



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

RITA DE KÁSSIA RAMALHO

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA RAPS NO INTERIOR DA  
PARAÍBA: A PERSPECTIVA DOS/AS PROFISSIONAIS DO CAPS III.**

SOUSA  
2018

RITA DE KÁSSIA RAMALHO

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA RAPS NO INTERIOR DA  
PARAÍBA: A PERSPECTIVA DOS/AS PROFISSIONAIS DO CAPS III.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Dr. Reginaldo Pereira França Júnior

SOUSA  
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS  
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

R165t      Ramalho, Rita de Kássia.  
              O trabalho do assistente social na RAPS no interior da  
              Paraíba: a perspectiva dos/as profissionais do CAPS III. / Rita de  
              Kássia Ramalho. - Sousa: [s.n], 2018.

              69 fl.

              Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) –  
              Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

              Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

              1. Assistente Social. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Saúde Mental. I.  
              Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 36:616.89

RITA DE KÁSSIA RAMALHO

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA RAPS NO INTERIOR DA  
PARAÍBA: A PERSPECTIVA DOS/AS PROFISSIONAIS DO CAPS III.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovação em: 13/12/2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior  
Universidade Federal de Campina Grande

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Vanessa Eidam  
Universidade Federal de Campina Grande

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Mayewe Elyenia Alves dos Santos  
Universidade Federal de Campina Grande

*À todas as pessoas com transtornos mentais e suas famílias que convivem e lutam diariamente contra estigmas e preconceitos em uma sociedade padronizada.*

## AGRADECIMENTOS

Antes de expressar a minha gratidão a aquelas e aqueles que de fato contribuíram para minha formação acadêmica durante todos esses anos, e até mesmo os/as que possibilitaram a chegada a essa jornada de forma solidária e afetiva;

Quero deixar registrado que esses anos de formação acadêmica foram essenciais para minha construção como pessoa, pois me ajudou a conhecer e compreender um mundo através de uma visão que até então era totalmente desconhecida na realidade em que estava inserida. Foram anos de aprendizado, desconstruções, respeito, companheirismo, conquistas e principalmente de libertação pessoal.

Acredito que gratidão seja um sentimento livre, que flui sem nenhum tipo de pressão ou puramente obrigação. Desta forma;

Agradeço primeiramente a Deus, por ter nos abençoado com a vida e a possibilidade de segui-la, por toda a força nos momentos difíceis e por ter colocado em minha vida pessoas tão maravilhosas.

À minha mãe Eliane Rodrigues, a quem eu sou profundamente grata por toda luta diária, dedicação e amor, me proporcionando condições objetivas e subjetivas de ter uma formação acadêmica.

Ao meu pai Itamar Severino, por todo incentivo, amor, cuidado e proteção ao longo da minha vida.

À minha tia Tica Ramalho, uma tia e avó, por tudo que ela tem feito por mim desde os três dias de vida.

Agradeço a minha família, onde quero destacar Cynthya, Cauã, Maria Alice, Nanda, meu avô Antonio, meu tio João e Margarida, Fransquinha e Chico, obrigada por todo amor e apoio.

Quero deixar minha gratidão também a uma pessoa que sempre demonstrou afeto e apoio desde os meus primeiros anos na vida escolar, que diante as dificuldades que meu pai enfrentava financeiramente de manter as mensalidades, de forma solidária, me proporcionou meses de acesso gratuito em sua escola. Portanto, agradeço a Dona Tica fundadora da Escola São Francisco (*In memoriam*).

Ao meu melhor amigo e irmão, Francisco Alisson, pelo amor, confiança, incentivo e apoio nesses quase dezenove anos de grande amizade e companheirismo.

Às grandes amigas que construí durante esses anos de vida acadêmica: Amanda Laysse, Sayonara Maria, Ellida Calixto e Natália Fernandes. Aos meus grandes amigos Francisco Gomes e Rafael Gomes, Obrigada!

Quero agradecer pelo amor, pelas conversas incentivadoras e paciência de Rayssa Costa e minha amiga Jéssica Dyane, Obrigada!

Às minhas amigas e amigos Sarah, Alice, Carol, Nâna, Luiza, Alice Nogueira, Felipe Lima, Anderson Alexandre, Ian e Bruno por todo o amor, amizade e incentivo.

Gostaria de agradecer à todo corpo docente de Serviço Social da UFCG, em especial a quem iniciou o processo de orientação, mas que por motivos maiores não pôde dar continuidade, Cibelly Michalane, Obrigada!

Ao meu Orientador Reginaldo França, por toda dedicação, paciência, aprendizado e contribuições significativas. Foi uma pessoa fundamental para a construção deste trabalho.

Quero agradecer também às professoras Mayewe e Vanessa por aceitarem compor a banca e pelas contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

À todas e a todos, muito obrigada!

## RESUMO

Os avanços que presenciamos hoje na política de saúde mental foi resultado de uma trajetória de lutas por parte de discussões acerca dos antigos modelos de tratamento e posteriormente de movimentos da classe trabalhadora, como a psiquiatria de setor, antipsiquiatria, que deu início as primeiras experiências de desinstitucionalização na Itália, a reforma sanitária no Brasil, que proporcionou a eclosão da reforma psiquiátrica apesar de vivenciar uma história de rupturas com a psiquiatria clássica e manicomial. A Constituição de 1988 foi um dos fatores determinantes para a saúde mental, pois a partir dela ocorreu a associação com as políticas públicas através do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo novas políticas de saúde e as primeiras iniciativas de implantação dos CAPS, resultando na década seguinte a promulgação da Lei 10.216 de 2001, onde a saúde mental passa a prestar assistência efetiva, visibilidade e inclusão da comunidade no tratamento das pessoas com transtornos mentais através dos CAPS. Diante disso, o objetivo do estudo foi desvelar o processo de trabalho do/a assistente social frente às demandas do CAPS III, conhecendo a RAPS de Sousa - PB, avaliando a relevância da participação dos familiares e ou/ responsáveis no processo de tratamento e reabilitação psicossocial, bem como, compreendendo as demandas, competências e dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no CAPS III. O método usado para análise foi o materialismo histórico dialético. O instrumento de coleta de dados foi entrevista semi estruturada com dois roteiros de perguntas abertas. Os sujeitos da pesquisa foram sete profissionais. Os dados coletados mostraram que há certa perspectiva positiva e crítica acerca da atuação do/a assistente social por parte dos/as profissionais entrevistados/as, havendo a separação das atribuições e competência e sua devida importância, mas que ainda há também a necessidade de uma maior compreensão e reconhecimento da promoção de mecanismos de participação e incentivo da família no tratamento para que a reprodução excessiva do cuidado do/a assistente social com a família seja exclusiva desse/a profissional, não recaindo em práticas conservadoras da gênese do Serviço Social na saúde mental. O primeiro capítulo vai mostrar a trajetória histórica da saúde mental. O segundo nos traz reflexões acerca da concepção de saúde pública no Brasil e no terceiro é apresentado os resultados da pesquisa de campo.

**Palavras-chaves:** Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Serviço Social.



## ABSTRACT

The advances that we are witnessing today in mental health policy were the result of a trajectory of struggles on the part of discussions about old treatment models and later working-class movements, such as sector psychiatry, anti-psychiatry, which started the first experiments of deinstitutionalization in Italy, the sanitary reform in Brazil, which provided the outbreak of the psychiatric reform despite experiencing a history of ruptures with classic psychiatry and asylum. The 1988 Constitution was one of the determining factors for mental health, because from it occurred the association with public policies through the Sistema Único de Saúde (SUS), promoting new health policies and the first initiatives to implement the CAPS, resulting in in the following decade the enactment of Law 10.2016 of 2001, where mental health comes to provide effective assistance, visibility, and inclusion of the community in the treatment of people with mental disorders through CAPS. Therefore, the objective of the study was to unveil the social worker's work process against the demands of CAPS III, knowing the RAPS from Sousa, evaluating the relevance of the participation of family members and / or caregivers in the treatment process and psychosocial rehabilitation, as well as understanding the demands, competencies and difficulties faced by the Social Service in CAPS III. The method used for analysis was dialectical historical materialism. The data collection instrument was a semi-structured interview with two open question scripts. The subjects of the research were six CAPS III professionals. The collected data showed that there is a certain positive and critical perspective regarding the performance of the social worker on the part of the interviewed professionals, with the separation of attributions and competence and their due importance, but that there is still a need for a greater understanding and recognition of the promotion of mechanisms of participation and encouragement of the family in the treatment so that the excessive reproduction of the care of the social worker with the family is exclusive of that professional, not falling in conservative practices of the genesis of the Social Service in the mental health. The first chapter will show the historical trajectory of mental health. The second brings us reflections about the conception of public health in Brazil and the third one presents the results of field research.

**Key-words:** Psychiatric Reform. Mental Health. Social Service.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAP'S - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

FHC – Fernando Henrique Cardoso

IAP'S – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB – Normal Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamentais

PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de atenção psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SINPAS – Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA – Unidades de Acolhimento

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>17</b>
1.1 Dos hospitais psiquiátricos ao processo de desinstitucionalização: uma breve passagem pela história.....	17
1.2 Reforma Psiquiátrica brasileira, desinstitucionalização e desresponsabilização estatal .....	25
<b>2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>30</b>
2.1 Concepção de saúde pública no Brasil .....	30
2.2 Gênese do Serviço Social na Saúde mental: Dilemas e Contradições .....	36
2.3 Atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social na saúde: a luz dos parâmetros do CFESS .....	40
<b>3. A PESQUISA EXPLORATÓRIA DE CAMPO: DESVENDANDO A REALIDADE IDENTIFICADA NA PESQUISA .....</b>	<b>47</b>
3.1 Contextualizando a concepção da relevância do CAPS III na perspectiva do/a assistente social e outros/as profissionais e suas intervenções.....	47
3.2 Concepção dos/as profissionais que atuam no CAPS III sobre a intervenção do/a assistente social.....	53
3.3 <sup>a</sup> relevância da família no processo de tratamento psicossocial na perspectiva dos/as profissionais do CAPS III.....	56
<b>A GUIA DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>66</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo nos convida a refletir acerca do trabalho do/a assistente social na saúde mental na perspectiva dos/as demais profissionais que atuam no mesmo espaço, mostrando a trajetória de tratamento das pessoas com transtornos mentais desde o século XVII e XVIII, a psiquiatria clássica Francesa com Philippe Pinel até a reforma psiquiátrica, que buscava a desinstitucionalização, e quebra com o quadro hostil de sofrimento e expurgo das pessoas com transtornos mentais severos, e intervenção mais ativa e humanizada dos/as profissionais da saúde mental, Estado e comunidade, que conforme Amarante (2009, s.p) foi a [...] construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado, na tomada de responsabilidade.¶

Desta forma, as nossas reflexões tiveram como base a discussão da trajetória histórica da saúde mental, a luta e as conquistas de seus/suas trabalhadores/as e das pessoas com transtornos mentais, que posteriormente a reforma psiquiátrica resultou na criação e aprovação da lei 10.216 em 2001, onde a saúde mental passou a dar devida assistência e visibilidade com a efetivação de inclusão da comunidade no tratamento das pessoas com transtornos mentais, atribuindo também responsabilidade ao Estado no desenvolvimento de políticas públicas a essas pessoas e suas famílias.

Podemos perceber que a partir dos novos moldes da psiquiatria denominadas de Psiquiatria Pineliana ou francesa, o tratamento na saúde mental passou por transformações significativas, mesmo que houvesse críticas acerca da permanência de isolamento dos/as pacientes como uma forma de observação empírica para a compreensão do transtorno, como também nos séculos seguintes a reatualização distorcida do modelo Pineliano, onde teve como resultado o processo manicomial no final do século XIX e início do século XX, com bases organicistas e higienistas e causando discussões acerca desses modelos e posteriormente sua ruptura.

Sendo assim, foi relevante fomentar um debate acerca da saúde mental e o trabalho dos/as assistentes sociais e demais profissionais, frente a toda a trajetória de tratamento e discussão a respeito da saúde mental nos principais países que serviram de modelo para o mundo, em especial para o Brasil, e como esse modelo foi colocado em prática mediante o contexto econômico e sócio-histórico brasileiro.

Cabe salientar que o interesse pela temática ora abordada surgiu da experiência adquirida através do estágio no campo utilizado para pesquisa, identificou-se a necessidade da realização de uma pesquisa que pudesse entender mais a fundo o funcionamento da atenção psicossocial da cidade de Sousa-PB, as dificuldades existentes, a relação dos/as profissionais com as famílias e sua relevância no processo de tratamento e acompanhamento diante a reabilitação psicossocial, como também a compreensão do processo histórico da saúde mental.

Portanto, a pesquisa teve como finalidade desvelar o processo de trabalho do/a assistente social frente às demandas do CAPS III, conhecendo a RAPS de Sousa, a relevância da participação dos familiares e/ou responsáveis no processo de tratamento e reabilitação psicossocial, bem como as demandas, competências e dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no CAPS III.

O estudo trata-se de uma pesquisa de campo no Centro de Atenção Psicossocial Caps III – em uma cidade do interior da Paraíba, que conta com atendimentos de média e alta complexidade<sup>1</sup>. No que se refere à sua natureza, trata-se de uma pesquisa qualitativa com caráter exploratório, Para Richardson (2012, p.79) “[...] justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social. Isso permitiu a compreensão da realidade, a partir de uma análise concreta do contexto em que profissionais estão inseridos/as, principalmente o/a assistente social, seu trabalho, como também sua percepção sobre a importância do processo de trabalho do/a assistente social no CAPS, suas atribuições e competências, as principais demandas e dificuldades postas ao Serviço Social naquele serviço e a relevância da família no processo de tratamento e acompanhamento diante da reabilitação psicossocial, obedecendo ao perfil de uma pesquisa de campo e entendendo o objeto real em sua totalidade nas relações socialmente existentes.

O objeto construído, por sua vez, constitui uma tradução, uma versão do real a partir de uma leitura orientada por conceitos operadores. É resultado de um processo de objetivação teórico-conceitual de certos aspectos ou relações existentes no real (DESLANDES, 2010, p.33).

Os sujeitos pesquisados foram os/as profissionais de enfermagem, medicina, psicologia, farmácia, terapia ocupacional, psicopedagogia e Serviço Social, em um total de 7 profissionais, sendo que um/a por profissão, cabe salientar que o/a profissional de farmácia

---

<sup>1</sup> Refere-se ao atendimento especializado junto à família, proteção social especial para as pessoas com sofrimentos psíquicos, além da promoção do acolhimento institucional e familiar, com suporte integral para as pessoas com transtornos mentais graves.

não participou da pesquisa devido a sua ausência por férias. A amostra da pesquisa se constituiu do tipo intencional, que de acordo com Almeida (2014, p.32) –amostragem intencional – é aquela em que os elementos da população que forneceram os dados para pesquisa são selecionados intencionalmente pelo pesquisador, a escolha por esse tipo de amostragem é atribuída pela possibilidade de enriquecimento qualitativo da pesquisa, devido à experiência e conhecimento com os sujeitos pesquisados, que proporcionou a escolha dos elementos essencialmente representativos durante o trabalho.

No caso da pesquisa qualitativa, ao contrário do que muitos podem pensar, é fundamental o envolvimento do entrevistado com o entrevistador. Em lugar dessa atitude numa falha ou num risco comprometedor da objetividade, ela é a condição de aprofundamento da investigação e da própria objetividade. (MINAYO, 2010, p. 67-68)

O estudo foi realizado durante os meses de Setembro de 2018 e Dezembro de 2018 e todo o conteúdo obtido foi analisado independente do resultado esperado, seguido de todo o planejamento, coleta e análise de dados, obedecendo às regras da metodologia científica. No que se refere aos instrumentos de coleta de dados, adotamos os procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo, por meio da aplicação de entrevista que totalizaram onze perguntas aos/as profissionais do CAPS III, sendo duas fichas geradoras, uma específica para o/a assistente social e outra aos/as demais profissionais. Para Costa (2013, p. 53) –os roteiros são seus principais instrumentos de coleta de dados. Diferentemente do caráter de perguntas fechadas de um questionário, o roteiro possibilita listar os temas da investigação, permitindo perguntas abertas e fechadas.

