



**IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
V SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
IV CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Fundamentos do Serviço Social

**O olhar contributivo ao Serviço Social sobre a história da
saúde mental: uma revisão não sistemática de literatura**

Bia Cruz Freitas¹
Laine Motter Oliveira²

Resumo: Esse trabalho tem como tema a história da saúde mental, visando contribuir com a formação e/ou processo de trabalho de profissionais do serviço social em saúde mental. Objetiva-se abordar epistemologicamente a saúde mental, de modo a orientar práticas profissionais em seu cotidiano para possibilitar melhor percepção do tema abordado e nortear ações na lógica antimanicomial, a partir de uma revisão não sistemática de literatura. Como resultado, aponta-se que práticas de isolamento social não se mostram eficientes, tão pouco representam cuidado respeitoso, deste modo, o maior desafio ao serviço social e aos profissionais de saúde é o rompimento com lógicas manicomiais.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; reforma psiquiátrica; serviços substitutos.

Abstract: This work has as its theme the history of mental health, aiming to contribute to the training and/or work process of social service professionals in mental health. The objective is to epistemologically approach mental health, in order to guide professional practices in their daily lives to enable better perception of the theme addressed and to guide actions in the anti-miscomial logic, based on a non-systematic literature review. As a result, it is pointed out that social isolation practices are not efficient, so little represent respectful care, thus, the greatest challenge to social services and health professionals is the break with manicomial logics.

Keywords: Social Work; Mental Health; psychiatric reform; substitute services.

¹ Assistente Social da Equipe Multiprofissional do Distrito Centro de Florianópolis, Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: cruzbia@gmail.com.

² Estudante de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, bolsista PIBIC/CNPq e estagiária da Equipe Multiprofissional do Distrito Sanitário Centro de Florianópolis. E-mail: motterlaine@gmail.com.



1 INTRODUÇÃO

Este trabalho possui como escopo apresentar possibilidades de contribuições ao serviço social, por meio de meu olhar acerca da saúde mental, discorrer sobre a história dessa área transversal de conhecimento e brevemente apresentar inquietações sobre o serviço social na saúde em uma perspectiva de integralidade (e não clínica). Abordar um tema dito transversal representa adentrar em um tema comum aos profissionais de saúde, porém percebe-se que tornar a saúde mental um tema pertinente a todas as complexidades e profissionais, limita sua responsabilidade (“é de todos, mas não é de ninguém”).

Discutem-se modelos substitutivos ao manicomial, mas será que a rede de saúde em que atuamos, possui uma visão epistemológica do cuidado ou uma visão prática do cuidado? De fato o enclausuramento do manicômio não curava, apenas retirava dos espaços de circulação pessoas que não se enquadravam em um padrão moralmente aceito esteja este ligado à loucura ou não (FOUCAULT, 2003 *apud* VIEIRA, 2017). Faz-se necessário compreender este processo para não reproduzi-lo.

Em referência ao discurso psiquiátrico em obra de referência aos alienistas e psiquiatras do século XIX e parte do Século XX (tratado de Pinel) que se propõe delimitar os estereótipos do louco (AMARANTE, 1998; PESSOTTI, 1996; ACKERKNECHT, 1962 *apud* CAPONI, 2012) baseado em características apontadas por Foucault (2003, *apud* CAPONI 2012) 50 anos mais tardes, discute-se uma classificação de doenças mentais que supera a partição binária do louco/não louco, bem como as instituições totais (asilares), dando início a práticas interrogatórias psiquiátricas (inicialmente disciplinares) para evidenciar o escondido no interior do corpo, hábitos, ações, antecedentes familiares (substrato material patológico) e história de vida, ou seja, o reconhecimento do sujeito para atribuição de sua loucura.

