

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM  
SERVIÇO SOCIAL

CRISTINA DA SILVA LIMA  
JOYCE CATARINE DOS SANTOS NASCIMENTO  
SUZY CRISTINY FERREIRA SILVA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE  
SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
(CAPS)**

RECIFE- PE/2021

CRISTINA DA SILVA LIMA  
JOYCE CATARINE DOS SANTOS NASCIMENTO  
SUZY CRISTINY FERREIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE  
SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
(CAPS)**

Artigo apresentado ao Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, como requisito parcial para obtenção do título de bacharelado em Serviço Social

Professoras Orientadoras:  
Prof.<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Lilyan José Felix da Silva Cabral  
Prof.<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Maricelly Costa Santos

RECIFE-PE/2021

Ficha catalográfica elaborada pela  
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

L732a Lima, Cristina da Silva  
A atuação profissional do assistente social no centro de atenção  
psicossocial (CAPS). / Cristina da Silva Lima, Joyce Catarine dos Santos  
Nascimento, Suzy Cristiny Ferreira Silva.- Recife: O Autor, 2021.

39 p.

Orientador(a): Ma. Lilyan José Felix da Silva Cabral.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário  
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Serviço Social, 2021.

Inclui Referências.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Serviço Social. 4.  
Atuação profissional. I. Nascimento, Joyce Catarine dos Santos. II. Silva,  
Suzy Cristiny Ferreira. III. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. IV.  
Título.

CDU: 364

*Dedicamos às nossas mães e pais, que além da vida nos deram apoio e tiveram paciência conosco.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos aos nossos amigos e parentes que nos acompanharam nesta jornada e nos apoiaram bastante.

Aos nossos irmãos e irmãs que vez ou outra nos ajudaram a destrinchar palavras que às vezes não conseguíamos organizar no texto.

Às nossas orientadoras: Maricelly e Lylian, que fizeram um trabalho excelente conosco, e souberam tirar o melhor de nós com suas dicas e incentivos.

Aos anônimos, que de vez em quando aparecem em nossas vidas com um apoio moral que nos impelem a continuar a caminhada.

Aos diversos profissionais de Saúde que, de uma forma ou de outra, nos mostraram com suas vivências a atual realidade dos usuários na pandemia.

Às Assistentes sociais: Bárbara e Rosana, que nos mostraram como estão funcionando os atendimentos nos CAPS na atualidade e na pandemia. Gratidão!

Um agradecimento especial, aos nossos colegas de graduação com os quais convivemos por todos esses anos, presencial e remoto. E aos professores e professoras, que com todas as suas experiências, nos guiaram até aqui. Obrigada a todos!

*“Há aqueles que dizem que o destino, é algo além do nosso comando. Que o destino não é nosso. Mas eu sei melhor. Nosso destino vive dentro de nós. Você só tem que ser valente o suficiente para vê-lo.”*

*(Chapman, Brenda; VALENTE, 2012)*

”

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2. DELINEAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>10</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
3.1 CONTEXTO DE LOUCURA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL... 14	
3.2 O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE .. 20	
3.3 O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) .....	<b>26</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>32</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE - PERGUNTAS NORTEADORAS .....</b>	<b>39</b>

## A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS

Cristina da Silva Lima

Joyce Catarine dos Santos Nascimento

Suzy Cristiny Ferreira Da Silva

Professoras orientadoras: Lylian Cabral e Maricelly Costa

**Resumo:** O objetivo deste trabalho é conhecer as demandas e respostas dos assistentes sociais e sua atuação na área de saúde mental. A realização do estudo ocorreu através de pesquisa bibliográfica, a partir da qual buscamos compreender os elementos constitutivos e a dinâmica que envolve o processo de trabalho do assistente social na saúde mental, como se efetiva, e quais os desafios presentes nessa atuação. Foram realizadas entrevistas individuais com assistentes sociais que atuam no campo da saúde mental, de instituições diferentes, que trabalham em CAPS da região. O trabalho contempla a reflexão acerca do processo histórico da construção da Reforma Psiquiátrica, da política de saúde mental, após a consolidação da Reforma Sanitária e da loucura, refletida como uma experiência de sofrimento, ocasionando adoecimento e segregação.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Serviço Social. Atuação Profissional.