A técnica da entrevista foi do tipo semi estruturada –[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...] (TRIVIÑOS, 1987, p. 152), sendo assim, o foco principal da entrevista é posta entre investigador-entrevistador, fazendo fluir de forma mais espontânea e livre as respostas, deixando de lado o caráter padronizador das alternativas. Durante a entrevista foi utilizado também o uso de gravador, porém vale salientar que o sujeito entrevistado foi comunicado e informado de sigilo, não havendo a possibilidade de exposição do/a mesmo/a. Para tanto, durante esse período que foi realizada a pesquisa, houve a aplicação de um pré-teste com duas profissionais no mês de Outubro de 2018, tendo como objetivo revisar e assim direcionar a investigação. Para Richardson –[...] o pré teste não deve ser apenas como uma revisão do instrumento, mas como um teste do processo de coleta e tratamento de dados como também

-[...] treinar e analisar os problemas apresentados pelos entrevistadores. (2012, p.202/203). Desta forma, o pré teste foi válido e deu-se as demais entrevistas.

A pesquisa no método crítico Materialismo Dialético de Marx possibilitou a compreensão do movimento real do tema estudado, aproximou da realidade vivenciada e apreendeu a relação entre os sujeitos por meio da dinâmica. Netto (2011) mostra o método em Marx, uma posição em que são extraídas do sujeito pesquisado suas diversas determinações, como também sua natureza, que ao relacionar teoria e método, obtém-se o conhecimento teórico acerca da temática, aplicando as experiências vivenciadas com o objeto estudado, e assim reproduzindo o movimento real das coisas tal como ela é, onde o pesquisador torna-se fiel ao objeto estudado no plano ideal, e fazendo com que o sujeito seja totalmente ativo, capturando a sua estrutura, dinâmica e essência. Ou seja, o método crítico em Marx trata o sujeito como um ser fundamental na pesquisa.

Quanto ao trabalho do/a Assistente Social nessa área, entendemos como fundamental, pois se trata de um/a profissional que integra o acompanhamento e tratamento dos/as usuários/as, além de orientar e incluí-los/as nos serviços que são disponibilizados pela rede. É nessa perspectiva que ao analisar seu trabalho, foi preciso criar um diálogo crítico entre o método, teoria e o sujeito estudado. Segundo (RUDIO, 2000; MINAYO, 2006), [...] desenvolver esta capacidade comparativa e analítica em relação aos outros estudos nos ajuda a delimitar melhor a nossa proposta.

Para (Barroco 2010) a ética profissional vai se tornar um modo particular de objetivação da vida ética. Desta forma, é necessário destacar que o Serviço Social como profissão, está inserido em um espaço onde a divisão sociotécnica do trabalho e a Questão Social<sup>2</sup>, desenvolvidas pelo sistema capitalista, são os fatores determinantes para a eclosão de demandas sociais e da necessidade de suas respostas, legitimando, portanto o Serviço Social como profissão e não apenas como uma prática caridosa e filantrópica. Com isso, as dimensões ético-político previstas pelo código de ética se tornam base para suas ações, uma vez que o/a profissional também está sujeito ao Estado, podendo cair no conservadorismo e proporcionar respostas imediatistas que venham a atender ao Estado e o sistema vigente.

Ao mencionar o termo ética, é importante destacar a sua relação com a moral e como isso reflete na vida em sociedade, que embora tenham o mesmo significado –costumes||,

---

<sup>2</sup>Para Yamamoto (1998, p.27) –A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.||

a moral que também é essencial para a vida em sociedade, pois dispõe de normas para a interação das pessoas, que se torna uma reprodução de costumes principalmente moralistas<sup>3</sup> conservadores, uma forma de alienação da moral e rompimento com a criticidade que vem atravessando décadas, já a ética, partindo do entendimento do ser social<sup>4</sup>, é uma construção de humanização do indivíduo e com isso a prática de julgar o que é o bem e o mal independentemente de costumes e determinações que perpassem a história.

Sendo assim, prevaleceram em toda a pesquisa os aspectos éticos em que foi necessário o consentimento livre e esclarecido, em que foram informados os objetivos e procedimentos da pesquisa, promovendo o seu bem-estar, proteção dos direitos e sua dignidade, não causando riscos, danos sejam materiais ou financeiros ou quaisquer desconfortos durante o estudo, que estão explícitos no Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE), onde todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram.

Após a transcrição, foi realizada uma leitura minuciosa de cada entrevista que teve como objetivo a compreensão de todo o material empírico coletado, em que foi buscada a articulação e fundamentação com as diretrizes da reforma psiquiátrica e Ministério da Saúde, como também o trabalho do/a assistente na saúde mental de acordo com o CFESS, além de ter sido utilizado a perspectiva e aprendizado adquirido durante os estágios supervisionados I e II.

Portanto, o trabalho foi apresentado em três capítulos. O primeiro mostra a trajetória histórica do tratamento de pessoas como transtornos mentais e como se deu a superação dos modelos de psiquiatria até chegar à reforma psiquiátrica e a entrada da saúde mental nas políticas públicas.

O segundo nos traz reflexões acerca da concepção de saúde pública no Brasil, dando ênfase a aplicação dessas políticas no contexto de período ditatorial e como isso refletiu na desresponsabilização estatal e adoção destas por ONG'S e Instituições filantrópicas, como também pelos parâmetros estabelecidos pelo CFESS para atuação do/a assistente social na saúde.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados da pesquisa de campo, dando uma breve passagem pela RAPS de Sousa-PB, buscado compreender o posicionamento de todos/as profissionais em relação à constituição do CAPS III, como o objetivo principal de apreender a

---

<sup>3</sup> -[...] o moralismo é uma forma de alienação moral, pois implica na negação da moral como uma forma de objetivação da consciência crítica, das escolhas livres, de construção da particularidade. (BARROCO, 2010, p.48)

<sup>4</sup> O ser social para Marx é a capacidade que o indivíduo histórico e real tem de transformar a sua natureza e a si mesmo desenvolvendo condições para sua subsistência (NETTO, 2011).



sua percepção a cerca da importância da atuação do/a assistente social na saúde mental, como também a relevância da família no processo de tratamento e reabilitação psicossocial.

## CAPÍTULO I SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

### **1.1 Dos hospitais psiquiátricos ao processo de desinstitucionalização: uma breve passagem pela história.**

Ao longo dos anos o termo loucura era analisado como uma ameaça que colocava em risco toda a paz e dinâmica da sociedade, e por isso precisava de uma intervenção mais severa, esse cenário vivenciado pelos/as pessoas com transtornos mentais se traduzia em sofrimento, exclusão e punição, onde eram submetido/as a exílios em hospitais psiquiátricos em uma lógica de higienização e saúde de uma sociedade, uma vez que saúde era tudo que se encaixava nos padrões societários e o que se distanciava não podia fazer parte daquele círculo. Isso ocorria pelo processo de exclusão e segregação da loucura, comum na Europa do século XVII, e que durante anos foi tratada à níveis de doenças que carregavam em seu seio medos populares como a Lepra.

Para Foucault (1972) esse processo em geral pode ser entendido como um costume de expurgos de loucos em situação de -vagabundagem e até mesmo moradores de rua, que por medidas impostas pelos municípios europeus, eram recolhidos, enviados em navios de portos e segregados em hospitais e tratados como loucos. Entende-se assim que a política, o Estado, seja ele analisado em qualquer parte da história, sempre dispunha da abstenção de responsabilidades e por vezes ideias higienistas, que no caso da Europa do século XVII e XVIII, protagonizava um cenário de sofrimento para as pessoas com transtornos mentais e aqueles que ameaçavam a lógica de saúde estabelecida socialmente.

Esse modelo de psiquiatria que vinha sendo utilizado nos séculos XVII e XVIII se espalhou por toda a Europa em práticas de internação, com a criação de casas e hospitais que recebiam pessoas indesejadas pela sociedade, não havendo nenhum caráter de cuidados médicos, apenas perspectivas assistencialistas de instituições filantrópicas, e principalmente da igreja, onde realizavam um trabalho de acolhimento de pessoas denominadas como loucas, pessoas essas que também não faziam parte da nova forma de produção que se instaurava.

O modelo de psiquiatria francês que fortemente influenciada pela revolução francesa e industrial, devido as suas transformações ideológicas, societárias e econômicas, adotou e transformou o modo de agir dos homens em relação à razão, ciência e realidade humana, onde AMARANTE, 2003a, explica:

Ora, se a lei não era mais privilégio do rei ou do clero, se ao cidadão competia escolher, decidir, construir uma nova sociedade, então, qual seria a ordem, a racionalidade, que deveria guiá-los no caminho certo? A ciência. A ciência assumia neste contexto a palavra da verdade, da objetividade, da ordem e da moral. Construída pela Razão humana, seria a única possibilidade de se chegar à verdade, das coisas e dos fatos. (p.46)

Essas novas medidas adotadas desencadearam uma perspectiva hospitalar diferenciadas, voltando-se naquele momento para uma instituição médica, possibilitando até visitas em seu interior, todavia, passaria a ser identificadas desordens e má higienização resultadas da rotação de várias doenças e mortes das pessoas que eram expurgadas para aqueles locais, sendo que foi através desses laudos que os hospitais passariam por reformas e assim, ter de fato uma perspectiva de cura, a doença passaria a ser tratada por hospitais e consequentemente, a loucura pela psiquiatria.

Após essa breve passagem acerca da transformação que a prática hospitalar perpassou, acentua-se o início da psiquiatria hospitalar em 1793 através de Philippe Pinel. Pinel levou a loucura a níveis médicos, renegando os tratamentos físicos que ferissem a dignidade humana e redefinindo a compreensão da loucura.

Costa (1989) vai mostrar que o modelo de psiquiatria Pineliana ou psiquiatria clássica francesa era baseado na preocupação com a observação empírica e no comportamento, possibilitando a escuta e a compreensão dessas pessoas, além de reconhecer o fator hereditário como causa da doença, mas também acentuando que esta pode ser causada por fatores não-hereditários, a exemplo de emoções mais violentas, nesse sentido, pautando o tratamento em uma perspectiva moral e não física como vinha sendo utilizado.

Todavia, se por um lado Pinel revolucionou a psiquiatria clássica francesa através da libertação e o reconhecimento da loucura como uma doença mental que necessitava a intervenção de um tratamento humano a partir de análises morais, por outro lado, a forma utilizada para essa compreensão aprisionava e isolava dentro de manicômios, que inicialmente tinha funções hospitalares. Foi partindo dessa linha que no século XIX houve uma distorção dos métodos morais Pineliano, acontecia uma reatualização das medidas de tratamentos físicos, desta vez com uso de banhos frios, chicotadas entre outras atrocidades, se tratava de um tratamento organicista<sup>5</sup> e higienista, ganhando vários adeptos dessa técnica e se

---

<sup>5</sup> -busca solução para os problemas mentais a partir de métodos essencialmente físicos, químicos e biológicos, e a vertente dinâmica, cujo foco, grosso modo, é a explicação e solução dos problemas psíquicos a partir das interpretações de base psicanalítica. (OLIVEIRA, 2009, p.52)

estendendo durante mais da metade do século XX, onde o louco era tratado de forma submissa e abusiva.

No Brasil só houve de fato a confirmação da primeira internação em um hospital psiquiátrico no final do século XIX, nos anos de 1852 no Rio de Janeiro, no asilo Dom Pedro II que trazia grande influência da psiquiatria clássica francesa de Pinel e o seu tratamento moral.

Na França, o hospício procurava ser o espaço onde a teoria seria aplicada; além disso, apresentava-se como um rico material para a elaboração científica, suscitando questões de cunho teórico, de ordem conceitual e de cunho prático. Questões como o poder político dos psiquiatras e a eficiência da psiquiatria em termos de cura, além de problemas relativos à assistência aos alienados, suscitavam a reflexão constante sobre a realidade asilar, na exigência de novas formulações, a fim de se obter meios de recuperação cada vez mais eficazes. No Brasil, o hospício se encontrava em mãos de uma administração leiga, isto é, não médica, e nele prescindia-se de assistência psiquiátrica, o que causava polêmicas de todo tipo, menos as que pudessem provocar debates dentro do campo da psiquiatria. (PORTOCARRERO, 2002, p.45)

A psiquiatria no Brasil diferente da Europa, em especial da francesa, não dispunha do mesmo aparato e incentivo de pesquisa à ciência nesta área, e que mesmo culminando teoria e prática, não conseguia realizar de forma eficaz, e nem capaz, a concreta autoavaliação de suas práticas, refletindo em um caos estrutural com altos índices de superlotação e má medicalização nos asilos, e médicos psiquiatras sem cunho científico apropriado. Tinha-se influência teórica e prática francesa, mas não os mesmos recursos, resultando em uma –cópia|| mediana e à margem do modelo de psiquiatria francesa, mas que ainda assim, mesmo em passos curtos, se arrastava em busca do aprofundamento da sua ciência.

O processo manicomial do final do século XIX e início do século XX baseado na vertente organicista, hegemônica naquele momento, resultada de uma política de saúde mental alienista e institucional com poucos elementos, sofre inúmeras críticas, mais especificamente após a Segunda Guerra Mundial, decorrente de relatos de abuso e maus tratos nos manicômios, teve como consequência uma profunda preocupação interna por parte dos médicos terapeutas, acerca do crescimento tecnológico de medicamentos, e social, no que se refere ao Estado e ao período crescente dos índices das doenças mentais, com isso vê-se a necessidade de que a loucura não fosse tratada apenas como um fator de doença, mas também social, ocasionando a criação da psiquiatria social e transformando até então o status de doença mental para uma perspectiva mais ampla através da saúde mental.

Mediante inúmeras críticas e buscando uma ruptura com o quadro hostil de sofrimento e morte que a psiquiatria mundial perpassava, clamava-se por um papel mais ativo

do Estado, já não podia mais conviver em meio a tantos descasos, pensando assim foi desenvolvida a primeira reforma dentre muitas na psiquiatria que antecederam a reforma psiquiátrica, como as comunidades terapêuticas em 1946, que recrutaram profissionais capazes de proporcionar um tratamento mais eficaz as pessoas com transtornos mentais. Com essa reforma eram possíveis discussões, terapias e atividades com os sujeitos, dando certa abertura à comunidade, além de ter como princípio a análise institucional diária e quebra da autoridade e abuso.

As comunidades terapêuticas desenvolviam um trabalho diferenciado da psiquiatria tradicional, hegemônica durante o século XX, com um caráter mais humanitário, porém o espaço onde era praticado esse modelo não era pensado, tampouco questionado pelos seus/as profissionais, podendo se traduzir em prática um tanto quanto contraditória se refletida na relação sociedade e a doença mental, se tornando uma crítica por não extinguir a figura do hospital psiquiátrico.

Outra reforma foi o movimento de ideia progressista, chamada psiquiatria de setor, desencadeada em 1945 na França e se contrapondo também ao modelo de psiquiatria manicomial, todavia não negava a importância do hospital no processo de tratamento que naquele momento, dividia as cidades e os hospitais em setores para melhor atendimento, onde tinha como objetivo o tratamento e acompanhamento pós-cura, prevenção, além da perspectiva de reinserção social. Foi um movimento importante para psiquiatria por englobar ideias progressistas bem à frente do que vinha sendo praticado no final do século XIX e começo do século XX, embora não houvesse rompimento com o hospital psiquiátrico, foi a partir dele que na década 1960 a psiquiatria francesa e agora de setor, se consolidava como política psiquiátrica.

Foi um longo período de reformas entre as décadas de 1960 e 1980, sempre objetivando novas rupturas, começava-se naquele momento rupturas de cunho político na ordem institucional com o movimento antipsiquiátrico, e tinha como princípio uma incisiva crítica à psiquiatria institucional, fazendo uma autoreflexão acerca dos seus métodos. A antipsiquiatria tinha como base o mesmo método das comunidades terapêuticas, mas sendo desenvolvidas em instituições que não tivessem aspectos manicomiais, era uma busca pelo rompimento da perspectiva de apenas o saber médico no tratamento, abrindo espaço para que profissionais de outras áreas, a exemplo de psicólogos/as e terapeutas ocupacionais, pudessem explicar e intervir no tratamento. Esse movimento trazia a perspectiva de que a loucura, assim como o louco era incurável, portanto a psiquiatria agia de maneira violenta a partir desta visão.