Os desafios de se discutir saúde mental no serviço social iniciam ainda na graduação, que possibilita pouca imersão a temas transversais da saúde e menos ainda às experiências territoriais, multidisciplinares e interdisciplinares aos quais se pressupõem a atuação profissional em redes de atenção seja esta psicossocial ou mesmo socioassistenciais. Ao discutir as redes de cuidado dispomos muitas vezes de inconsistências de acordo com a política municipal adotada. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – componentes, pontos de atenção e ações desenvolvidas foram instituídas pela portaria n. 3088/2011, modificada pela Portaria n. 3588/2017 e Portaria n.2436/2017 - não vem sendo efetivada conforme seu desenho, o que implica em barreiras no rompimento de práticas manicomiais uma vez que dispomos de poucos serviços substitutivos a essa lógica e/ou os que os substituem, reforçam sua lógica por meio de



condutas impositivas ou ausentes de autonomias aos sujeitos de direito envolvidos (ZEFERINO, et al., 2015).

O trabalho foi produzido com base em quatro produções principais sobre o tema proposto, o primeiro trata de “reflexões sobre a história da loucura de Michael Foucault” (VIEIRA, 2007), o Segundo trata da “Reforma Psiquiátrica: Construção de outro lugar para a loucura?” (ACIOLY, 2009), o terceiro de Amarante e Nunes (2018) “A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios” e o “Curso de Crise e Urgência em Saúde Mental: Fundamentos da Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental” (ZEFERINO et al., 2015).

Dentre os principais desafios, observou-se a densidade da leitura de Foucault, as barreiras curriculares voltadas para profissionais de serviço social no Brasil em relação à história da saúde mental, as limitações o desenho municipal da RAPS, por meio de ausência de equipamentos que permitam a substituição aqueles de lógica manicomial ou mesmo práticas cotidianas de espaços híbridos de saúde e assistência que reforçam essa lógica.

2 DESENVOLVIMENTO

O serviço social, em seus 81 anos de profissão, teve a saúde como maior área de atuação e vem construindo historicamente uma profissão voltada para defesa de direitos sociais, tendo seu projeto ético-político voltado à perspectiva da emancipação humana, defesa da classe trabalhadora e a busca de uma sociedade equalitária (CFESS, 2016).

O Assistente Social, passou a ser absorvido no quadro de trabalhadores em saúde em 1940, sobretudo na alta complexidade. Na década de 70 momento de início de mobilizações e efervescência de movimentos sociais, passa por um importante processo de renovação que instiga a reconstrução da profissão marcada por uma história de benevolência, seguida de conservadorismo e especialidades (NETTO, 2011 apud MORAES, 2017, p.45-46). No período de 1980, marca o início da maturidade profissional, sinalizada pela “intenção de ruptura” na academia (marcada por ascensão teórica) a entidades representativas com práticas conservadoras. Porém na saúde, os avanços conquistados pela profissão são insatisfatórios, pois o serviço social chega à década de 90 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional, desarticulado ao movimento da reforma sanitária e psiquiátrica com insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996 apud CFESS, 2010, p. 25). Foi na década de 1990 que o serviço social atingiu sua maioridade intelectual.



Se tratando de pesquisas que associem o serviço social à saúde mental, observou-se baixa produção e/ou publicações de profissionais no Brasil, principalmente vinculados ao processo de trabalho.

Na história do Serviço Social, estão enraizadas práticas terapêuticas, contempladas pela ação profissional internacional (FALEIROS, 2009). Deste modo, os artigos e referências internacionais contemplam o serviço social clínico, defendem a especialização biológica à profissão e dialogam sobre saúde mental, sobretudo quanto ao uso e abuso de álcool e drogas.

A compreensão e entendimento da história da saúde mental podem orientar e auxiliar na melhoria de estratégia para o enfrentamento do modelo manicomial com visível lógica de enclausuramento e tratamento punitivo (Foucault, 1978 apud Vieira, 2007). A história serve para diferenciar o passado do presente, produzindo meios para mudar o que nos é apresentado na atualidade como prática de cuidado, deste modo, no contexto didático-pedagógico, podem ser usadas no processo ensino aprendizagem, visando qualificar a ação profissional.