**Abstract:** The objective of this work is to know the demands and the answers from the social assistants that work in the mental health area. This study was developed by a bibliographic reaserche, wich through this work we would be able to understand how the dynamics used by these assistants work, to understand how is effectively done and also to know the obstacles that were passed through. It were made individual interviews with the assistants that work in the mental health area, from different institutions that work on the CAPS of the region. The research contemplate a reflection about the historic process of the creation of the Psychiatry Reform and the mental health politics after the consolidation of the Sanitary Reform reflected as a suffering experience resulting as segregation and illness.

**Key-words:** Mental Health. Psychiatric Reform. Social service. Acting Professional.

## 1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema se deu pela complexidade desse tempo pandêmico tão difícil que estamos vivendo, no qual escutamos falar, repetidamente, acerca do “cuidado com a saúde mental” e “manter a mente saudável”, e esta necessidade de conseguir manter a estabilidade emocional, pois a mente precisa estar sã. Mas afinal, o que é saúde mental? De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é caracterizada por um estado de bem-estar no qual uma pessoa é capaz de apreciar a vida, trabalhar e contribuir para o meio em que vive ao mesmo tempo em que administra suas próprias emoções. Ou seja, estado através do qual os indivíduos reconhecem suas habilidades, são capazes de lidar com o estresse normal da vida, ser produtivo, frutífero e contribuir para as suas comunidades. Assim, como também se trata da ausência de doença mental. Nesta especificidade, como ficam as pessoas que sofrem de transtornos mentais? A saúde mental se apresenta em nossa sociedade, associada ao estigma da loucura enquanto doença, mascarando o seu caráter social e disseminando saberes controladores e normatizadores da diversidade humana.

A constante menção e questionamentos a respeito da saúde mental, nos incitou a uma reflexão e interesse sobre o tema. De que maneira o Serviço Social se insere neste campo? Qual o seu papel nas práticas da política de saúde e sua função na garantia de direitos? Esses questionamentos potencializaram os objetivos da pesquisa, e conduziram a importantes considerações a respeito do exercício profissional em saúde mental.

O entendimento da loucura, como um processo de saúde/doença, que não pode ser pensada deslocada das determinantes sociais, advindas do capitalismo, nem interpretada pela sua herança histórica de segregação. A loucura é pensada há muito, como anormalidade, e de caráter excludente, padrão que se estende até a atualidade, por isso, é um interminável espaço de luta e intervenção. O assistente social trabalha diretamente com as diferentes expressões da questão social e tem papel fundamental no enfrentamento da mesma. A intenção foi compreender sua contribuição, demandas e desafios de sua atuação na saúde e trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nossa pesquisa traz à discussão os problemas referentes à saúde mental, desde o início do processo de construção da Reforma Psiquiátrica, suas características, reivindicações e sujeitos, até a política de saúde mental atual, dentro do Sistema Único de Saúde. A inserção do assistente social nesse campo, suas competências e atribuições, e o processo democrático de transformação vivido pela sociedade brasileira. Uma análise sobre o CAPS, e seu caráter terapêutico, que objetiva contribuir para efetivação da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. E apresenta ainda, uma pesquisa realizada com duas assistentes sociais, que trabalham na área, que visava conhecer o profissional que atua no espaço de saúde mental, assim como suas demandas, desafios e respostas enfrentados no cotidiano do exercício profissional, e também suas percepções pessoais em relação ao seu ambiente de trabalho, estrutura e recursos.