A partir da noção de que foi na Itália a primeira experiência de desinstitucionalização, na década de 1960, no Hospital Provincial de Gorizia, Franco Basaglia passou a determinar diversas mudanças naquele Hospital, baseado na perspectiva social de que os fatores que incidem nas relações interpessoais de opressão na sociedade também refletiam na relação entre médico e paciente, assim ocasionando os mesmos fatores.

Para Basaglia, a liberdade do paciente era primordial para a sua cura, e foi a partir dessa perspectiva de humanização juntamente com a ideia da desinstitucionalização do paciente perante o Hospital psiquiátrico, que no final dos anos 1960, o seu movimento foi criando vínculos e bases com outros movimentos, tais como os sindicatos dos trabalhadores e o estudantil. Era uma nova forma para a psiquiatria com um teor mais crítico e democrático, fazendo com que no início da década de 70, após inúmeros reflexões e questionamentos a cerca da instituição hospitalar, iniciasse na Itália o processo de desconstrução do modelo manicomial, como também de inserção da assistência comunitária na psiquiatria. Todo esse processo de desmonte manicomial levaria cerca de oito anos até a aprovação da Lei 180, mais conhecida como Lei Basaglia em 1978, que tinha como objetivo a extinção dos manicômios na Itália.

No Brasil, o processo de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica se deu com influência da experiência Italiana e nasce da eclosão do movimento sanitário nos anos de 1970.

fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como *idéia-proposta-projeto-movimento-processo*: *idéia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas. (PAIM, J, S, 2008, p.36).

Portanto, a reforma sanitária foi um movimento histórico e social que buscava mudanças nas práticas de saúde enquanto direito e dever, equidade em seus serviços, saúde coletiva, além da participação dos trabalhadores e seus/as usuários/as no desenvolvimento e gestão da saúde. Caracteriza-se como um processo de transformações democráticas e modernas em todos os âmbitos políticos, seja ele institucional, operativo ou jurídico.

O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção sócio-política da saúde. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e a integralidade das ações. No Brasil, crescia o debate sobre o direito à saúde, em um sentido mais amplo, significava a garantia de

condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado. (HELENA et. al, 2013, s.p.)

Nesse contexto nasce o movimento da reforma psiquiátrica, que embora tenha emergido da eclosão da reforma sanitária, perpassa uma longa história de processos de rupturas com o modelo clássico de psiquiatria e manicomial. A Reforma Psiquiátrica foi desencadeada no final da década de 1970 por um movimento de luta da classe trabalhadora da área de saúde mental, o MTSM, (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental), e apoio do movimento sanitário, sendo um processo político e social complexo, pois era composto por diversas alianças que se estendem desde as esferas municipais até as federais, além das instituições e movimentos estudantis das universidades.

Para Goffman (2001) A reforma psiquiátrica brasileira foi um movimento conjunto que envolvia não apenas os/as trabalhadores da área, mas também seus familiares, sindicalistas e diversas associações, indo além das sanções de novas leis na saúde, protagonizava transformações sociais, culturais e políticas dentro das instituições e se estendendo à comunidade, negando e tecendo críticas ao modelo hospitalocêntrico vigente.

A partir desse movimento, a saúde mental passou a ter uma nova roupagem devido à associação com as políticas públicas e o seu novo modelo central de atendimento as pessoas com transtornos mentais, a constituição de 1988 teve uma relevante participação, pois se instituiu com o Sistema Único de Saúde (SUS) a criação de novas políticas de saúde, incluindo a saúde mental.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde passa a tratar a saúde mental através de um regime comunitário que envolve toda a sociedade, retirando a ideia de exclusão social, incentivando a atenção da comunidade com as pessoas que sofriam de transtornos mentais, além de pautar o atendimento como uma demanda pública e que requer um reconhecimento mais humanizado diante à problemática. O Estado então como um órgão interventor no tratamento da saúde mental, após a II Conferência de saúde mental (1992) reduz o número de leitos em hospitais psiquiátricos devido às críticas instauradas na I Conferência realizada em 1987, no que se refere ao atendimento e assistência psiquiátrica.

Na década de 1990 foram pensadas e criadas as primeiras iniciativas de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, que embora não tenha se consolidado devido a questões econômicas de investimento e manutenção dos serviços de atendimentos diários promovidos pelos CAPS, foi de grande relevância para a política de saúde mental, pois na década seguinte com a aprovação da lei 10.216 em 2001, a saúde

mental passa a ter a devida assistência com uma maior visibilidade e com a efetiva inclusão da comunidade no tratamento das pessoas com transtornos mentais.

[...] os CAPS prometem fazer a crítica do mundo manicomial e, ao mesmo tempo, ser lugar de construção das práticas alternativas e substitutivas [...] construção dos CAPS tem sido muito produtivas, para gerarem processos antimanicomiais; e, mais, tem de fato melhorado a vida de milhares de usuários desses serviços. (MERHY, E.E, 2007, p. 55-56)

Esse novo modelo de atenção a política de saúde mental, além de proporcionar a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foi responsável também em 2003 pela criação das Residências Terapêuticas e de programas sociais que beneficiam os/as usuários/as, a exemplo do programa -De volta pra casa, que passa a oferecer um auxílio com duração de um ano com a possibilidade de renovação por meio de uma avaliação da equipe multiprofissional.

As residências terapêuticas como um equipamento da saúde mental, busca dar suporte de moradia e convívio social para aqueles/as que não têm moradia e que sofrem de transtornos mentais graves, que articuladas à rede de atenção psicossocial do município, oferecem o aparato necessário para a evolução do quadro do/a usuário/a.

Tendo como base essas informações, entende-se que o SUS foi essencial para a efetivação da saúde mental como política social de forma inovadora, por relacionar o tratamento com a comunidade e aos direitos humanos, mas o que enfoca é que embora esteja promulgada em lei e estabelecida nos princípios do SUS, a atenção a saúde mental não é feita como deveria, o repasse financeiro destinado à essa área ainda é muito pequeno tendo em vista a dimensão do SUS, ficando a cargo dos estados e principalmente dos municípios à responsabilidade de promover e manter esta política mesmo que de forma mínima, o que implica na não efetivação real dos programas e serviços propostos.

Salvador (2012) afirma que na prática, a política de saúde como também de educação, sofrem com as transferências de recursos do fundo público para as empresas privadas que fornecem serviços de saúde e educação, e que por isso, o financiamento da política de saúde vem enfrentando diversos problemas desde o início da implantação do SUS. Ressaltando a seguinte informação:

A análise tributária revela que foram três fontes que tiveram participação relevante no financiamento da saúde no período de 2001 a 2011. A principal foi a contribuição social sobre lucro das empresas, que respondeu por 35,31% no período. Trata-se de um tributo direto sobre a renda do capital. O segundo tributo foi a COFINS, que representou 28,66% no período. Depois a Contribuição Provisória sobre a



Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), extinta em 2007, que respondeu por 20,32% do financiamento da saúde nos últimos dez anos. A CPMF era, em parte, um tributo proporcional sobre a renda das pessoas e uma parte significativa era repassada para o consumo, pois as empresas respondiam por 70% da arrecadação desse tributo. (SALVADOR, 2012, p. 17)

Isso nos remete a perspectiva histórica de relação e troca de beneficiamentos monetários e fiscais entre o Estado e o capitalismo, que utiliza a importância do fundo público, no financiamento das políticas sociais e principalmente de Saúde para prover a reprodução do seu capital. É possível identificar essa relação através do sucateamento da política de saúde pública e a supervalorização da saúde privada, fazendo com que nesse sentido, o fundo público exerça um relevante papel na manutenção econômica do capitalismo.

Atualmente, há certa divisão de atribuições entre a comunidade e a rede hospitalar que dar suporte principalmente aos CAPS III, devido à disponibilização de leitos hospitalares para contenção de crises e internações previstas nas portarias do Ministério da Saúde, é estabelecida a utilização de leitos integrais como suporte até mesmo em prontos-socorros.

É possível levar em consideração a importância que esse tipo de cobertura tem no processo de tratamento do/a usuário/a, mas os leitos hospitalares ainda remetem a ideia de internação feita pelos hospitais psiquiátricos, deixando claro que não há uma total superação desse modelo de psiquiatria.

A atenção na saúde básica para a saúde mental é um exemplo de trabalho conjunto com a comunidade. Os profissionais de saúde mental do NASF's e PSF's realizam serviços que –consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da Atenção Básica (Brasil, 2007), isso remete ao desenvolvimento de uma prática que engloba também a atenção básica da família, já que se constitui como umas das bases primordiais no tratamento do/a usuário/a.

Entre tantas políticas e programas de saúde mental, é indiscutível a importância que a família exerce no tratamento, mas são necessárias políticas que auxiliem essas famílias em sua manutenção, que podem ir além dos benefícios destinados aos/as usuários/as. O fato é que se não houver um real apoio financeiro e de qualificação para essas famílias e também profissionais, o que vamos encontrar cada vez mais neste cenário são famílias vivendo em total vulnerabilidade financeira e social, dispostas de poucos suportes destinados aos/as mesmos/as

## **1.2 Reforma Psiquiátrica brasileira, desinstitucionalização e desresponsabilização estatal.**

Já após a segunda guerra mundial, houve algumas mudanças no mundo, o Estado passou a intervir de forma a se responsabilizar pela saúde, em uma perspectiva de garantir a vida da população, sendo aplicados atendimentos às pessoas e em especial aos soldados que sofriam com traumas pós guerra. Assim [...] ênfase na solidariedade nacional e investimento na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas associados à guerra. Exemplo: comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e Inglaterra durante e após a Segunda Guerra. (Mourão, 2000, p.20).

A Reforma Psiquiátrica ocorreu no Brasil na década de 1970, por volta dos anos de 1978, com o objetivo de contribuir para a humanização do tratamento das pessoas com transtornos mentais, retirando a ideia de punição e sofrimento. [...] o Movimento de trabalhadores de Saúde Mental, que inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época. (Mourão, 2000, p.22).

Goffman (2001) retrata em sua obra a Reforma Psiquiátrica a partir de reflexões sobre instituições, desde modo, criticando as diversas faces institucionais, entende-se assim como um âmbito de limitação, como também coloca a existência de instituições de acolhimento, dando alusão a Igreja e suas atividades comunitárias. A partir desta análise, pode-se afirmar que a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica, além da busca pela humanização das pessoas com transtornos mentais, foi também uma estratégia de reconhecimento para as políticas sociais de Saúde Mental, ciência e responsabilização estatal.

Desinstitucionalizar implica também superar a condição da dependência em relação aos familiares, sua condição de isolamento e alienação em relação ao social, sua exclusão do mercado, na medida do possível a cada caso. Implica, então, -liberta-sell da condição de -dependência subjetiva, de modo que se trata, então, de retificar a condição de objeto. (SEIDINGER, 2007, p.211)

Para Amarante (2009) o processo de desinstitucionalização proposto por Basaglia, traz em seu seio à superação dos padrões de tratamentos alienantes a loucura, abrindo um novo contexto prático-discursivo e possibilitando a recomplexificação das experiências que classificavam a loucura, apoiando pesquisas no campo da ciência e do conhecimento, além de tecer críticas ao modo produção e reprodução das práticas e conceitos tradicionais.

A reforma psiquiátrica junto com o SUS e a política de saúde mental, assim conquistada, tem como objetivo a universalização do acesso às políticas públicas. Com a desinstitucionalização, houve uma redistribuição das responsabilidades com o/a usuário/a, uma vez que começava a se constituir uma relação entre Estado, família, comunidade e até mesmo a instituição.

No Brasil, o direito à saúde mental é amparado pela Lei e já conta com o acesso gratuito e facilitado a vários serviços públicos de atenção e auxílio. Mas vale lembrar que depende, sobretudo, da existência de condições para uma vida digna, contando, assim, com a constante articulação de indivíduos, comunidades e da sociedade como um todo para a construção de uma realidade social mais justa. (CFESS, 2012, p.12)

Assim, podemos ver que o processo de desinstitucionalização foi responsável pela nova dinâmica na vida das pessoas com transtornos mentais e das suas famílias, além de mobilizar toda a sociedade, articulando a relação família, Estado e comunidade, onde é responsabilidade do Estado garantir o desenvolvimento da política de saúde mental de forma mais efetiva.

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. 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 (VELOSO; CARLOS, 2009, p. 104).

É a partir da descentralização <sup>6</sup> que a esfera federal determina que as ações, programas e gestões públicas propostas pela reforma psiquiátrica e a Lei 8080/90 seja redistribuída de acordo com suas atribuições aos níveis estaduais e municipais, que tendo em vista a má utilização dos recursos financeiros destinados a cada esfera torna a atenção a saúde mental fragilizada.

O fato é que essa mudança está ligada também na política das internações em hospitais psiquiátricos e manicômios, em uma atenção voltada no cuidado comunitário como é proposta pela reforma psiquiátrica, mas que se levar ao ponto de vista de responsabilização

---

<sup>6</sup> Refere-se à capacidade de transferir a responsabilidade do nível federal para outras esferas, a exemplo de estados e municípios.

estatal com o/a usuário/a, e os recursos financeiros destinados para a atenção mental é utilizado de ferramentas que atendam aos interesses do estado, podendo até ser redirecionada para uma perspectiva, nesse contexto, de desresponsabilização estatal.

Essa associação se dá pela necessidade ideopolítica e estratégia neoliberal que vem se arrastando e se consolidando no Brasil desde a década de 1980, defendendo seu posicionamento em manter um Estado mínimo enquanto provedor e regulador de políticas sociais, todavia trata-se de uma política de incentivo à privatização e principalmente nas políticas de saúde e conseqüentemente também na saúde mental, além de todo o processo de sucateamento público.

Desta forma, entende-se que a partir das propostas da reforma psiquiátrica, principalmente humanizadas, o interesse do Estado em uma perspectiva política e econômica entra em um viés majoritariamente institucional, visando apenas retornos, sem se questionar como os/as profissionais vão realizar seu trabalho de forma a oferecer de maneira eficaz o tratamento que necessitam, acabando por absorver uma parcela maior de responsabilidade, como também desenvolvendo uma intervenção voltada mais pra autonomia sobre os/as usuários/as do que uma relação coletiva.

Em contrapartida, no que se refere à responsabilização, o Estado acaba atribuindo a outros sujeitos presentes essencialmente no tratamento do/a usuário/a uma maior responsabilidade, a exemplo da família e dos/as profissionais

A família se tornou fundamental nas políticas públicas pela sua capacidade de desproteção. Nessa perspectiva, a intervenção estatal acontece de forma mais paliativa quando a família não consegue prover ou garantir a proteção e responsabilidade, assim a culpabilização acaba recaindo na atuação familiar, refletindo para uma atuação do Estado de maneira secundária.

Esse contexto de familismo dentro da política social, constitui em caracterizar a maior parte de concentração de responsabilidades e obrigações no ambiente familiar, fazendo com que os serviços disponibilizados pelo Estado através da política social, se estendessem às mesmas atrelando riscos e responsabilidade ao desempenho da família como primeira instância. O fato é que o familismo encontrado na proteção social não é algo novo, desdobra-se desde o século XIX, quando as primeiras formas de seguro social eram institucionalizadas juntamente com a correlação entre família e igreja católica, sendo que ao longo dos anos a familiarização no Brasil não sofreu muitos impactos.

Só após a constituição federal de 1988, embora a familiarização seja uma manobra de estado neoliberal fortemente presente no Brasil na década seguinte, vai haver os primeiros

debates de desfamiliarização nas políticas públicas e redução da responsabilidade em maior escala à família. Portanto, quando se propõe esse debate não significa a retirada da família do processo de tratamento do/a usuário/a, e tampouco opor-se a mesma, e sim à sobrecarga de responsabilidades e a hierarquização do arranjo tradicional familiar, evitando assim a transferência dos cuidados e bem estar do/a usuário/a e suas responsabilidades em quanto Estado para o âmbito familiar.

Nesse sentido, a família como parte integrante e primordial no tratamento do/a usuário/a, absorve uma grande parcela da responsabilização destinada ao Estado, todavia, não apenas a família, mas o serviço e principalmente os/as profissionais que compõem toda a equipe multiprofissional.