1.1 A prisão medieval: caridade ao louco sagrado

Os estudos acerca da loucura se consolidam desde a filosofia grega e vem se perpetuando até os dias atuais. A sociedade medieval, caracterizada pela religiosidade (sagrada benevolência e caridade) e moral dos séculos XV e XVI isolava os leprosos e com o esvaziamento destes (o que não representa sua cura), os loucos, assumem seu isolamento social (evitando sua circulação na cidade), portanto, a loucura teve seu cuidado pautado em prisão medieval com intervenções caracterizadas por dominação, violência e exclusão; o isolamento e a loucura eram naturalizados. (VIEIRA, 2007)

A “nau dos loucos” (barcos) transportavam diversos tipos sociais – e suas significações sociais, políticas, religiosas, econômicas e morais - expulsos para territórios distantes, para que estes não colocassem a cidade em risco, uma inquietude em relação à loucura no final da idade média (VIEIRA, 2007). O Século XVI é um momento de compreender a experiência da loucura no classicismo, privilegiando à Foucault (1994, *apud* VIEIRA, 2007) uma reflexão crítica sobre a loucura.

1.2 O internato: a exclusão do louco miserável que perturba a ordem



A partir da segunda metade do século XVII ocorre a ligação entre loucura e o internamento; marco da vergonha e do escândalo dessas práticas que no século XIX, aparece com a ideia de “libertação” aos loucos, o exemplo de Pinel. Ressalta-se que estes internamentos a partir do século XVII, não se configuram como estabelecimentos de saúde e sim semi-jurídicos que decidem, julgam, executam e protegem que está do lado de fora do manicômio (VIEIRA, 2007).

A exclusão da miséria, do louco que perturbava a ordem, eram moralmente condenados no mundo do trabalho no Século XVII, sendo o enclausuramento a resposta ao desemprego dos ociosos e/ou desajustados. Deste modo, a miséria é encarada como culpabilidade em um contexto em que o Estado substitui a igreja, o que era santo e místico passa a ser moral e condenador. (VIEIRA, 2007).

Em lugar à benevolência, ocorre um viés semi-jurídico de condenar a loucura e proteger a sociedade dos que a colocam em risco. Os espaços de internato são de exclusão à periculosidade, em favor do trabalho, contra ociosidade e não tem preocupação com cura, ou seja, se arranca a liberdade imaginária e recluso pelo internamento em razão de regras da moral.

Foucault, portanto, problematiza a ideia de confusão que é atribuída à percepção clássica da loucura e a noção de ciência positiva do final do século XVIII liberta o louco desse confinamento que interna, no mesmo local, o enfermo, o libertino, a prostituta, o imbecil e o insano, sem indicar nenhuma diferença entre eles. Se ao final do século XVIII e principalmente a partir do século XIX essa confusão entre criminosos e loucos provocará espantos, temos que perceber que a era clássica tratava-os de forma uniforme. (VIEIRA, 2007, p. 11).

Até meados do século XX, a sociedade se relacionou com desvios e descontroles, enquadrados na expressão loucura, remetendo como solução o internamento e o tratamento médico, duas críticas tratadas no livro *A História da Loucura na Idade Clássica* de Foucault, 1997 (*apud* Vieira, 2007).

1.3 Psiquiatria dialógica: o casamento da institucionalização com o “tratamento”

Com a transição para o século XVIII, os loucos permanecem no internato, porém pobres e desempregados excluídos, se tornam parte do sistema de trabalho (mão de obra barata) que reabsorve “os ociosos”.

Inicia-se o diálogo entre médico e doente, estudos de cura, o nascimento da psiquiatria da observação, distinguindo o que é físico, o que é psicológico e o que é moral. Neste momento Foucault (1997 *apud* VIEIRA, 2007) afirma que nasce a psicologia, não por revelar a verdade da loucura, mas por dissociar loucura e o desatino, sendo a loucura isolada de sua verdade que era o desatino.



Associa-se a isso, após a metade do século XVIII, um sentimento de medo ao internamento, pois estas refletem o mal das expressões da química em que o louco é silenciado. O médico tem o papel de proteger os que estão fora deste espaço, uma relação de medo (VIEIRA, 2007). Tal lógica ainda se encontra em reprodução em alguns espaços na atualidade.