## **2. DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

A pesquisa bibliográfica tem o objetivo de conhecer o trabalho do assistente social, na prática da área da saúde mental, buscando problematizar a temática da sua atuação nos espaços ocupacionais de saúde, refletindo e analisando o contexto histórico no qual a loucura está inserida, a saúde como direito do cidadão, as lutas e movimentos envolvidos na construção da atual conjuntura da saúde mental, e a importância do Serviço Social neste âmbito.

Utilizou-se, para a pesquisa explicativa as literaturas atuais, artigos e revistas que forneceram subsídios para esclarecer, conceituar, identificar e expressar a trajetória histórica e as formas de agir perante a loucura. E para melhor compreensão do papel do assistente na saúde mental, foram realizadas entrevistas com assistentes sociais atuantes na área, uma de forma presencial e outra remota, no qual falaram do cotidiano no CAPS, e de suas percepções sobre o trabalho e desafios da atuação. As respostas obtidas, serviram para clarear e embasar nossa pesquisa.

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

O Serviço Social, no Brasil surge como profissão inserido na divisão social e técnica do trabalho, no capitalismo monopolista (1930- 1970) atrelado à emergência da questão social, objeto do serviço social, segundo IAMAMOTO (1997):

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade e também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados neste terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade, [...]... a questão social, cuja as múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social. (IAMAMOTO,1997, p.14)

A questão social, de acordo com IAMAMOTO (1983), “é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” é a categoria que explica a forma como se vivencia a contradição capital trabalho, ou seja, ela desvenda as desigualdades sociais políticas econômicas culturais bem como coloca a luta pelos direitos da população, ou como os homens resistem a subalternização. É indiscutível a inserção da intervenção do Serviço Social no âmbito das desigualdades sociais, ou mais amplamente, da questão social. É desse lugar que o assistente social está legitimado frente ao empregador e aos usuários de seu serviço.

A Constituição federal atribui a saúde, como direito de todos e dever do Estado, como rege no Art. 196º “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A saúde mental é parte da saúde, conquistada com os movimentos de luta antimanicomial, consagrada na Lei 10.216/2001, aprovada 12 anos após tramitação no congresso, que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Dessa lei, origina-se a Política de Saúde Mental que, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo (POLAKIEWICZ, 2020).

Para Bravo & Matos (2004) com a criação do Sistema Único de Saúde, ampliaram-se os espaços de atuação do assistente social, sendo o profissional chamado a atuar com as políticas públicas intervindo e orientando sobre direitos sociais.

Neste campo, ressalta a saúde mental, como área de atuação abrangente do serviço social, Paulo Amarante (2007) coloca que:

[...] poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais, e com tanta transversalidade de saberes. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, um psiquiatra. Quando nos referíamos a saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldade de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. (AMARANTE, 2007, p.16)

Deste ponto podemos situar a saúde mental, como um complexo de saberes dentro do setor saúde, que não se limita, mas sim é um conjunto de cuidados, pensados e disponibilizados por esses serviços. Destacando aqui, a atuação em espaços de atenção, como o CAPS, o manual do Ministério da Saúde de 2004 nos apresenta o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, como um novo serviço de Saúde Mental.

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

Ainda segundo a OMS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): serviços de saúde caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas,

em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

### **3.1 CONTEXTO DE LOUCURA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

A loucura carrega um conjunto de práticas, concepções e saberes que, ancorados em uma moralidade, legitimado pelos bons costumes, vitimizando de forma violenta, a construção e pertencimento humano. Até a Idade Média, a loucura como doença era praticamente despercebida e quando notada era vista como fato cotidiano ou dádiva divina através de componentes mágicos e simbólicos, e seu tratamento, quando indicado, não acarretava necessariamente mecanismos de exclusão, afirma CIRILO (2006).

A partir da Idade Média, a loucura passa a ser ligada ao demonismo. Os comportamentos estranhos e anormais, são considerados planos do demônio.