Desta forma, entendem-se como uma (des) responsabilização estatal, todas as manobras feitas pelo Estado em concordância com as ideologias neoliberais para o fortalecimento do Estado Mínimo na intervenção e não promoção de políticas públicas que realizem uma maior qualidade de vida dos/as usuários/as e seus familiares, sem responsabilizar a família. Todavia, o Estado utiliza de políticas e práticas assistencialistas para responsabilizar a família e os/as profissionais, distorcendo a ideia da reforma psiquiátrica de inclusão familiar e comunitária.

O que era demanda para o serviço público de saúde, em um cenário de adversidade, passa a ser objeto de intervenção da família, e esta atente as necessidades de bem estar de seus membros por meio de seus cuidados e de sua proteção e isso permite que muitas dessas necessidades não se transformem em demandas para os serviços de políticas como saúde e assistência social. (FOLGHERAITERapudALVES;MIOTO2015, p. 216)

O Estado age como um mero interlocutor secundarista, que não realiza as intervenções necessárias para garantia dos direitos previstos constitucionalmente das pessoas com transtornos mentais, não desenvolvendo políticas públicas e sociais eficazes, que auxiliem no tratamento em si e na manutenção financeira do/a usuário/a e de sua família. Essas ações negativas desenvolvidas pelo Estado, acabam se contrapondo a toda história e trajetória de lutas dos/as trabalhadores/as e seus avanços conquistados na saúde mental do Brasil.

Os desafios postos as políticas sociais na contemporaneidade no que se referem aos direitos dos/as seus/as usuários/as, estão ligados ao não acesso a universalização de seus serviços devido às desigualdades sociais. É necessário [...] as condições objetivas de vida dos usuários dos serviços para que possam, de fato, contar com os procedimentos desses

serviços. (SPOSATI, 2011, p. 109). Ou seja, é preciso que a família crie mecanismos até chegar ao nível em que o indivíduo possa ter seu direito efetivado, a exemplo da responsabilização da família em dispor de condições objetivas para a manutenção de uma criança no âmbito escolar, isso em um cenário onde o Brasil, país com um forte discurso meritocrático desde a década de 1990, passa a influenciar cada vez mais a responsabilidade primária do indivíduo e sua família em criar os próprios mecanismos de acesso aos seus direitos.

Moser; Mulinari (2017) vão denominar essa desresponsabilização do Estado após a década de 1990 de -Pluralismo de Bem-Estar Social, onde afirma que o Estado vai estabelecer suas funções através de uma relação flexível com outras instâncias de proteção social, entre elas a família, que acaba sendo a parte mais sobrecarregada e responsabilizada nessa relação.

Todavia, é de responsabilização do Estado o provimento de políticas públicas que possibilitem a proteção social e até a superação das desigualdades sociais, como também é de suma relevância o aprofundamento da sucinta discussão ora apresentada sobre desresponsabilização estatal-familismo-política social, vislumbrando criticamente nesse âmbito as práticas profissionais e a gestão dos serviços e como se dá a sua atuação na orientação e respeito às famílias e indivíduos requerentes das políticas repensando o seu papel conquistado pela classe trabalhadora.

## CAPÍTULO II SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

### 2.1 Concepção de saúde pública no Brasil

A saúde pública foi levada a patamares maiores a partir da revolução industrial no século XVIII, devido ao grande crescimento populacional nas cidades em consequência do processo de industrialização, e com isso, também ocorreram os agravamentos das questões sociais e econômicas. Esse contexto fazia com que as doenças se espalhassem, além de proporcionar a ausência de médicos em hospitais, em decorrência da falta de qualificação de profissionais nessa área, como também a falta de investimento, dificultando ainda mais a vida da população e principalmente a mais pobre. Doenças essas que se referiam mais ao estado de alta mortalidade, tanto para crianças como adultos, e a doenças ocasionadas pela falta de infraestrutura, resultando em esgotos sem redes de proteções.

Nos séculos seguintes, mais especificamente nos séculos XIX e XX, houve um aprimoramento e melhoria gradativa das condições de infraestrutura das grandes cidades devido ao desencadeamento de movimentos sociais, que tinham a finalidade de suprir as suas necessidades básicas e sociais que vinham ameaçadas com o agravamento da questão social<sup>7</sup>.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde trata a saúde pública como –um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Portanto, entende-se que saúde perpassa dentre várias dimensões na vida e no cotidiano da sociedade, não limitando o termo apenas a perspectiva biológica, mas sim a todos os sujeitos que compõem uma sociedade e suas condições de vida e possibilidades de acesso a ela, como também aos seus direitos.

No Brasil, a saúde pública começa a se construir no início do século XX, através das práticas sanitárias, em um contexto de tentativa de inclusão do capitalismo no Brasil. Nesse sentido, a saúde pública vai ser tratada como uma forma de política pública através do campo de direitos sociais, a partir da responsabilização estatal, com a finalidade de proteção social. –A Saúde pública surge, então, como um saber específico, voltado às relações interpessoais, à vida familiar privada e à ocupação do espaço público nas cidades! (Vasconcelos 2000, s.p).

<sup>7</sup>Para Yamamoto (1998, p.27) –A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.!

Mas foi a partir da ideia das CAP'S, uma espécie de caixas de aposentadorias e pensões destinadas aos/as trabalhadores/as de construções ferroviárias e bancários, decretado em lei por Eloy Chaves em 1923 que a saúde começa a ser tratada como um direito aos/as trabalhadores/as, mesmo que de forma seletiva e centrada, uma vez que só dispunha daquele direito quem contribuísse mensalmente. Sendo que foi a partir do governo de Getúlio Vargas, com a abertura das CAP'S para outros grupos da sociedade e não mais para específicos, redirecionando seu significado para Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP'S), onde a saúde acabaria se tornando nos anos seguintes, uma forma de assistência como parte integrante da seguridade social em sua tríade: saúde, assistência social e previdência social.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2001, s.p)

Nesse mesmo sentido, Bravo (2001) vai dizer que foi no governo militar que houve uma maior concentração de investimentos e alianças em iniciativas privadas no País, não havendo, portanto, o interesse da parte dos militares em aumentar e desenvolver investimentos em uma saúde pública de maior qualidade, outro fato é que se por um lado o governo militar não tenha por anos investidos em saúde pública, por outro, foi responsável por uma grande jogada com todo o processo de construções e aparelhamento de hospitais nos anos seguintes, que mais tarde foram entregues a iniciativa privada, por não ter principalmente a capacidade de manter o andamento dos hospitais, além de uma baixa concentração de profissionais qualificados/as, o que podemos notar que hoje no Brasil, os grandes hospitais em sua maioria, pertencem à iniciativa privada.

Todavia, foi no governo Vargas (1930 – 1945) que houve um maior enfrentamento na questão de saúde pública, ele foi responsável pela institucionalização da saúde pública, com uma chamada de -nova ordem na saúde que prezava o compromisso do Estado em estabelecer uma melhor qualidade no bem estar sanitário da população, como também foi iniciativa do seu governo tratar a saúde relacionada à educação. Com isso, tinha-se o objetivo de conscientização da população no seu cotidiano com práticas que desenvolvessem uma maior higienização de hábitos básicos, em que principalmente as pessoas mais pobres não tinham acesso a informações desse aspecto, e assim pudesse evitar a proliferação de doenças de caráter infecto-contagioso, muito comum entre as classes mais pobres.



O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais. (BRAVO, 2001, s.p)

Para Santos (2013) o período em que se estabeleceu o governo de Getúlio Vargas foi de extrema importância para a saúde pública no Brasil, uma vez que conseguia levar informações e compromisso para a população mais pobre que não tinha acesso aos quesitos básicos de saúde, propagando reflexões que atingiam diversos setores da sociedade com temas de interesses de todos/as, a exemplo do alcoolismo, e mesmo que tenha sido um governo que tenha atendido também aos interesses do capital, utilizou dessa ferramenta e conseguiu alavancar alguns seguimentos de setores públicos e conseguir chegar à população mais carente, como aconteceu no seu investimento com a saúde pública.

Através desse grande passo dado por Vargas em relação à saúde pública do Brasil, mais especificamente na década de 1980, mesmo que ainda em contexto ditatorial e regido por fortes lutas em movimentos sociais e sindicais contrários ao governo militar, a saúde pública foi um dos setores mais atingidos pela crise que se desencadeava naquela época e funcionavam de forma plural, com vários tipos de modelos de assistência que formava uma espécie de misto com os setores privados, públicos e liberais.

A questão saúde e democracia ganha visibilidade e a relação entre ambas passa a ser apresentada constantemente nas pautas dos movimentos sociais e em suas manifestações. A luta pela saúde ampliou-se e favoreceu a articulação com outras entidades e movimentos populares. Destacavam-se, nesse período, como reivindicações das diversas manifestações: a luta pelo saneamento, água, luz e postos de saúde; a luta pelo fortalecimento do setor público e promoção da saúde e a luta pelas questões concretas da vida, impulsionada pelas Comunidades Eclesiais de Bases (SANTOS, M, A. 2013, p.236).

A saúde foi um dos primeiros setores a sentir o forte efeito do golpe militar com a redução das verbas que eram destinadas a saúde pública através da política e segurança e desenvolvimento, transferindo essa verba para o crescimento do orçamento dos transportes, comércio, indústrias e os ministérios militares.

A saúde pública no período ditatorial é marcada pela compra de serviços assistenciais da esfera privada, sendo criado em 1965 o Instituto Nacional de Previdência (INPS), que determinava um modelo hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, com isso, estabelecia-se a medicalização da saúde, onde a medicina incorporava responsabilidades

de cunho social que não lhe pertenciam, ou seja, a medicina naquele momento caracterizava-se como uma instituição de controle social e verdade absoluta e caráter neutro.

Através da medicalização da saúde, o indivíduo era responsabilizado/a pelas suas enfermidades, era um enfrentamento moral. As questões sociais passavam a ser cada vez mais medicalizadas, assim sendo determinadas como doenças a serem curadas, a exemplo da homossexualidade, alcoolismo e tudo que saia do círculo de padrões estabelecidos pela sociedade. Tratava-se de um modelo em que todos os serviços eram desenvolvidos pelos hospitais, fazendo com que essas mesmas instituições não suportassem as altas demandas devido a sua baixa oferta de serviços. Foi também o período de unificação dos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões) para maior controle dos militares.

Postos a esse contexto, o Estado buscou terceirizar a saúde, possibilitando ao setor privado a conquista de mais benefícios financeiros, por conta dos recursos feitos pelo governo às empresas que não retornava de maneira adequada a população os seus serviços, se traduzindo em um período ineficiente e com pouca atenção a saúde, ou seja, esse padrão médico assistencial privativista tinha como característica a centralização a exclusão da perspectiva de cidadania, o tecnicismo e a centralização político-administrativa.

Ainda de acordo com Santos (2013) que em 1977 surge o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), se desdobrando na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), esse órgão era responsável por prestar assistência médica baseada na lógica da compra de serviços médico-hospitalares da esfera privada.

Foi durante esse período que as entidades filantrópicas diante a ineficiência do governo e o modelo hospitalocêntrico, assumem grande parte da responsabilidade do Estado por meio de parcerias com organizações comunitárias e auxílio aos movimentos sociais como meio de recepção das reivindicações populares a cerca do agravamento das questões sociais.

A filantropia adquiriu relevância social frente à desresponsabilização do Estado com as políticas públicas, principalmente nas áreas sociais. As entidades filantrópicas passam a desenvolver trabalhos que tem como objetivo novas formas de atender as demandas dos vários segmentos da sociedade em que o Estado não conseguia intervir e promover seus direitos, seja por má execução de estratégias ou até mesmo desinteresse, já que não trazia retornos consideráveis de seus interesses. Atualmente sua relevância ocorre também devido às práticas neoliberais e sua capacidade de desarticular estabilidade social, política e econômica.

Foi nesse contexto de decadência e posteriormente queda do governo militar que aconteceu na década de 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde, que segundo Santos (2013), tinha como finalidade central:

a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, que buscava implementar um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e apresentava como pressupostos básicos a extensão da cobertura, a integração dos serviços existentes dos diversos níveis de complexidade e a regionalização do atendimento por área definida, assim como, a participação da comunidade.(s.p)

Tratava-se de certa forma a universalização dos direitos básicos à saúde e principalmente à saúde pública, que mesmo em um cenário bastante complexo, se configurava em uma conquista oriunda de reivindicações populares. Toda a década de 1980 foi marcada de conquistas e avanços em todos os aspectos no Brasil, podendo destacar o começo da queda do governo militar e a massiva participação da população nas decisões sociais.

Bravo (2013) aponta:

Em síntese, na década de 1980 foram negligenciados os dois reais objetos da disputa: no plano econômico, a eficácia da despesa com a melhoria de vida e, no plano ético-social, o valor da saúde considerado prioritário para os indivíduos, mas ocupando uma posição bastante inferior nas prioridades do Estado (p.89).

O ano de 1986 foi palco da VIII Conferência Nacional de Saúde e implementação do SUS com a lei nº 8.080, sancionada em 19 de setembro de 1990, após a constituição federal e a efetivação da universalização do direito à saúde, assistência social e previdência social para todos/as através da seguridade social.

Na década de 1990, o país passava por inúmeras crises políticas devido às descobertas de irregularidades no governo vigente que resultou no processo de impeachment, toda essa conjuntura implicava no desenvolvimento do SUS, que não conseguia avançar a saúde pública brasileira e não tinha os seus princípios postos em prática como previsto em lei.

Já no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), a saúde pública sofre impactos com a consolidação da política neoliberal e sua perspectiva de sucateamento e privatista das políticas públicas e sociais.

O projeto da saúde vinculado ao mercado e à privatização impõe ao Estado a garantia de efetivar apenas ações mínimas na saúde, com caráter focalizado para atender o cidadão que não pode pagar pelo serviço. Essa proposta visa o estímulo à privatização da saúde, fortalecendo um sistema para os consumidores e deixando o SUS restrito apenas aos cidadãos pobres, por meio de programas precários e focalizados. (SANTOS, M, A. 2013, p. 237).

A realidade em que a saúde pública perpassou nessa década não se distancia da vivida pelos/as beneficiários/as da previdência social, ao contrário, andam lado a lado em uma perspectiva de seguro social e com a ideia que o Estado propagava e ainda o faz, de que o privado tem mais qualidade do que o público. Isso se perpetua cada vez mais à medida que o próprio Estado sucateia as políticas públicas e sociais, em um processo que acabe com uma intervenção mínima, secundária ou até mesmo de total desresponsabilização estatal.

O então Estado estava passando por uma crise fiscal, fazendo com que desencadeasse –reformas‖ para restabelecer a sua governabilidade. Em parcerias com organizações internacionais, FHC se comprometia a realizar reformas que trouxessem a confiança do mercado financeiro para o país, assim era preciso reduzir os gastos públicos em uma perspectiva de disciplina fiscal. Incidem também outros fatores no –pacote de reformas‖, tais como a reforma tributária, que tinha como objetivo a maior contribuição das pessoas com menores rendas, além das privatizações das empresas estatais, regulação das taxas de juros do mercado, entre outras.

Mediante inúmeros projetos de reformas, o Brasil vai sofrer com um amplo programa de terceirizações e privatizações das instituições públicas e em especial a área da saúde. Isso se deu através de um projeto denominado de –publicização‖, onde as instituições públicas cediam às instituições privadas parte dos seus recursos, sejam eles humanos materiais ou físicos. Esse projeto foi aprovado em 15 de maio de 1998 com a lei de nº 9.637, e teve como resultado o início do processo de flexibilização do SUS.

A publicização regulamentava o terceiro setor (associações e entidades sem fins lucrativos) como executor de políticas públicas e sociais através de Organizações Não Governamentais (ONG's) e Instituições filantrópicas. Isso possibilitava de forma legal a intervenção mínima do Estado, transferindo para ações voluntárias e a solidariedade da comunidade.

Com toda relevância que teve a implantação do SUS, esse sistema de saúde ainda se encontrava frágil em sua estrutura, principalmente quanto a seu princípio de assistência e toda a totalidade que a envolve, a exemplo da descentralização e sua má gestão financeira, a universalização do acesso, que embora tivesse o objetivo que atender todos/as igualmente e que houvesse uma maior ampliação dos serviços disponibilizados pelo sistema, não havia verbas suficientes para cobrir todas as despesas requerentes aos serviços.

