Alves. **Serviço social e interdisciplinaridade: confluências e desafios**. Disponível em: <<https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/b0/b05174b2-f299-4679-8d9a-70cd43580ed.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2019.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *In: Revista Latino-americana de Enfermagem* 2001 março; 9(2): 48-55.

GRADELHA JUNIOR, O. **Políticas públicas em saúde mental, familiares e usuários como atores principais**. Disponível em: <<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/295>>. Acesso: 5 nov. de 2019.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática dos conflitos sociais**. Tradução Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *In: CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do (a) assistente social*. Brasília: CFESS, 2002, p. 13-50.

_____; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2a. Ed. São Paulo: Cortez, 1983.

JUNQUEIRA, H. I. Quase duas décadas de reconhecimento do Serviço Social: uma abordagem crítica. *In: Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, ano II, n. 4, p. 1-38, 1980.

KANNER, Leo. *Autistic Disturbances of Affective Contact*. *In: Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child*. 2 (1943): 217–50.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *In: Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n.1, p.3-11, 2006.

_____. KLIN, Ami; MERCADANTE, Marcos T. Autismo e transtornos invasivos do

desenvolvimento. *In: Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006; 28(Supl. I):S1-2.

LAMENHA, Karoline do Carmo Ramos. **Saúde mental e desinstitucionalização**: um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió-AL, 2013.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MERCADANTE, Marcos Tomanik; ROSÁRIO, Maria Conceição do. **Autismo e Cérebro Social**. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *In: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas* (Ed. port.), v.4, n.2, Ribeirão Preto, ago. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009#not1b>. Acesso em: 30 de jan. de 2020.

MIOTO, R.C.T; LIMA, T.C.S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. *In: Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, 2009.

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política social e trabalho social: os desafios da intervenção profissional. *In: Revista katálisis*, vol.16, Florianópolis 2013.

OLIVEIRA, N. H. D. **Recomeçar**: família, filhos e desafios. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, W. F. de; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. de. **Entendendo o processo da reforma psiquiátrica**: a construção da rede de atenção à saúde mental. Florianópolis: Abrasme, UFSC, 2009.

OMS. Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde. **Saúde mental**: nova compreensão, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *In: História, Ciências, Saúde* — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago., 2004.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 2002.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/03.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

RIBEIRO, M. C. Ribeiro, M. (2014). Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. *In: Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 24(3), 174-182.

RODRIGUES, Cleide; MOTA, Mirella. **Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional**. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17011/17535> Acesso em: 10 de nov. de 2019.

SILUK, Ana Cláudia Pavão (org.). **Atendimento Educacional Especializado: contribuições para a prática pedagógica**. Santa Maria, UFSM, 2012.

SILVA, Alexandre José. **Direito, Cidadania e Pessoas com Deficiência**. São Leopoldo: Oikos, 2012.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0252.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2019.

SIMIONATTO, I. Os desafios na pesquisa e na produção do conhecimento no Serviço Social. *In: Temporalis*, Recife, ano 5, p. 51-62, jan./ jun., 2005.

STELZER, F. G. Uma pequena história do autismo. *In: Caderno Pandorga de Autismo*, vol. 1, junho 2010.

TRINDADE, R. L. P, et al. **Avaliação da organização da rede de atenção em saúde mental**. Relatório Final. Maceió: FAPEAL, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002

VELOSO, L. U. P.; CARLOS, K. P. T. A nova política de saúde mental no Estado do Piauí: mudanças e perspectivas. *In: ROSA, L. C. dos S.; GUIMARÃES, L. D. A.; CARVALHO, M. E. B. de (Org.). Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí*. Teresina: Ed. da UFPI, 2009, p. 98-111.

OLIVEIRA, Carolina Assis Vieira; MARTINS, Frederico Cordeiro; VIEIRA, Maria Augusta Assis. **Perspectivas e desafios para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade**, v. 9, n. 6., 2018.

YAMANOE, M. C. P. **A Relação Trabalho e Educação na Sociedade Capitalista: alguns apontamentos sobre Educação Profissional**. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/19269471-A-relacao-trabalho-e-educacao-na-sociedade-ca>>

pitalista-alguns-apontamentos-sobre-educacao-profissional.html>. Acesso em: 10 nov. 2019.