Somente no século XIX, ocorre a ideia de libertação dos loucos e a união entre conceitos da teoria médica e o espaço de internamento – psiquiatria positiva, transformando lentamente a consciência da loucura. Isso não resultou no refugio do internamento e sim a crença de unir o internato à ideia de ser um espaço terapêutico através do adestramento dos corpos (GOFFMAN, 2003) e aos não loucos, miseráveis, ocupantes deste espaço, e o trabalho se torna solução.

Deste modo, Goffman (2001 *apud* ACIOLY, 2009) discorre sobre noções de instituições totais, e destaca que estas se configuram como estufas para mudar pessoas, relacionando à noção de “tratamento” com base na extinção do conflito, além de fomentar rejeição, segregação, punição, invalidação. Nesse sentido, a internação em hospital psiquiátrico significa e tende a continuar no campo da moral. Portanto, não serve ao indivíduo socialmente reconhecido como louco, mas institucionaliza necessidades da sociedade.

O Olhar “terapêutico” só considerava a doença e o sujeito louco, seguia sem identidade, era apenas um rótulo associado à loucura. A relação médico-louco era vertical e pautada no medo e na ordem. Neste momento a medicina acredita que o internamento pode ser solução sem considerar outras perspectivas horizontais, autônomas e comunitárias.

Campos (1997), acredita que Gramsci teria muito a dialogar com a medicina e a saúde coletiva, pois discorria sobre reconhecer o papel social dos agrupamentos e dos indivíduos para além dos condicionamentos estruturais, quer fossem eles biológicos, biográficos, econômicos, políticos ou históricos. Gramsci seria um dos primeiros a falar em mudança de processos: a educação, a cultura, o trabalho, a política, a igreja, os meios de comunicação, em todos estes espaços que se construiria o novo ou se reforçaria a velha dominação. Basaglia buscou repensar políticas e práticas em saúde, “Basaglia recuperou muito de Gramsci para pensar instituições e práticas sanitárias, ele forneceu muitas indicações valiosas sobre a complexidade das relações sociais, embora não tenha aprofundado a dialética da alienação/libertação”, ou seja, sobre como fortalecer a autonomia dos sujeitos em situações vulneradas com determinantes voltados para a produção da submissão”. (Campos, 1997, p. 2)

Amarante, Nunes (1996, p. 2-3), posteriormente, sintetizaram o pensamento de Basaglia: “Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente



técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente'."

O hospital psiquiátrico, ao longo do século XX, ocupou a dimensão de espaço de tratamento aos socialmente reconhecidos como loucos, no entanto, não representa avanços científicos nos modos de "lidar" com o fenômeno loucura ou com a questão da "doença mental". Do ponto de vista histórico, o hospital psiquiátrico oferece respostas a determinadas demandas sociais, servindo à necessidade da sociedade e não a suposta finalidade terapêutica que se objetivava na supressão dos conflitos do sujeito como forma de tratamento e não sua escuta e/ou compreensão (AMARANTE; NUNDES, 2018).

Concluimos, por tanto, que o internamento foi ineficaz. Libertou-se, no entanto a pobreza do internamento, para reparar o grande erro econômico de tirar o pobre do circuito econômico e o manter com caridade. O fato é que além de não resolver o desemprego, o internamento apenas "reabilitava" moralmente os pobres que não produziam e não consumiam. Os loucos passam a ser silenciados pelo medicamento e asilados, os desatinados passam a ser atendidos em hospitais e os pobres absorvidos enquanto mão de obra barata. Se antes a loucura era responsabilidade da igreja que santificava, hoje o louco passa a ser obstáculo do Estado (VIEIRA, 2007).

1.4 Desafios para a superação manicomial

A institucionalização da loucura se configura em uma prática ainda hegemônica em vários países, dentre os quais, o Brasil. É importante reconhecer muitos avanços ocorridos na Reforma Psiquiátrica brasileira, como a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014 (AMARANTE; NUNES, 2018), no entanto, é necessário nortear e alinhar a prática profissional com as de superação do modelo manicomial, para não reproduzir práticas de enquadramento social.