Isso significa que toda a saúde pública do Brasil se sustentou em bases de avanços e conquistas importantes, onde os/as maiores protagonistas foram a população através de movimentos e lutas sociais, mas que devido à interesses políticos e de alguns segmentos da

sociedade, acabou se tornando deficitárias, frágeis e insuficientes para atender as necessidades das classes mais pobres.

Bravo (2013) ainda vai dizer que todo o processo de avanços conquistados na década de 1980 vai ser desconstruído na década seguinte, em uma tentativa de –reformall que se configurou em uma contra-reforma e toda a vinculação da saúde com o mercado, a privatização, e a retomada das práticas filantrópicas em busca da redução de gastos por parte do Estado com o objetivo de superação de crises, onde a população e em geral a mais pobre, fica a responsabilidade de arcar com as conseqüências.

Nesse sentido, entende-se que a saúde pública no Brasil é fragilizada por inúmeras tentativas de desmontes por parte do Estado e os segmentos burgueses da sociedade, que vem ocorrendo décadas após décadas, onde o SUS principal sistema de saúde pública não consegue desenvolver o que preza em lei. Assim, a saúde, por vezes, acaba sendo tratada com a passa concepção sistemática, tecnicista e biológica de definição de saúde, não englobando e abarcando as várias dimensões e o cotidiano da vida daqueles/as que necessitam.

## **2.2 Gênese do Serviço Social na saúde mental: dilemas e contradições.**

É importante destacar que inicialmente, o Serviço Social no âmbito da saúde, se deu como um auxílio nos hospitais, principalmente para figura do médico que solicitava seu trabalho como uma forma de não aproximação com a realidade os/as usuários/as. Todas as ações profissionais desencadeadas pelos/as Assistentes Sociais nesse momento serviram como práticas imediatistas que se adequavam as instituições e cabiam nos moldes de legitimação e controle do Estado, de acordo com Bravo (2013). Tratava-se de ações conservadoras, com um corpo humanitarista e mediador de tensões que pudesse vir a prejudicar o seu andamento. Vale salientar que nessas primeiras aproximações houveram alguns conflitos referentes à suas atribuições diante o surgimento de novas demandas, assumindo em determinados momentos um caráter voltado para as práticas psiquiátricas.

os assistentes sociais quando lidam com a política de saúde, mediatizada pela sua operacionalização nos serviços de saúde, não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da saúde.(MATOS, 2013, p.63)

O debate acerca da saúde mental adquiriu amplas proporções que ultrapassaram as questões biológicas, envolvendo o/a indivíduo em sua totalidade bem como seu espaço na sociedade, desta forma declara como visto anterior mente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao conceituar a saúde como –um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

A saúde mental vai se constituir como um vasto campo de compreensão e atuação na área das políticas públicas da saúde, tendo em vista toda a necessidade coletiva dos saberes científicos e pesquisas que compõem a interdisciplinariedade das profissões, onde podemos destacar a atuação do Serviço Social.

A gênese do serviço social na saúde mental do Brasil se deu na década de 1940, haja vista que naquele momento o Serviço Social era caracterizado pelo conservadorismo católico, a tecnificação das bases norte americanas e a dimensão conservadora da teoria social positivista. Foi uma década de formação dos/as primeiros/as assistentes sociais que eram inseridos/as mesmo que em pequenas quantidades, por se tratar de um período que não dispunha de um grande número de profissionais, em hospitais e instituições psiquiátricas com a finalidade de prestar assistência social, mas também em assistência aos/as trabalhadores que sofriam com as consequências oriundas da relação trabalho e capital.

O Serviço Social na década de 1940 desencadeava na saúde mental uma atuação voltada para a higiene social, era uma prática imposta pela própria saúde mental através da moralização do/a indivíduo e sua família, isso se dá pela reatualização dos moldes de tratamentos físicos devido a uma distorção dos métodos dos tratamentos morais Pineliano, que a transformava em medidas higienistas e organicista, como já visto no capítulo anterior, essa atuação profissional se estende até meados da década de 60. Para além dessa prática entende-se como um trabalho:

[...] atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou contatos familiares para preparação de alta, confecção de atestados sociais e realização de encaminhamentos, em um tipo semelhante ao aftercare psiquiátrico, porém mais burocrático e massificado. Nesse sentido, a intervenção profissional se constituiu como subalterna, burocrática, superficial e, em alguns casos, assistencialista. (MACHADO, 2007, p.36)

Entende-se que os/as assistentes sociais eram vistos meramente como técnicos/as e não com o caráter profissional que lhes competia, e todas essas imposições e subordinações atribuídas aos/as profissionais eram acatadas devido ao seu ainda viés histórico de conservadorismo, acriticidade e psicologização que marcaram o início da profissão.

No Brasil, em 1964, mediante o contexto de ditadura militar e seu caráter centralizador de administração, e em meio às inúmeras reformas desenvolvidas principalmente na previdência e na saúde pública, a atenção a psiquiatria se dava com a iniciativa de atendimento privado através da previdência, assim sendo possibilitou o aumento de clínicas psiquiátricas privadas e a efetivação do Serviço Social na psiquiatria na década de 1970.

O Serviço Social foi inserido naquele contexto como executor das políticas sociais da saúde mental, o fato é que o então governo ditatorial ampliou as políticas públicas para conter as reivindicações dos movimentos sociais que eram contrários ao regime. Foi uma medida totalmente contraditória, haja vista que os mecanismos públicos e principalmente de saúde que o governo dispunha era hospitalocêntrico e ineficiente com as demandas, fazendo com que o/a assistente social agisse como um mediador de conflitos e neutralidade no que se refere o desenvolvimento do seu trabalho.

Nesse sentido os/as assistentes sociais enfrentavam uma ação pautada na burocratização, não conseguindo compreender de fato a objetivamente e subjetivamente a totalidade do/a indivíduo e aplicar as mediações necessárias para atender as suas necessidades, sempre retornando para práticas conservadoras e manicomialis. Vale salientar que embora estivesse inserido em um contexto controverso e de interesses medicinais e do capital, nesse período também já podia constatar algumas ações profissionais voltadas mais para humanização do/a indivíduo com transtornos mentais, isso se dá em relação às primeiras reformas que a psiquiatria vinha sofrendo com o passar dos anos.

Entende-se assim que no pós 64 o Serviço Social foi inserido na saúde mental para atender aos interesses do Estado e da psiquiatria, sem considerar as relações sociais que dinamizam as necessidades do/a usuário/a, apenas focando a sua visão para compreensão interna. Aponta-se então:

[...] após 1964: a modernização conservadora dos aparatos do Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, à centralização do controle desses serviços através da unificação dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar, instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos (e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial do Brasil, visado pela ditadura, foi estendida a área da saúde. (BISNETO, 2007, p.26)

Isso se dar através da relação entre o Estado ditatorial e a necessidade de desenvolvimento do capitalismo, fazendo com que essa perspectiva modernizadora dos mecanismos do Estado buscase omitir as consequências desse sistema, porém os seus serviços públicos não conseguiam responder as suas demandas do setor da saúde mental, como também ao fator social que o/a usuário/a estivesse inserido/a, a exemplo da pobreza e a exclusão social. Todo esse contexto não possibilitava ao Serviço Social o seu amadurecimento crítico na saúde mental e em todo o seu aparato teórico, operativo, metodológico e político.

Ao longo da década de 1970 o Serviço Social passava por um momento que buscava novas concepções e reflexões da prática profissional em geral com o movimento de Reconceituação. Para Netto (2005) esse movimento significa:

[...] o conjunto de características novas, que no marco das constrictões da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições (...), procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais. (p.131)

O trabalho do Serviço Social na saúde mental ainda vai enfrentar dificuldades, embora seja um movimento de grande relevância para a profissão. Até aquele momento carregavam no seu aparato teórico resquícios da perspectiva modernizadora, recaindo na psicologização das relações sociais, onde suas práticas profissionais eram regidas pela lógica de caso, grupo e comunidade, trazendo em seu arcabouço práticas de tecnificação e mediação de conflitos. Esses desafios enfrentados pela profissão se davam por não conseguirem estabelecer uma metodologia para atuação, pois não havia articulações de novas ideias para o exercício profissional.

Já na década de 1980, o Serviço Social e a saúde mental ganham novas discussões, esse período que sucedeu o movimento de reconceituação veio para elucidar as práticas que vinham sendo utilizadas pela profissão desde a sua gênese. Esse período também é marcado com o surgimento de um novo cenário político, social e cultural, a eclosão de organizações e movimentos sociais que impulsionaram anos depois a queda do governo militar.

Sendo assim, através das influências do movimento sanitário e a conjuntura da Reforma psiquiátrica, o Serviço Social vai dispor de discussões mais crítica em relação a sua prática na formação política e social dos/as assistentes sociais, que a partir do novo viés marxista, o processo de redemocratização e a elaboração da Constituição Federal de 1988 e posteriormente o marco da luta manicomial com o Projeto de Lei de 1989, o Serviço Social



vai ter como objetivos de atuação com o/a usuário/a: garantir o atendimento humanizado, promover a conquista da cidadania e a autonomia dos/as usuários/as, promover a inclusão dos/as usuários/as na família e na sociedade e promover a universalização dos direitos sociais, políticos e econômicos, além da defesa desses direitos.

A atuação do/a assistente social foi sendo cada vez mais utilizado, pois os serviços que substituíam os antigos moldes necessitavam mais a participação desses/as profissionais. A aprovação do código de ética de 1993 e a efetivação do Projeto ético-político na mesma década, tinha como valores a defesa dos direitos humanos, cidadania, reconhecimento da liberdade como valor central e extinção de quaisquer tipos de preconceito, fazem com que os novos desafios do Serviço Social na saúde mental, exigem um/a profissional capacitado/a, crítico/a e apto no desenvolvimento de novas ações, além de estimular a participação da sociedade.

A década de 1990 foi um período de grandes avanços na política de Saúde Mental do Brasil, como também no próprio Serviço Social, porém desde então o desenvolvimento do trabalho do/a assistente social neste âmbito ainda perpassam desafios devido ao contexto de inúmeras tentativas de ajustes fiscais com a política neoliberal, a busca de retirada dos direitos sociais dos/as usuários/as, além da precarização do trabalho.

Portanto, desde a sua gênese o Serviço Social vem travando lutas pela quebra do viés conservador que assombra a profissão, como também na busca de reconhecimento como uma profissão essencial na saúde mental e não de subordinação ao Estado e as profissões consideradas socialmente como de elite, além de bater de frente com o sistema capitalista e a política neoliberal na luta pelos/as direitos/as dos/as usuários e aos seus direitos como trabalhadores, tendo em vista que o/a assistente social também esta inscrito na divisão social do trabalho.

### **2.3 Atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social na Saúde: À luz dos parâmetros do CFESS.**

O trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, assim com o Serviço Social na sua totalidade, vai surgir a partir da emergência do desenvolvimento do sistema capitalista, todavia no Brasil, a revolução burguesa se deu de forma tardia, fazendo com que a

importância da atenção a saúde nos séculos XVIII e XIX acontecesse de forma distinta em relação aos outros países europeus que eram protagonistas.

O trabalho dos/as assistentes sociais na saúde teve início nos Estados Unidos no século XX, onde foram implantados/as em diversos hospitais e tinham como função o auxílio às atividades dos médicos, fazendo uma espécie de ponte de comunicação entre o médico e o/a doente e sua família. Era uma função humanitária, solidária e imediatista dentro da instituição, focada nas suas qualidades morais e pessoais.

Para Bravo (2013) a ação deste/a profissional na saúde durante mais da metade século XX vai estabelecer as bases das práticas que servirão como instrumento de legitimação e controle do Estado e do capital. Mediante todos os desafios que a profissão perpassou desde a sua gênese em todas as suas áreas de atuação, sendo que entre os anos que se estenderam o período ditatorial (1964 e 1985) é compreendido no Serviço Social como anos de construção de novas bases e fases na profissão com a perspectiva de renovação do Serviço Social. Netto (2005) vai apontar como sendo um período de autocracia burguesa, pois o Serviço Social naquele momento precisava atender as demandas desencadeadas em decorrência daquele cenário obscuro da história do Brasil, nesse sentido, a atuação profissional era desenvolvida nos moldes conservadores da profissão através das práticas assistencialistas, imediatistas e com teor caritativo.

[...] atendia a duas necessidades distintas: a de preservar os traços subalternos do exercício profissional, de forma a continuar contando com um firme estrato de executores de políticas sociais localizadas bastante dócil e, ao mesmo tempo, de contrarrestar projeções profissionais potencialmente conflituosas com os meios e os objetivos que estavam alocados as estruturas organizacional - institucionais em que se inseriram tradicionalmente os assistentes sociais.(NETTO, 2005, p. 118)

Com base em Netto (2005) toda a prática do/a assistente social naquele momento era de submissão e reprodução da autocracia burguesa, executando as políticas sociais e mediando conflitos entre o Estado e sociedade, através da busca pelo controle e ordem entre ambos, mas que também nesse contexto evidencia-se uma expansão do mercado do seu mercado de trabalho.

Sendo assim, o Serviço Social após esse período vai buscar através do processo de reconceituação uma prática efetiva com bases políticas, teóricas e metodológicas que fundamentassem uma atuação crítica na leitura da realidade da sociedade, que se deu com a intenção de ruptura. Portando, com a constituição federal de 1988 e a efetivação dos direitos civis, o serviço social vai dispor de mais uma das suas maiores conquistas, a elaboração e

promulgação do código de ética de 1993 e a efetivação do Projeto ético-político também na década de 1990. Com ele o/a assistente social passaria a ter um guia para o seu exercício enquanto profissão.

Requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados à pesquisa da realidade, possibilitam decifrar situações particulares com que se defronta o assistente social em seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas, requisita também, um profissional versado no instrumental técnico-operativo capaz de potencializar as ações no nível de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los. (IAMAMOTO, 2007, p. 208)

Desta forma, os/as profissionais vão se engajar na defesa dos parâmetros de atuação do projeto ético-político, além de vincular suas ações pautadas mediante o projeto societário que os/as trabalhadores estão inseridos/as, mantendo a luta contra o sistema vigente. Cabe salientar que o objetivo desde tópico é apresentar de forma resumida e reafirmativa, os parâmetros para a atuação do/a assistente social na saúde desenvolvido pelo CFESS.

A partir desta perspectiva, as atribuições e competências dos/as assistentes sociais, seja na saúde ou quaisquer outras áreas, devem ser orientadas de acordo com o Código e Ética da profissão e a Lei que Regulamenta a Profissão 8.662 de 7 de junho de 1993, onde estão compostos todos os seus direitos e deveres por meio do artigos 2º e 3º do Código de Ética que vai enfatizar os direitos que asseguram os/as assistentes sociais.

Com o intuito de que o/a assistente social da área da saúde possa atuar de modo a afastar-se de abordagens conservadoras, funcionalistas, e pragmáticas herdadas das suas primeiras aproximações com o setor da saúde, o CFESS vai estabelecer os -Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.

É importante salientar que o processo de renovação do Serviço Social, o processo de redemocratização do Brasil e o movimento de reforma sanitária aconteceram quase que paralelamente, sendo visível que os seus propósitos e debates coincidem a exemplo de uma maior participação do Estado, práticas institucionais e políticas públicas, fazendo com que o movimento sanitário trouxesse avanços para o Serviço Social na saúde nos âmbitos institucionais, políticos e acadêmicos.

Assim, mediante a criação do SUS, o trabalho do/a assistente social vai se desencadear inicialmente através de um diálogo crítico herdado da vertente marxista com o

processo de renovação e as identificações das linhas técnico-políticas culminados pela reforma sanitária.

O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. Os desafios são muitos. Apesar dos avanços, a exemplo da realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, muito tem de se construir na implementação da política e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, como órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimentos dos trabalhadores, com destaque para a organização sindical, entre outros. (CFESS, 2010, p.40)

O Serviço Social na saúde vai precisar pensar e desenvolver a sua prática compreendendo a dimensão de que ao mesmo tempo em que a política de saúde é defendida por diversos segmentos da sociedade devido ao seu caráter universalizador, em outras instancias vem sendo despolitizada, desta forma, vai ser demandado do/a assistente social uma postura que possa identificar os potenciais do espaço de atuação como também ampliar as relações interpessoais com os/as usuários/as.