Considerava-se o demônio apoderar-se do cérebro das pessoas já que a alma pertence a Deus. Nesse caso, sua atuação seria física, ou poderia dar-se mediante acompanhamento constante do diabo à pessoa, tomando-lhe o corpo, ou ainda através de alterações percebidas nos objetos, no corpo, no animo ou humor da pessoa, de modo a causar alucinações, tremores, cegueiras e doenças inexplicáveis para a medicina (PESSOTTI, 1996 P.46).

Neste período passou a existir o mecanismo de exclusão do louco, não percebendo-se ainda a loucura como algo que requeresse um tratamento diferenciado, específico, apenas retirava o indivíduo do convívio social quando não se adaptavam a ele (CIRILO 2006).

Apenas, nos séculos XVII e XVIII, de acordo com Oliveira (2002), os médicos passaram a procurar as causas da loucura, que ocupa agora, um espaço específico sob responsabilidade da medicina, caracterizando-se como doença mental e, portanto, passível de cura. Durante o século XVII, ocorreu a criação de grandes hospitais, em Paris, que favoreciam a internação. No princípio serviam apenas como lugar de isolamento dos loucos, criminosos e vagabundos, com o intuito de mantê-los afastados, como desiguais, e a partir do século XVIII, com as mudanças econômicas da época, advindas do capitalismo, a loucura assume um papel social, e os hospitais passam a ser centros de tratamento da doença mental. Ao longo do tempo, essas instituições asilares, assim como a loucura, adquirem outras variantes,

na forma de se perceber o louco como doente mental, até a sua maneira de tratamento e busca da cura (PEREIRA, 2011).

No Brasil, a loucura tornou-se objeto de intervenção por parte do Estado, apenas no século XIX, que passou a exigir um maior controle social, já que a Família Real, caminhava por aqui, e a ideia de “cidade limpa” não condizia com a circulação de pessoas, tidas até então, como escórias da sociedade, nas ruas. Era fundamental que se ocultasse essa faceta da questão social. Rosa (2008), expõe que,

[...] a assistência psiquiátrica do país surge como resposta à loucura e ao louco, alçado à problema social, no bojo das ameaças a ordem pública e a paz social desencadeadas pelo crescimento do número de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades mais importantes do Império e principalmente na sede da corte (ROSA, 2008, p.86).

Daí em diante passaram a ser reconhecidos como doentes mentais, e dignos de ter um ambiente para seu tratamento e confinamento, com essa finalidade foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, em 1852, denominado Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Superlotou, o que permaneceu por décadas, séculos até, as pessoas viviam lá, em condições precárias, vítimas de maus tratos e formas violentas de tratamento, se tornou um espaço de total abandono dos pacientes. Nos anos seguintes outros hospitais foram construídos, porém com a mesma finalidade. Esse cenário alcança o século XX, no qual as pessoas com transtornos mentais ainda eram vistas como algo que incomodava a ordem social, como ameaça à paz e escória da sociedade. E tinha uma perspectiva de afastamento, isolamento e punição para os que sofriam com a doença. Tratavam os sujeitos como se fossem culpados por sua situação, e expunha o indivíduo a abusos, violações, e tratamentos como: lobotomia<sup>1</sup>, eletrochoques (MOCELIN, 2015).

Em 1950, com o avanço da medicina e o aparecimento de soluções farmacêuticas a doença mental se torna um objeto de lucro, permitindo sua mercantilização, tidas como inovações e formas menos agressivas de tratamento, e dessa maneira, conseqüentemente, aumentando o contingente de hospitais e leitos disponíveis (MOCELIN, 2015).

---

<sup>1</sup> Lobotomia, ou também leucotomia, é uma intervenção cirúrgica no cérebro em que são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Foi utilizada no passado em casos graves de esquizofrenia.