Ao longo do século XX, a emergência do movimento de reforma psiquiátrica no cenário mundial, foi e permanece alvo de muitas discussões e críticas. No Brasil (sob o lema "Por uma sociedade sem manicômios"), esse movimento tomou visibilidade no período de redemocratização ao final da década de 70 e durante os anos de 80. Em meio à efervescência de vários movimentos sociais e, talvez por esse contexto, sofreu maior



influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica da Itália³, denominado Psiquiatria Democrática (ACIOLY, 1 2009).

O modelo italiano de Psiquiatria Democrática sustentou a noção de desinstitucionalização como princípio norteador que, portanto, não significa (ou, pelo menos, não deve significar) simplesmente desospitalização e sim substituição do modelo de cuidado o que nos remete repensar nossas práticas profissionais e questionar nossas ações para evitar as formas atuais de “tratamento” que ainda visam tornar o sujeito acusado de loucura em um ser “razoável” e sociável (ACIOLY, 2009).

No Brasil, os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência e desencadearam uma série de denúncias e reivindicações, fiscalizadas e autuadas que ganharam repercussão na mídia e sociedade. Esse movimento em conjunto com o sanitarista, propiciaram a construção de políticas públicas e evidenciando esses loucos violentados enquanto sujeitos de direito (AMARANTE; NUNES, 2018). Ressalta-se que o movimento de reforma psiquiátrica, se deu por articulação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, ou seja, partiu de dentro do manicômio.

Na década de 1970 e parte de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica desenvolveu o pensamento crítico à institucionalização da loucura, ao final dos anos 80, inicia-se a discussão quanto aos serviços substitutivos. A Constituição Federal de 1988 foi aberta uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento das políticas municipais de saúde, pois legitimou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” em saúde (BRASIL, 1988). Tal definição conceitual assume sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II, artigo 198 da referida Constituição, é descrito que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Destarte, estava criado o 1 O modelo de reforma psiquiátrica contrapondo-se ao isolamento e modelos de comunidade terapêutica emergiu na Itália na década de 70, tendo Franco Basaglia como seu principal idealizador e a psiquiatria tradicional como importante alvo de suas críticas. A ideia é a preservar o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a noção de territorialidade (tratamento em serviços comunitários), respectivamente (ACIOLY, 2009). SUS, o qual tem a Constituição Federal e as Leis nº 8.080

³ O modelo de reforma psiquiátrica contrapondo-se ao isolamento e modelos de comunidade terapêutica emergiu na Itália na década de 70, tendo Franco Basaglia como seu principal idealizador e a psiquiatria tradicional como importante alvo de suas críticas. A ideia é a preservar o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a noção de territorialidade (tratamento em serviços comunitários), respectivamente (ACIOLY, 2009).



e nº 8.142, ambas de 1990, como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 2007a). Tais leis afirmam o papel do município como principal executor das ações de saúde, caracterizando a ampliação do processo de descentralização, o qual já havia sido exposto desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (SOUZA; COSTA, 2010). Diante de tal contexto, a Reforma Sanitária passa a caracterizar o modelo de saúde de maior construção coletiva da história brasileira.

A rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, em pouco tempo ganham visibilidade e passam a ser regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar, além de outros dispositivos, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, etc (AMARANTE; NUNES, 2018).

A Lei 10.216/2001 trouxe a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Portarias 106/2000 e 1.220/2000). A construção de uma rede de SRT's favorecida com o Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708/2003). Após foi instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria em 2002, que deu início a um processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS, resultando no fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos inadequados para a assistência à saúde (AMARANTE; NUNES, 2018).

Outros marcos importantes das políticas de saúde mental no SUS foram estabelecidos pela Portaria 336/2002, que redefiniu os CAPS em relação à sua organização, passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Outro marco veio pela Portaria 154/2008 que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de propiciar “apoio matricial” multiprofissional às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte tanto técnico quanto institucional na atenção básica, área em que o serviço social integra desde sua criação (ZEFERINO, *et al.*, 2015).