O CFESS (2010) vai destacar que na saúde mental, o/a assistente social vai ter o dever de contribuir para que a reforma psiquiátrica conquiste o auge do seu projeto ético-político, além de preservar sua identidade profissional enfatizando as determinações sociais e culturais.

Assim, o CFESS elaborou parâmetros que vão auxiliar de forma significativa, todo o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, determinando atribuições que são privativos destes/as profissionais, suas competências e desenvolvendo um conjunto de eixos com ações voltadas, que, de acordo com o CFESS (2010) para a mobilização e participação social dos/as usuários/as, familiares, trabalhadores da saúde e os movimentos sociais, tendo como objetivo a contribuição na organização da sociedade e dos/as usuários/as enquanto sujeitos políticos.

Desta forma, os/as assistentes sociais na saúde vão atuar em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Com predominância das ações sócioassistenciais, de acordo com CFESS (2010) os/as profissionais vão realizar um trabalho interdisciplinar e socioeducativo, atendendo direto aos/as usuários/as através de serviços que vão desde a esfera de atenção básica da saúde até a média e alta complexidade, integrando uma rede de serviços, a exemplo das Estratégias de

Saúde da Família, Policlínicas e o apoio Psicossocial (redes CAPS). Para isso é necessário que o/a assistente social desenvolva uma prática investigativa, com planejamento, mobilização e participação coletiva dos/as usuários/as para garantia dos seus direitos.

Com relação ao eixo de mobilização, participação e controle social, o CFESS (2010) vai trazer reflexões acerca das atribuições que o/a assistente social possui na –ouvidoria em saúde, é feito uma espécie de ligação entre os/as usuários e a instituição, onde estão as seguintes ações:

estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde; mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde; articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos; participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva; participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde; contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais; estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica; estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático; incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal; participar na organização, coordenação e realização de pré conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional); democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos; socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos; estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais; identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde. (CFESS, 2010, p. 58/59).

A Ouvidoria de saúde preconiza a melhoria dos serviços que são prestados, como também a expansão da democracia e cidadania. A reflexão que o CFESS faz acerca dessas atribuições, trata-se da possibilidade de ultrapassagem das competências e atribuições dos/a assistente social, tendo em vista que esse trabalho deve ser feito em coletivo. Outra questão que o CFESS levanta é a problemática de que todas as críticas e sugestões apresentadas

pelos/as usuários/as acontecem de formas individuais, e não coletiva, uma vez que as respostas precisam ser desenvolvidas para o coletivo, pois se trata de um sistema público.

No que se refere ao eixo investigação, planejamento e gestão, são da competência do/a assistente neste âmbito:

elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe; contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas; participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão; elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação; identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros; realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados; participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social; realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde; identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais por meio da realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais); participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual; realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias; fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade; participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho; realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional. fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas; criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais; integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional; sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação(CFESS, 2010, p.62/63).

Em relação à assessoria, qualificação e formação profissional:

fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis; formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos; criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas; participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular; participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos,

investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde; participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional; qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada; elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição; criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade; assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade (CFESS, 2010, p.64/65).

Por fim, o CFESS (2010) vai trazer a atuação dos/as assistentes sociais no quarto eixo da saúde, onde segundo o mesmo, vão realizar atividades de qualificação e formação profissional, visando o seu aprimoramento profissional e assim proporcionar a melhoria da qualidade dos serviços prestados, envolvendo a educação dos/as trabalhadores de saúde, gestão conselheiros/as da saúde, representantes, comunitários, como também a formação de estudantes da área da saúde e residentes, além de assessoria. Essas atividades podem ser realizadas pelos/as assistentes sociais como também outros/as profissionais da saúde. No que se refere à formação profissional, vai envolver a criação de campo de estágio, supervisão de estagiários/as, como também a criação e participação nos programas de residência multiprofissional ou uniprofissional e a preceptoria de residentes.

Assim, o CFESS (2010) também vai destacar que uma preocupação central que deve nortear a formação profissional é o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: a universalidade, integridade e participação social, desta forma. O debate com relação à revisão do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde é fundamental, como também da gestão democrática, pública e universal.

Nesse sentido, entende-se que os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde além de pautar as bases para o desenvolvimento do trabalho do/a profissional, busca a quebra do conservadorismo, tecnicismo e imediatismo herdado da gênese do Serviço Social na saúde, vinculando-se sempre ao código de ética e projeto ético-político, a fim de uma atuação crítica na luta pela equidade, justiça social e valorização dos direitos humanos, sem quaisquer tipos de preconceitos, mostrando detalhadamente todas as atribuições e competências dos/as assistentes sociais nesse âmbito.

### **CAPÍTULO III**

## **A PESQUISA EXPLORATÓRIA DE CAMPO: DESVENDANDO A REALIDADE IDENTIFICADA NA PESQUISA.**

### **3.1 Contextualizando a concepção da relevância do CAPS III na perspectiva do/a Assistente Social e outros/as profissionais e suas intervenções.**

De acordo com as informações disponibilizadas pelo portal do Ministério da Saúde, Brasil (2013/2018), a política de saúde mental é uma ação do Governo Federal administrada pelo mesmo, compreendendo e adotando estratégias e diretrizes com o objetivo de proporcionar assistência às pessoas com necessidades de tratamentos e cuidados específicos em saúde mental, abrangendo para as pessoas desde ansiedade, depressão até as com dependência em substâncias psicoativas.

A política nacional de saúde mental além do/a usuário/a, realiza o acolhimento com seus familiares transformando em uma estratégia de atenção fundamental onde são identificadas principalmente as suas necessidades assistenciais no tratamento, como também o planejamento das ações de intervenção necessárias em cada caso. O Ministério da Saúde vai atuar de forma preventiva nos problemas relacionados à saúde mental e dependência química.

No mais, os centros de atenção psicossociais tendo como base a reforma psiquiátrica, tratada nos capítulos anteriores, e a administração do Ministério da Saúde, fazem parte de uma Rede de atenção psicossocial (RAPS) onde suas diretrizes e estratégias são desenvolvidas pelo Governo, havendo uma descentralização do nível Federal para Estados e Municípios, onde os CAPS são os principais centros de atendimento dessa rede. Sendo assim, segundo o Ministério da saúde:

São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional 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. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios). (BRASIL, 2013/2018, s.p)

Sendo assim, ainda com base nas informações do Portal do Ministério da Saúde, os órgãos de atendimento que também compõem a RAPS além dos CAPS, são as Urgência e emergência: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24h e pronto socorro, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, Comunidades Terapêuticas, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Hospital-Dia. Em Sousa-PB,



a RAPS é composta pelos CAPS i, Ad, e III, além da residência terapêutica (SRT), SAMU, UPA 24h, e os leitos no Hospital Geral no Regional.

O CAPS III é um serviço regional de referência de atenção à saúde mental para vinte e seis municípios que compõem a rede de atendimento, pois é o único que dispõe de atendimento e acompanhamento completo para os/as usuários e suas famílias.

Tem em seu conceito, a oferta de atendimento para quem dele necessitar, bem como realização de acompanhamento clínico desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, a fim de se chegar à ação final que é a reintegração na sociedade dos indivíduos. Dessa forma, atua na busca pela universalização de acesso, possibilitando que o/a usuário/a fortaleça seus vínculos familiares e comunitários.

Foi instalado em 1 de maio de 2003 baseado na lei 10.216 que proporcionando um atendimento mais humanizado as pessoas com transtornos mental, através das Portarias do Ministério da Saúde, dentre elas estão a de N° 3.089 de 23/12/2011 que institui recursos financeiros para consolidação da implementação dos CAPS, visando acesso integral às ações de saúde mental, álcool e outras drogas (substâncias psicoativas), a de N° 3.088 de 23/12/2011 instituindo a RAPS no ambiente do SUS, a de N° 148 de 31/12/2012, que define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Geral referência, compondo a RAPS e instituindo recursos financeiros e a N° 130 de 26/01/2012 que redefine o CAPS AD 24h (CAPS AD III), desta forma, preconizando a reinserção dos/as mesmos/as na sociedade civil.

Em Sousa, o CAPS III funciona em local próprio, a estrutura física é antiga e necessita de uma reforma que venha a transformar o local em um ambiente mais acolhedor, pois se trata de uma antiga maternidade localizada na Rua Sady Fernandes de Aragão, S/N-Centro, seu público alvo são adultos com transtornos mentais de alta e média complexidade. Hoje a instituição encontra-se funcionando há alguns meses em uma residência em frente à Policlínica Mirian Benevides Gadelha, na Rua Cilinha Gadelha, devido a uma reforma no antigo prédio que segundo aos profissionais da mesma, até o momento não teria começado.

Dos seus Objetivos pode-se destacar o cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo; Evitar as internações e ou reinternações da pessoa com transtorno mental, estimulando a permanência da mesma junto à família e a comunidade; Prevenir rotulação, estigma e cronificação; Promover a reabilitação e inclusão social da pessoa com transtorno mental; Funcionar como referência para as equipes do programa de saúde da família e centros de saúde, consolidando a implantação do modelo; Auxiliar na Promoção da Cidadania e construção coletiva de bem estar.

Das Atividades Internas destacam-se a –triagem<sup>8</sup> ambulatório de psiquiatria, ambulatório de psicologia, farmacoterapia, terapia ocupacional, terapia corporal, terapia individual e grupal, oficinas terapêuticas, reuniões familiares, atividades recreativas e comemorativas, reunião de equipe e planejamento. E Atividades Externas, visita domiciliar, articulação com a sociedade.

A partir do breve entendimento sobre o que é RAPS, e como se desenvolve na cidade de Sousa PB, com base no Portal do Ministério da Saúde. Identificamos que há na cidade um bom número de instituições que fazem parte da rede e que auxiliam na saúde pública em geral da população. Embora se trate de um município de médio porte, foi necessário para que houvesse a instauração do CAPS de nível III, que de acordo com a Portaria N° 3.088 do Ministério da Saúde, art. 7° só é concedido para cidades acima de cento e cinquenta mil habitantes, foram incluídas outras 26 cidades para que juntas formassem o total permitido, onde segundo dados do IBGE, hoje Sousa conta em estimativa cerca 69. 161 habitantes.

Nesse sentido o CAPS III trata-se de um serviço 24h que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, proporcionando serviços de atenção contínua.

Desde modo, podemos perceber o significado e relevância que o CAPS III tem na cidade de Sousa para os/as profissionais é bastante forte, tendo em vista toda a estrutura de tratamento e acompanhamento previstos pelo Ministério da Saúde e reforma psiquiátrica. A fala do/a entrevistado/a (assistente social) comprova isso quando ela afirma:

Constitui em dar assistência psicossocial às pessoas que estão em sofrimento psíquico dentro de sua localidade. O objetivo do CAPS III é esse, porque como antigamente eles iam para outro local fora, longe de sua família e tudo mais, então o CAPS III veio com esse objetivo... Dar essa oportunidade para essas pessoas que estão em sofrimento psíquico de estarem sendo tratadas em seu ambiente familiar, social dentro da reforma psiquiátrica, dentro das normas da reforma psiquiátrica.

O/a entrevistado/a (médico/a psiquiatra) corrobora com essa afirmação quando aponta:

---

<sup>8</sup> O termo triagem se refere a um processo sistemático destinado a todos/as pacientes que determinam a priorização da gravidade de quadros, podendo ser feito por qualquer profissional da equipe. Todavia, quero deixar aqui uma reflexão a cerca do da utilização desse termo. Foi percebido como inadequado a aplicação com a pessoa uma humana, uma vez que é comum ao tratamento de separação animal.

É um modelo de atendimento em psiquiatria onde o paciente é acolhido, e o CAPS tem a finalidade de fazer uma espécie de meio de campo entre a família e os pacientes que antigamente eram institucionalizados, internados para tratamento de longa duração. A finalidade do CAPS é acompanhar o paciente mais próximo para evitar que ele descontrole o tratamento, interrompa eventualmente o tratamento não fazendo o uso da medicação e isso aconteça as complicações de urgência psiquiátrica que são os surtos psicóticos, agitação psicomotora que são as situações que levam ou levavam os pacientes à internação. O ciclo anterior era paciente em casa, surtava, internava, melhorava, voltava para casa, não tinha continuidade do tratamento, surtava, internava de novo... Cada vez que se reinternava esse ciclo era aumentado, inicialmente 15 dias, depois 1 mês, 3 e 6 meses até que o paciente perdia o contato com a família e ficava institucionalizado nos antigos manicômios. Então o CAPS tem essa finalidade de fazer intermédio e de acompanhar de perto os pacientes com suporte terapêutico aos familiares também, o tratamento é multidisciplinar, envolve psicopedagogo, psicólogo, terapeutas ocupacionais, enfermeiros..., é uma equipe multidisciplinar, especificamente no caso do CAPS tipo III, é um CAPS que tem por meio da portaria do ministério a capacidade de fazer acolhimento e internação de curta duração para esses pacientes em situação de maior vulnerabilidade de surtos agudos, normalmente são pacientes que interrompem o tratamento, não tem suporte familiar para dar continuidade e acabam desenvolvendo alguma situação mais urgente, vem para cá, a gente acolhe, interna, são internações sempre curtas, no máximo média duração, nunca longa duração, até que o paciente se reabilite de novo e a partir daí dê continuidade de forma ambulatorial, alguns pacientes são pacientes dia, passa o dia, faz atividades multiprofissionais e outros fazem apenas o acompanhamento ambulatorial com o médico de forma agendada.

Como também o/a enfermeiro/a ao afirmar:

Não minha opinião, o CAPS veio para modificação do programa de saúde mental quando na realidade antigamente as instituições eram tratadas de forma por parte desumanas e o CAPS veio para melhorar isso, ou seja, uma política nova de saúde mental onde os pacientes são tratados não como doentes mas como pessoas que estão passando por transtornos psicossociais e dependendo do tratamento desse paciente ele poderá ser novamente readequado a sociedade, isso diante de uma atuação de diversos profissionais que atua nessas instituições. A função principal do CAPS, na minha opinião é isso, a reabilitação do paciente com problema mental e retorná-lo para o meio familiar e social.

Ao acompanhar essas declarações, é notória a visão desses/as profissionais no que se refere a reforma psiquiátrica e o que ela representa na constituição do que significa o CAPS tanto no tratamento através do acolhimento com os/as usuários/as, renegando o caráter inicial de psiquiatria clássica onde predominava a exclusão e segregação como também o curativismo do tratamento puramente biológico das pessoas com transtornos mentais, portanto nota-se essa preocupação com o novo direcionamento da saúde mental após a reforma psiquiátrica.

Ramos et. al (2007) vai apontar que os CAPS em funcionamento no Brasil se caracterizam com uma enorme multiplicidade de ações e com significativa casuística de intervenções no cuidado com a saúde, ou seja, partindo também para moldes da teologia,

observação e análise sutis de casos, que para os/as autores seja suficientes para nos mostrar a relevância desse novo equipamento para a saúde mental que foi a adoção dos CAPS e como consegue construir críticas a cerca do modelo psiquiátrico clássico, apontando para as novas formas de cuidar da loucura pelo meio clínico e social sem quaisquer práticas de exclusão.

Quanto às atividades profissionais desenvolvidas no CAPS III, podemos notar o envolvimento dos/as profissionais com os/as usuários/as como também a abertura de uma socialização entre eles/as por meio das atividades e principalmente as em grupos quando não está havendo as atividades individuais, a exemplo com o/a psicólogo/a, enfermeiro/a e médico/a.

Como psicólogo/a, as atividades que desenvolvemos aqui são as terapias individuais. Passa pelo ambulatório e depois se passar... passa a ser paciente dia, a equipe multiprofissional, o psicólogo vai trabalhar com a terapia individual, também em grupos terapêuticos e operacionais. Os grupos terapêuticos fazem com que o indivíduo solte mais a emoção, os conflitos emocionais que ele tem, é mais para tirar do interior para fora, e o operativo é aquele que você vai expor sobre as atividades, datas comemorativas, mais o dia a dia onde ele fica a par do que está acontecendo, como ele deve voltar para a sociedade, onde ele estar, como interagir com a sociedade, as pessoas, cidade (Psicólogo/a).