A Gestão Colegiada e a divisão dos serviços de saúde em Unidades de Produção, compostas por Equipes multiprofissionais, criam condições institucionais favoráveis à troca de informação e à construção coletiva dos projetos terapêuticos. Construção coletiva, portanto; no entanto evitando-se a diluição de responsabilidades e a omissão diante do desconhecido ou diante do imprevisto (ACIOLY, 2009).

Outro marco legislativo importante encontra-se na portaria n. 3088/2011, modificada pela Portaria n. 3588/2017 e Portaria n.2436/2017 que tratam da instituição da RAPS,



possibilitando uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração, no sentido de dispor de equipamentos que inviabilizem a institucionalização e ou iniciem os serviços substitutivos deste (ZEFERINO, *et al.*, 2015).

O movimento da reforma psiquiátrica nos aparece como constante de construção. Ainda seguimos os passos do modelo médico centrado, da normalização impressos no saber-poder da psiquiatria que dita regras, inclusive nos acessos aos serviços que se pretendem substitutivos acesso (ao exemplo do CAPS, que necessita de um CID para acesso), reforçando relações de poder, dando espaço para a dominação de uma disciplina sobre as outras e de todas as disciplinas envolvidas (psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem, entre outras) sobre o usuário-louco (ACIOLY, 2009).

Não tratemos a doença, o enfermo, devemos perceber o sujeito, entender o sofrimento. Realizar um projeto de vida, incluir o desenvolvimento da autonomia, contribuições societárias, estabelecer conjuntamente metas, EMANCIPAR! Atuar de forma centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, não é o psicótico, o hipertenso, um poliqueixoso. As pessoas deixam de ser velhas, jovens, pais ou mães, trabalhadores, aposentados ou desempregados, músicos ou professores, e todos seriam enfermos de alguma coisa [...] combine o enfrentamento de uma determinada doença com a luta contra o desemprego, o combate a certa enfermidade com o cumprimento de funções maternas. Cuide de pessoas e não de enfermidades! (CAMPOS, 1997).

Diante do exposto, buscou-se nesta revisão não sistemática de literatura, apresentar meu olhar contributivo ao serviço social sobre a história da saúde mental, enquanto norte de possibilidade para compreensão e ação diante de problemas sociais (ao exemplo de romper com a lógica de isolamento social e estimular a luta por espaços substitutivos no território) na prática profissional, uma vez que desempenha um papel importante em demandas transversais que os assistentes sociais procuram intervir.

A oportunidade à “palavra” – como argumento e ação – aos usuários dos serviços de saúde mental é condição fundamental no processo de reforma psiquiátrica como desinstitucionalização, como construção de outro lugar social para a loucura. (ACIOLY, 2009).

Faleiros (2009) reconhece que a formação profissional do assistente social é generalista, mas discorre que sua atuação o coloca com possibilidades de trabalhar as



questões sócio-individuais com competência, como se faz na prática clínica que não isola o sujeito da sociedade e nem a sociedade do sujeito. O mesmo argumenta que o trabalho dos vínculos do sujeito em suas múltiplas dimensões é objeto do currículo generalista, mas existem inúmeras especializações para complementação curricular.

Devemos nos atentar, no entanto, no limite de atuação profissional, para não retomada do chamado “serviço social clínico”, em que a abordagem psicossocial tem seus supostos, que corremos o risco de retomar o que questionamos no movimento de reconceitualização da profissão no Brasil, retomar a tricotomia, caso, grupo e comunidade ou a “pulverização das especializações” (CFESS, 2010).

Cabe ainda destacar que as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas evidentes na questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação de pessoas do convívio social. Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo (BRASIL, 2003).

3 RESULTADOS E CONCLUSÕES

Embora o serviço social trabalhe há muito tempo com expressões da questão social, o conhecimento da história da loucura, pautado no isolamento social dos sujeitos, medicalização e adestramento de corpos para sociedade, pode qualificar a prática profissional, direcionando a atuação à lógica antianicomial, ou seja, contribuindo na luta por espaços substitutivos legítimos e territoriais, rompendo com o modelo médico centrado, sistema de classificações de doenças, medicalização dos corpos e fomentando redes de apoio Estatais e co-responsabilizações do cuidado respeitoso inconsistentes.