O/a psicopedagogo/a corrobora nesta declaração quando afirma que sua atividade profissional desenvolvida naquele espaço também é pautada nas articulações com a equipe multiprofissional através do planejamento das atividades que tem o objetivo de incentivar o desenvolvimento de todo o sistema cognitivo e emocional do/a usuário/a, afirmando que:

A gente trabalha com grupos operativos, onde a gente pensa um tema antes, planeja um tema que quer trabalhar naquele grupo, na minha área a gente trabalha muito a questão da aprendizagem também, não sistemática aquela coisa que é planejada igual a uma escola, mas que trabalha a aprendizagem de forma a pensar e estimular mesmo a parte da memória, raciocínio lógico, coordenação motora... que alguns tem essa dificuldade, então a gente escolhe um tema, pensa antes, planeja e tenta atingir aquele objetivo no grupo de forma que eles participem também de forma oral, falando... mas também tem atividades manuais, a gente também faz visitas domiciliares, atendimento individual, escuta, atendimento à família...

Durante a visita no CAPS III para coleta das informações analisadas neste capítulo, pude notar a realidade que tanto os/as profissionais como os/as usuários/as estão passando neste momento de reforma do espaço original do CAPS, trata-se de uma experiência diferente do que havia vivenciado durante os meses de estágio naquela instituição no que tange o recebimento dos/as usuários/as e assim a realização das atividades multiprofissionais, embora não sejam realidades tão distantes devido às dificuldades postas aqueles/as profissionais e a outros/as a nível nacional. Como dito antes, a estrutura em que se encontram hoje não possibilita o acolhimento necessário e previsto pelo ministério da saúde, tendo em

vista que se trata de uma residência com um espaço totalmente reduzido e fornecendo serviços em sua maioria apenas ambulatorial, deixando um pouco de lado o caráter social. É importante destacar que a estrutura do espaço original (em reforma) também deixa a desejar pela sua aparência hospitalar.

A partir dessa, podemos apontar a reflexão de Guerra (2012) acerca da relação teoria e prática no estágio supervisionado, fator que contribuiu para a identificação da realidade descrita. Nesse sentido:

o cotidiano profissional é pleno de requisições de cumprimento de normas, regulamentos, orientações ou decisões de superiores, os quais impõem ao profissional a necessidade de respostas às mesmas. Neste contexto, a prioridade é responder aos fenômenos, não importa como, disto resultando um conjunto de respostas profissionais rápidas, ligeiras, irrefletidas, instrumentais, baseadas em analogias, experiências, senso comum, desespecializadas, formais, modelares, em obediência a leis e superiores, sem a qualificação necessária para distingui-las de respostas atribuídas por leigos. (p.46)

Considerando esta afirmação, é pensado através das dimensões teóricas, metodológicas, teórico-operativa e ético-política, que se deve refletir em relação ao espaço que está inserido/a e as suas contradições da formação e do exercício profissional, podendo superá-las. Para tanto, é preciso identificar as demandas dos/as usuários/as através de pesquisas que constatem a realidade dos/as que as referem, e assim haver um planejamento e desenvolvimento das ações necessárias. Segundo Vasconcelos (2002):

conhecendo a realidade em que atua e as demandas que ela coloca é que o Assistente Social tem a possibilidade de definir seu campo de trabalho, propor projetos e negociar com a instituição sua viabilidade, construindo e tendo respeitado seu campo de trabalho e suas funções profissionais, aí, sim, vencendo a subalternidade (p. 470).

Sendo assim, no que se refere à realização das atividades por partes de alguns/as profissionais daquela equipe, encontra-se estagnadas por não haver possibilidade de receber os/as chamados -pacientes diall, o que reforça a entender a declaração do/a assistente social quando questionado/a sobre as principais demandas e dificuldades postas ao Serviço Social no CAPS III:

A dificuldade maior no geral que eu acho assim é a politicagem, essa questão de gestão, acho que o maior entrave que existe para que as coisas caminhem, não só na questão do serviço social, mas na história mesmo porque com as eleições, a troca de gestão e tudo mais... a gente volta para a estaca zero, nunca caminha para frente, eu acho que é principal dificuldade que existe, porque a gente ta caminhando bem com uma gestão que tem uma visão do que é a saúde mental e vai colocando isso para frente e de repente muda por causa dessa questão das políticas partidárias mesmo e a gente volta para a estaca zero, aí entra uma equipe que não esta capacitada e volta tudo de novo... Para mim é a principal dificuldade que existe... não caminhar e as coisas não se efetivarem como deveriam ser. A política é necessária e a gente sabe

que tem que existir, mas a politicagem acaba terminando nessa confusão.(ASSISTENTE SOCIAL)

É nesse mesmo sentido que destaco Merhy (2007) quando ele afirma:

Caminhar nessas linhas tem colocado, sobre o ombro dos trabalhadores, –pesos importantes para o seu agir, e que facilmente geram fazeres árduos, que os fazem experimentar, o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho; particularmente, para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida do outro. (p.60)

Essa pequena reflexão diante estas declarações elucida o pensamento que o/a profissional por mais que esteja preparado/a e qualificado/a, tenha uma visão de integração, envolvimento e ressocialização do/a usuário/a da saúde mental, pautando sua atuação nos princípios da reforma psiquiátrica, na maioria das vezes vai haver esse carregamento de frustração e –impotência por não conseguir realizar o trabalho almejado. É uma luta árdua entre desenvolver o seu trabalho e dar respostas ao/a usuário/a e mesmo assim ter que absorver uma parcela da responsabilidade do Estado, no caso de Sousa devido à descentralização, o município, com altas demandas de 26 cidades, poucos/as profissionais, mínimas condições e instrumentos de trabalho, que tem como maior a desestabilização do progresso do estado do/a usuário/a.

### **3.2 Concepção dos/as profissionais que atuam no CAPS III sobre a intervenção do/a assistente social.**

Como dito anteriormente, a inserção do Serviço Social na saúde mental aconteceu em primeiro momento nos hospitais e instituições psiquiátricas de forma conservadora, tecnicista e voltada para intervenções com caráter de higiene social, prestando assistência social aos/as usuários/as como também aos/as trabalhadores. Desta forma, os/as assistentes sociais eram vistos/as pela sociedade e pelos/as outros/as profissionais meramente como técnicos /as e subordinados/as, deixando de lado o seu cunho profissional.

Sendo assim, surgiu a necessidade de entender qual a perspectiva dos/as profissionais do CAPS III Tozinho Gadelha a cerca da intervenção do/a assistente social naquela instituição como a importância do seu processo de trabalho na saúde mental, entendendo também se ainda predomina o caráter conservador e de subordinação presentes na gênese profissional.

Questionado/a sobre da importância do/a assistente social naquele centro, o/a psicólogo/a declara que:

Todos tem um processo importante, né?! E o assistente social é importante porque trabalha junto com o psicólogo, né?. O psicólogo é mais para o lado terapêutico, da família também, mas tem a questão da terapia e o assistente social vai mais pela questão das leis, dos direitos, deveres daquela família, precisa atualizar e ter sempre um profissional assistente social que vai entender mais sobre os benefícios, os direitos que ele tem, a família tem ou não, se a família não tiver dando assistência com a questão da negligência tem todo um processo assim de assistência social, para que ele também tenha mais apoio na família e na sociedade e também para resolver casos extras aqui até da justiça mesmo, casos que o assistente social encaminha para o CREAS, então tem todo um trabalho e é importante, é necessário assistente social e faz parte da equipe multiprofissional do CAPS.

O/a psicólogo/a deixa claro na sua fala que há essa separação de competências e atribuições entre as duas profissões, sendo assim é importante destacar essa declaração tendo em vista a uma dicotomia e registros de práticas terapêuticas no exercício profissional principalmente na saúde mental. Segundo o CFESS, o Serviço Social brasileiro vem superando as suas vertentes psicologizantes e estrutural funcionalista a partir da década de 1960 com o processo de reconceituação, havendo nas décadas seguintes o amadurecimento teórico metodológico e ético político.

Em relação às práticas terapêuticas, o CFESS (2010) afirma também que as atribuições e competências dos/as assistentes sociais se dá através da sua formação de base, ou seja, o seu bacharelado em Serviço Social, mesmo havendo pós graduação, mestrado e doutorado em psicologia, não lhes compete atuar de outra forma que não seja como assistente social. Porém, mostra pelo ponto de vista legal que a Resolução que veda a realização dessas práticas associada ao exercício profissional, não impede do/a profissional desenvolver a mesma. Sendo por meio desta que pode se identificar em alguns casos a retomada de práticas conservadoras no Serviço social e principalmente na saúde mental por parte de alguns/as profissionais.

A concordância entre os/as profissionais do CAPS III é quase que absoluta na indagação sobre a importância do/a assistente social como também as suas atribuições dentro daquele espaço, podendo ser observadas pelas falas do/a terapeuta ocupacional: -O assistente social faz acompanhamento do usuário junto à família e garantia dos direitos dos usuários e enfermeiro/a:

Apoio psicológico que esse apoio psicológico no CAPS ele não só é do psicólogo, mas de todos os profissionais que atua nesta unidade, o elo entre família, paciente e instituição, apoio aos familiares, busca de projetos e socialização desses usuários na comunidade, como também apoio não só aos usuários como a todos os familiares desse paciente que a gente sabe quando tem um problema mental na família ele não acarreta só ao paciente, acarreta toda uma família. E o assistente social tá nisso na restauração desse paciente juntamente com todas as entidades envolvidas com ele.

Sendo assim, evidencia-se a preocupação e associação logo que imediata do/a assistente social com a família e os direitos sociais quando se fala em atribuições e competências, fazendo alusão ao fortalecimento e cuidado com o vínculo entre família e usuário/a, família e o CAPS, tendo em vista que o/a assistente social em relação à família deve direcionar o seu trabalho a esse fortalecimento de vínculos e atenção para com as mesmas, não se limitando apenas a -curall do/a usuário/a, mas entendendo que a família também é detentora de fragilidades e que podem interferir no processo de tratamento. É necessário por parte do/a assistente social intervir de forma a apresentar mudanças e efetivá-las principalmente no que diz respeito aos direitos sociais dos/as usuários/as e da sua família como citado por alguns/as profissionais.

Para o/a assistente social entrevistado/a suas atribuições e competências na saúde mental e naquele espaço se tratam da efetivação dos direitos dos/as usuários/as, bem como o vínculo entre o/a usuário/a e a família, quando ela afirma:

É o vínculo, entre... Vamos dizer assim... Viabilizar e efetivar os direitos e também ser um vínculo entre o usuário e família, usuário e sociedade e garantir que esses direitos que ele tem como cidadão porque ele também é cidadão e seja efetivado mesmo, então ele se torna isso, o assistente social, uma voz, uma ponte para que eles sejam garantidos.

Nesse sentido Bisneto (2007) afirma;

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

Assim, é preciso uma postura profissional mais crítica a cerca das suas atribuições e competências, tendo em vista que isso reflete diretamente na visão dos/as outros/as profissionais que integram a equipe multiprofissional, pois uma vez que há uma autoredução das suas responsabilidades, acabam ocorrendo também a banalização por meio dos/as demais profissionais, e desviando dos objetivos postos ao Serviço Social naquele âmbito ou nos diversos campos de atuação.

Desta forma, veremos a seguir que todos/as profissionais do CAPS III foram questionados/as acerca da relevância da família no processo de tratamento e acompanhamento diante da reabilitação psicossocial.



### **3.3 A Relevância da Família no processo de tratamento psicossocial na perspectiva dos/as profissionais do CAPS III**

A portaria de nº 251/GM de 31 de janeiro de 2002 estabelece as diretrizes e normas que orientam a assistência hospitalar em psiquiatria e restabelece os hospitais psiquiátricos desenvolvendo projetos terapêuticos, preparo para o retorno domiciliar com uma abordagem direcionada à família com o objetivo de garantir a orientação sobre o diagnóstico do/a usuário/a como também o programa de tratamento, continuidade do mesmo e a alta hospitalar.

A trajetória da família como parte integrante do processo de tratamento previsto pela reforma psiquiátrica e apesar de se tratar de uma instituição complexa no que se refere a sua fragilidade, é primordial e relevante perante a sociedade e os/as membros que a compõem, pois revela como uma parte presente e participativa em todos os momentos do cotidiano e da vida de seus/as integrantes.

A crença de que a instituição familiar exerce grande influência na formação e na vida do indivíduo está presente em todas as categorias profissionais que se interessam por trabalhar com aquelas. O que diferencia uma intervenção de outra é a forma como essa instituição é vista pelos profissionais e como ela se insere nas diversas intervenções que a abordam. (PEREIRA, 2000, p.217)

Assim, a atuação profissional e principalmente do Serviço Social no que se refere à família, não se limita apenas ao cuidado, mas também a promoção do desenvolvimento do cuidado para com a família, pois se trata ou pode se tratar de uma instituição em vulnerabilidades e fragilidade merecedora de cuidados.

Desta maneira, seguirá a perspectiva dos/as profissionais do CAPS III no que se refere à relevância da família no processo de tratamento na reabilitação psicossocial, sendo importante salientar que não haverá quaisquer intenções de culpabilizar a família na presente pesquisa.

Para eles/as a família é a base primordial do tratamento, pois uma vez que houver esse acompanhamento, o apoio, na maioria dos casos não ocorre a evolução do/a paciente, a exemplo da continuidade da medicação, e a preocupação do incentivo da relação do/a usuário/a com a comunidade para que não haja a exclusão social, mas que também destacam o cuidado com a família que integra como parte primordial no tratamento. Podemos ver isso na fala do/a profissional médico/a quando afirma:

Total, Isso exatamente é uma necessidade da gente nesse feedback do paciente que vem para cá, mas também a situação dele em casa para algumas vezes dar suporte familiar também a família para que possam cuidar do paciente e se envolver afetivamente e contar para o tratamento dele.

Mas é importante entender também que hoje, ainda é muito difícil para alguns/as profissionais se relacionar diretamente no que se refere a manter um diálogo sobre a saúde mental do/a usuário/a e como isso pode interferir na sua saúde mental e de toda a família, e assim ver que na saúde mental há uma expansão profissional que não se restringe apenas a figura médica e a doença em si, mas que agrega tudo que está ao redor do/a usuário/a como a família, a comunidade, e toda a equipe multiprofissional se traduzindo em um grande avanço adquirido pela reforma psiquiátrica, mas que também é preciso ter cuidado para não sobrecarregar a família fisicamente, emocionalmente, e economicamente, uma vez que é participadora presente do cotidiano do/a usuário/a.

O/a enfermeiro/a corrobora quando afirma:

Acredito que seja o principal suporte pra readequação desse paciente na sociedade, ou seja, por que a família ela é o que carrega mais peso, ela é quem tá convivendo 24 horas por mais que o CAPSIII seja de internamento a gente sabe que ele tem a durabilidade de internamento, que a gente coloca sempre no máximo dez dias, a gente passa até 30 dias com o paciente, dependendo do quadro dele se ele não consegue sair daquele surto, mas a partir do momento que ele sai do surto ele tem que voltar pra família e se essa família não estiver preparado pra receber esse paciente ele com certeza vai chegar nesse laço familiar ele vai voltar ao surto por que tem que ter um preparo pra lidar com esse paciente. Aí a família é isso daí, ele é o elo principal razão pra gente conseguir continuar com esse paciente, que esse paciente ele se adequa a sociedade, a conviver socialmente.

Para o/a assistente social:

O principal é a família porque enquanto a gente tá aqui dando toda a assistência, e orientando e trabalhando com eles, quando eles retornam para casa se não houver o apoio da família, a continuidade do tratamento do que a gente faz e diz, o trabalho todo é perdido, tanto na questão da medicação como na maneira de tratá-los, né e nas demais situações que a gente sabe que a família é bem dizer 80% vamos dizer, do sucesso. A gente apenas contribui e orienta, mas a continuidade do tratamento para o sucesso é a família e não tem tido esse retorno.