Os artigos e publicações complementares acerca da temática pesquisada mencionados no presente trabalho, apontam em comum que o isolamento não se apresenta eficaz como tratamento e/ou promovem saúde mental.

O modelo manicomial possui visível lógica punitiva que fomenta a perda de autonomia, uma vez que as instituições totais sugerem a negligenciação de ações cotidianas de autocuidado (ao exemplo de horários pré-determinados de alimentação, banho etc), baseiam-se em prescrições medicamentosas e possuem um caráter de enclausuramento. Alguns serviços reforçam essas práticas em meio aberto, seja por



projetos terapêuticos não participativos e/ou por práticas que silenciam sintomas sem compreender o contexto em que este se desenvolveu.

Se tratando dos currículos acadêmicos do serviço social, fica o desafio de fomentar aos estudantes ações no ensino-aprendizagem pautadas na dialogicidade e contempladoras de atuação ética em seu sentido questionador da moral, em uma perspectiva de empoderamento e fomentando a atuação multiprofissional e interdisciplinar para qualificar redes de apoio e viabilizar direitos e deveres dos sujeitos e do Estado.

A ausência de aproximação da profissão com a “Bio” pode resultar em desvantagem para o campo de atuação, ao exemplo de profissionais que atuem com saúde mental e podem ser barreiras para a produção de conhecimento do serviço social no Brasil.

Devemos instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garanta as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para, além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção. Deste modo a sociedade como um todo ganha pela atuação de profissionais comprometidos com a “saúde enquanto defesa da vida” (BRASIL, 2003. p.9).

Não se trata de um apoio às práticas de um serviço social conservador e/ou clínico pautadas em capacidades e não em atribuições e competências, mas sim combater fragmentações entre mente, corpo e ambiente social em prol uma lógica de transversalização, onde podemos associar saberes e contribuições das experiências profissionais voltadas para as características coletivas e singulares, contribuições das análises da realidade, das expressões de uma comunidade, de uma localidade, de uma categoria social ou de gênero. Quando seguimos logicas de fragmentações, todos perdemos (BRASIL, 2003).

REFERÊNCIAS

ACIOLY, Y. Reforma Psiquiátrica: Construção de outro lugar para a loucura? In I Seminário Nacional de Sociologia & Política, UFPR. 2009. **Sociedade e Política em tempos de incerteza**, grupo de trabalho 4: Cidadania, controle social e migrações internacionais. pp. 1-9.

AMARANTE, P; NUNES, MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. In: **Ciênc. saúde coletiva**. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos



serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS.** Brasília, DF, 2007a. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2007b. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).

_____. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** 1997.

CAPONI, S. Do tratamento moral à psiquiatria ampliada. Em: "**Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**". Cap.1, p.31-57. Rio de Janeiro, Ed. FioCruz, 2012.

CFESS (Brasil). Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. **Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais.** Brasília, DF, 2010.

_____. **Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social: subsídios para aprofundamento do estudo.** 2016.

FALEIROS. **Faleiros e o Serviço Social Clínico em: Diário de campo.** 2009. Disponível em: <https://diariodecampo.wordpress.com/2009/08/16/faleiros-e-o-servico-social-clinico/>. Acesso em: 01/12/2018.

GOFFMAN, E. **A Carreira moral do doente mental em: Manicômios, prisões e conventos.** 7ª.ed., p. 109-143. São Paulo, Editora Perspectiva, 2003 [1969].

MORAES, B. V. **As tendências teórico-políticas do serviço social em relação ao SUS nos cursos de Residência. Multiprofissional.** Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

SOUZA, G. C. A., COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.3, p. 509-517, 2010.

VIEIRA, P. P. **Reflexões sobre a história da loucura de Michael Foucault em: Ciências humanas em multimídia.** 2007, Volume 1, n 3. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1934>. Acesso em: 08/11/2018.

ZEFERINO, M. T. Curso de Crise e Urgência em Saúde Mental: **Fundamentos da Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental.** Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 3a Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.101 p.