Bisneto (2007) vai destacar que a família dotada como uma instituição passa por três tipos de dificuldades no âmbito da saúde mental, nas quais são as físicas que diz respeito ao dia a dia da família, exemplo dos pais, irmãos, filhos e etc., que acompanham atividades e consultas do cotidiano do/a usuário/a que dependendo do grau do tratamento, pode acarretar desgastes aos/as cuidadores; as emocionais que se referem aos sentimentos gerados pela autoresponsabilização devido ao fracasso no processo de tratamento e angústias que podem afetar toda a família como também o fato de conviver com sensação de perda do/a ente querido quando há alguma possibilidade de fatalidade; e a econômica, onde as famílias de baixa renda são os principais afetados, devido à dedicação total ao/a usuário/a e não conseguir

a conciliação entre emprego, cuidado, moradia, não dispondo de qualidade de vida para a família, além do interesse do Estado em se responsabilizar de fato a propor seus direitos.

Podemos notar na fala do/a assistente social o que vimos em todas as declarações de todos/as profissionais, que a família integra e é um dos fatores primordiais no tratamento pelo cuidado, a afetividade e o apoio aos/as usuários/as, porém é preciso atenção e cuidado para não culpabilizar a família e a colocar em maior responsável pelo fracasso ou o sucesso e continuidade do tratamento, sendo que isso se dá através de um trabalho coletivo entre o Estado, família e profissionais e a interligação com a comunidade.

É nesse sentido que podemos ver que na saúde mental ainda há assistentes sociais que não conhecem ou não sabem definir seus objetivos, como também tem dificuldade de atuar no seu trabalho, podendo cair em discursos controversos. –Os assistentes sociais durante seu curso de graduação não têm uma formação específica em saúde mental (ROSA; MELO 2009, p. 86).

É nesse sentido que os/as assistente sociais no campo da saúde mental baseiam suas intervenções de acordo com o Código de Ética profissional de 1993 e na Lei que Regulamenta a Profissão e nos Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde do CFESS, e assim poder conseguir manter um olhar crítico em relação aos/as usuário/as e seus familiares. Desta forma, SCHULTZ et. al, 2010, p.3) afirma em relação aos familiares que:

[...] familiares contemplando o contexto sócio econômico, sócio familiar, cultural, demográfico enfim dados que darão relevância ao trabalho do Assistente Social no processo de conhecimento da realidade dos sujeitos envolvidos, observações, estudos sociais, parecer social, reuniões de equipe matricial que viabiliza a compreensão do trabalho psicossocial aos trabalhadores da rede de saúde municipal, dentre outras técnicas e instrumentos [...].

Portanto, todo o cuidado esperado por parte dos/as profissionais no processo e tratamento do/a usuário/a muitas vezes gera uma expectativa que pode facilmente ser confundida com falta de atenção, responsabilidade e ausência por parte da família. É preciso não só apenas cuidar do/a usuário/a durante seus retornos e todo o tratamento, mas também auxiliar as famílias capacitá-las, não só a elas, mas a si mesmo através de autoavaliações, estudo da realidade em que aquelas famílias estão inseridas e assim poder lutar na defesa dos direitos e qualidade de vida dos usuários/as e de suas famílias.

## A GUIA DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto anteriormente, a proposta central desse trabalho teve como objetivo refletir acerca do trabalho do/a assistente social na saúde mental na perspectiva dos/as demais profissionais que atuam no CAPS III. Desta forma, entendendo que o CAPS III é parte integrante da RAPS de Sousa- PB prestando serviços de saúde com caráter aberto à comunidade através de trabalhos de equipes multiprofissionais, os CAPS vão se constituir nos principais centros de atendimento da rede de atenção psicossocial.

A luta da classe trabalhadora de saúde mental e os demais segmentos da sociedade na reforma psiquiátrica foi resultado da negação aos antigos modelos de tratamento com as pessoas com transtornos mentais, indo além do sancionamento de novas leis para saúde, pois além dessa negação, trazia revoluções e transformações sociais, culturais e políticas dentro das instituições, levando até a comunidade como forma de críticas ao modelo hospitalocêntrico vigente, modelo esse que promoviam sofrimentos e exclusões.

Foi a partir da Constituição de 1988, que a saúde mental no Brasil passa a ser sistematizada pelo SUS, instituindo-se como política pública incorporando o seu novo modelo central de atendimento, sendo tratada pelo Ministério da Saúde através de regime comunitário, dando início nas décadas seguintes a criação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) através da lei 10.216 em 2001, como visto no capítulo I.

Assim, podemos afirmar que hoje, o Brasil dispõe da consolidação da Reforma Psiquiátrica como um mecanismo da política de saúde e saúde mental, e tal fator se deu através da incorporação de serviços como os CAPS, pertencentes à RAPS, e programas como o De volta para Casa, vistos anteriormente. A saúde mental como parte dos princípios do SUS, e, portanto uma política, universaliza o seu acesso, legitima a Reforma Psiquiátrica e integra vários segmentos da sociedade como essenciais em todo o processo, além de utilizar do incentivo a autonomia do/a usuário/a.

Entretanto, podemos notar que apesar da indiscutível relevância de todos os avanços de políticas e programas desenvolvidos pela política nacional de saúde mental vigente, ainda não é suficiente para a extinção definitiva de hospitais que ainda praticam exclusões e segregações aos seus/suas usuários/as, como também se faz necessário o aprimoramento de políticas que auxiliem tanto os/as usuários/as como suas famílias, além de uma maior qualificação dos/as profissionais dessa área, já que foi notado nas declarações destes/as a preocupação com as famílias e a continuidade das diretrizes que preconiza a reforma psiquiátrica.

Para tanto, é preciso uma releitura no financiamento e nos sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, abrangendo todos os níveis de descentralização até a chegada nos municípios, havendo mais possibilidades de alcançar de forma mais concreta os objetivos preconizados na Reforma Psiquiátrica. Entendemos que a partir das propostas da Reforma Psiquiátrica, o Estado passou a ter capacidade de produzir uma defesa na expansão dos serviços de saúde nos municípios, e conseqüentemente das RAPS, além da participação societária, mas que também se tornou um dos principais responsáveis pelo incentivo, investigação e manutenção adequada de todo o quadro de financiamento, e sustentabilidade dos serviços prestados na saúde e saúde mental, uma vez que os governos estaduais e municipais não comportam todos os mecanismos necessários.

O/a assistente social vem contribuindo significativamente na saúde mental, na busca pela consolidação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, e assim, gradativamente ganhando mais espaço através de autocrítica, reflexões e discussões no amplo espaço dessa política.

No que se refere a perspectiva dos/as profissionais do CAPS III acerca da atuação do/a assistente social naquele espaço, a análise central dessa pesquisa, entendemos que há a separação das atribuições e competência entre cada profissional que compõe aquela equipe, principalmente entre o/a assistente social e o/a psicólogo/a sendo importante para a não recaída de práticas psicologizantes e funcionalistas.

Foi perceptível durante toda a entrevista e análise de conteúdo a importância que os/as profissionais atribuem ao Serviço Social na saúde mental, sendo que para eles/as a busca pela efetivação dos direitos sociais dos/as usuário/as e de suas famílias é competência do/a assistente social, como também a ligação e cuidado direto de fortalecimento de vínculos com as mesmas. Porém, é preciso ter cuidado com a reprodução excessiva desse discurso para não atribuir somente a esse/a profissional esse trabalho e recair em conceitos da gênese do Serviço Social na saúde mental, tendo em vista que se trata de uma equipe multiprofissional onde cabe a todos/as ter ligação direta com a família e propor mecanismos para incentivar e efetivar a sua participação no processo de tratamento e reabilitação psicossocial.

Mediante as mesmas reproduções desse discurso pelo/a assistente social, é entendido que há a necessidade de um maior reconhecimento pelo/a profissional acerca da sua importância, embora se trate de um/a profissional qualificada e competente no desenvolvimento do seu trabalho. Como dito anteriormente, para Bisneto (2007) é de extrema relevância que o/a assistente social reconheça o seu valor mediante, criar discursos

profissionais e propor ideias para um melhor funcionamento daquele serviço com a participação de toda a equipe que compõem o espaço que está inserido/a.

Assim, concluímos que são inúmeros os ganhos trazidos pela ruptura com os antigos moldes psiquiátricos, mesmo que não seja de forma homogênea a renovação dos modelos de tratamento de saúde mental, que tendo como o foco da pesquisa o CAPS III, é referência em toda a rede de saúde mental em 26 municípios por ter um tratamento completo para os/as usuários/as e suas famílias, como também dispor de profissionais qualificados/as que pautam suas atuações com base nos princípios da reforma psiquiátrica, como também foi percebido durante os meses de estágios e na fala de um/a profissional em específico, que há a necessidade do melhoramento da estrutura física e política do espaço pelos gestores municipais para que não haja mais responsabilidades e descasos tanto para os/as profissionais quanto para os/as usuários/as e suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação etese: uma abordagem simples, prática e objetiva** / Mário de Souza Almeida– 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2014. ALAMBERT, Zuleika. **Mulher uma trajetória épica**. IMESP, São Paulo, 1997.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. 117 p.

**A reforma psiquiátrica no cotidiano II** / Emerson Elias Merhy, Heloísa Amaral, organizadores. – São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Campinas, SP: Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira, 2007.

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética: fundamentos sócio-históricos**. – 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010. – (Biblioteca básica de serviço social; v.4)

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos**. 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010. BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 29jan2018.

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

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos** / Maria Inês Sousa Bravo. – 1.ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. 2007. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Relatório de gestão 2003-2006**. Brasília. BRASIL (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**. 2017. Disponível:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sousa/panorama>>Acessado:<08/11/2018>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acessado em:<06/11/2018>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, De 23 de Dezembro. 2011**. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html)>Acessado em:<08/11/2018>

BRASIL. Ministério da Saúde. **PortariaNº130, De 26 de Janeiro. 2012**.Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>.Acessado em:<30/11/2018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 148, De 31 de Janeiro**. 2012. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)>. Acessado em:<30/11/2018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.089, de 23 de dezembro**. 2011. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html)>. Acessado em:<30/11/2018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito a Saúde Mental**. 2012. Disponível em:<<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>>Acessado em:<05/02/2018>

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Venou, 1989.

COSTA, Renata Gomes da. **Serviço social, instrumentalidade e relações de gênero: uma análise da atuação profissional na rede de atendimento à mulher em situação de violência de Fortaleza-CE**— 2013.

CFESS, **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. 2010

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3a Ed., São Paulo, Atlas, 1995.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** /Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes; Maria Cecília de Sousa Minayo (organizadora). 29. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HELENA, M. M. S. et al. **Da Reforma Sanitária às privatizações: Discutindo a Saúde Pública brasileira**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. N° 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de Capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

MACHADO, Graziela Scheffer. **Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistente sociais nas equipes dos CAPS**. In: VASCONCELOS, E. M. ( Org). Abordagens Psicossociais: perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Editora HCITEC, Volume III, 2009, p. 32-120.

**Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental** / Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos; ilustração de Henrique Monteiro da Silva. – Rio de Janeiro : Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.



MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional** / Maurílio Castro de Matos. – São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria, (orgs.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

MOSER, L.; MULINARI, B. A. P. M. **Proteção Social e Família: o caráter familista da política social no Brasil**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

NETTO, José Paulo. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo, Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, W. F. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – v .1 n.2 - Out/Dez de 2009.

PAIM, JS. **A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico**. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 35-48. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books

PORTOCARRERO. V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9. Available from SciELO Books.

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa social: métodos e técnicas** / Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Sousa Peres... (et al.). – 3. Ed. – 15. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2014.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SCHULTZ, A.V.; VIRGOLIN, I.W.C.; MOREIRA, M.F.R. **A Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: Uma Análise a partir do Estágio Supervisionado no CAPS de Cruz Alta**. In:Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e extensão. Anais eletrônicos. 2010.

SPOSATI, A. **Tendências latinoamericanas da política social pública no século 21**. Katálysis, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **A priorização das famílias nas políticas de saúde**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 20-28, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A



#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Pesquisadora Responsável: Rita de Kássia Ramalho  
Endereço: Rodovia Governador Antonio Mariz (BR230) S/Nº, KM 466,5 – Campus BR –  
Sousa - Paraíba  
CEP: 58800-120  
Fones: 83 – 3251 1783 – 83 996685901 – 83 991218677  
E-mail: kassia.ramalho@hotmail.com

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa –O trabalho do/a assistente social na RAPS no interior da Paraíba: a perspectiva dos/as profissionais do CAPS III.¶

Neste estudo pretendemos, como objetivo geral, Desvelar o processo de trabalho do/a Assistente Social frente às demandas do Caps III.

O interesse pela temática ora abordada surgiu da experiência adquirida através do estágio na saúde mental, identificou-se a necessidade da realização de uma pesquisa que possa entender mais a fundo o funcionamento da atenção psicossocial na cidade de Sousa, as dificuldades existentes, a relação dos/as profissionais com as famílias e sua relevância no processo de tratamento e acompanhamento diante a reabilitação social.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo, por meio da aplicação de entrevista totalizando onze perguntas aos/as profissionais do Caps III, sendo duas fichas geradoras, uma específica para o/a assistente social e outra aos demais profissionais. É importante destacar também o uso de gravador de voz durante a entrevista Trata-se de pesquisa com baixíssimo risco, por sua natureza, ao passo que não se utiliza de qualquer procedimento invasivo. Seus benefícios giram em torno do desvelamento da realidade local.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará

livre para **participar** ou **recusar-se** a participar. Poderá **retirar** seu **consentimento** ou **interromper** a participação a qualquer **momento**. A sua participação é **voluntária** e a **recusa** em participar **não acarretará** qualquer **penalidade** ou **modificação** na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

O (a) Sr. (a) terá garantida a entrega de uma via, de igual teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, campus Sousa - PB e a outra será fornecida ao (a) sujeito da pesquisa.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento dos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo -A atuação do/a assistente social na saúde mental: na perspectiva dos/as profissionais do Caps III Tozinho Gadelha, Sousa – PBl, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Sousa - PB, 22 de Outubro de 2018.

Nome Assinatura participante

Rita de Kássia Ramalho

Pesquisador responsável

Nome Assinatura testemunha

## APÊNDICE B



### FICHA GERADORA DE DEPOIMENTOS I

Curso de <b>Serviço Social</b>	Pesquisadora: Rita de Kássia Ramalho
Prof. Resp. <b>Reginaldo P. França Júnior</b>	Email: reginaldo.francajr@gmail.com
Campo: ---	Data de coleta: 22/10/2018.
Técnica: <b>Gravação</b>	Modalidade: <b>Entrevista semi-estruturada</b>
Aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) sim    ( <input type="checkbox"/> ) não	
Nome fictício:	
<p>Para os/as assistentes sociais</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Para você, em que se constitui o CAPS III (explique)</li> <li>2 - Quais as atribuições e competências do/a assistente social na saúde mental?</li> <li>3 - Quais as principais demandas e dificuldades postas ao Serviço Social no CAPS III?</li> <li>4 - Como você percebe a visão dos outros profissionais do serviço em relação ao trabalho profissional do assistente social?</li> <li>5 - Qual(is) instrumento (s) de trabalho que o/a assistente social dispõe neste serviço?</li> <li>6 - Qual a relevância da família no processo de tratamento e acompanhamento diante da reabilitação psicossocial?</li> </ol>	



## FICHA GERADORA DE DEPOIMENTOS II

Curso de <b>Serviço Social</b>	Pesquisadora: Rita de Kássia Ramalho
Prof. Resp. <b>Reginaldo P. França Júnior</b>	Email: reginaldo.francajr@gmail.com
Campo: ---	Data de coleta: 22/10/2018.
Técnica: <b>Gravação</b>	Modalidade: <b>Entrevista semi-estruturada</b>
Aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: ( x ) sim ( ) não	
Nome fictício:	
<p>1 - Para você, em que se constitui o CAPS III (explique)</p> <p>2 - A partir da sua formação universitária, qual ou quais as atividades profissionais desenvolvidas dentro do CAPS III?</p> <p>3 - O assistente social é profissional previsto nas Portarias do Ministério da Saúde e compõe o quadro de técnicos de nível superior do CAPS. Qual sua percepção sobre a importância do processo de trabalho deste profissional no CAPS?</p> <p>4 - Em sua opinião, quais as atribuições profissionais são de responsabilidade do assistente social no CAPS III?</p> <p>5 - Qual a relevância da família no processo de tratamento e acompanhamento diante da reabilitação psicossocial?</p>	