Em 1970, o Brasil estava sob o comando da ditadura militar, e nessa conjuntura, vários movimentos em prol da democracia e da liberdade, eram debatidos e fomentados, e um dos movimentos responsáveis por trazer a discussão, sobre saúde, foi o Movimento da Reforma Sanitária, contemporâneo ao Movimento da Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Muitos questionamentos sobre a estrutura asilar, se ressaltaram no cenário social, principalmente no que se refere às instituições psiquiátricas e seu método. A violência, maus tratos e a tortura praticada nos asilos psiquiátricos brasileiros produziram, uma insatisfação em alguns grupos ligados a saúde, acadêmicos, usuários, familiares, e fomentou em um movimento, chamado Movimento Antimanicomial, que pensava uma melhor maneira de tratamento dos transtornos mentais.

Que por sua vez, culminou no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM 1978), sendo um dos seus mentores Paulo Amarante<sup>2</sup>, denunciavam a falta de recursos nas unidades de atendimento aos doentes mentais, a precária condição de trabalho, a violência nos manicômios e estigmatização do doente mental, e através de luta passa a refletir e construir de acordo com Ministério da Saúde (2005) “uma denúncia de violência dos manicômios, mercantilização da loucura e desestruturação dos centros hospitalocêntricos” e desenvolve criticamente e coletivamente o chamado “saber psiquiátrico” e o modelo de assistências às pessoas com transtornos mentais. A luta antimanicomial, virou uma luta pelos direitos humanos, pela defesa da diversidade, defesa da liberdade, da igualdade, e não apenas contra os hospícios (LISBÔA, 2016).

A Reforma Sanitária nasceu no contexto da ditadura militar, tendo como um de seus idealizadores Sérgio Arouca<sup>3</sup> (considerado o “eterno guru da Reforma Sanitária), e lutava por mudanças e transformações na área da saúde, contra a baixa qualidade de prestação de serviços, falta de saneamento, entre outros. Estudantes,

---

<sup>2</sup> Especializado em psiquiatria, mestre, doutor em saúde, tornou-se um dos pioneiros do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. Foi Presidente Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do qual foi Editor da Revista Saúde em Debate. Foi representante eleito do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial na Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>3</sup> Antônio Sérgio da Silva Arouca foi um médico sanitarista e político brasileiro. Como médico, como parlamentar ou como militante partidário, Arouca procurou debater e apresentar propostas associadas, predominantemente em questões das áreas da saúde e da ciência e tecnologia.

professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender a democratização da saúde, culminando na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

A proposta era a necessidade de reformulação do sistema e defesa da saúde coletiva, visando a melhoria da condição de vida dos sujeitos. Profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e discussões políticas, que teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>4</sup>, realizada em 1986. No qual se consolidou transformou-se em projeto.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." (AROUCA, 1998)

A luta da Reforma resultou na universalidade do direito à saúde, oficializado pela Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em paralelo ao Movimento de Reforma Sanitária, ocorre o Movimento da Reforma Psiquiátrica, por volta de 1978, começa a se desenvolver no Brasil, baseado no modelo europeu, mais precisamente italiano, que obteve sucesso, com a liderança do médico italiano Franco Basaglia<sup>5</sup>, que partia do pressuposto da necessidade de tratamento humanizado, visando o indivíduo e não a doença, a desconstrução do modelo psiquiátrico asilar e na criação de serviços em saúde mental (SILVA. A, 2009). Segundo Amarante (2003), o objetivo da Reforma Psiquiátrica é

---

<sup>4</sup> Ocorreu entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília. Convocada pelo Ministério da Saúde, representou um marco histórico para a Saúde Pública brasileira, pois estabeleceu diretrizes para a reorganização do setor por meio de um sistema nacional de saúde único e descentralizado, que viria a ser aprovado na Assembleia Nacional Constituinte de 1987, dando origem ao Sistema Único de Saúde.

<sup>5</sup> Foi um psiquiatra italiano. Promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano.

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

Preserva o desenvolvimento de uma psiquiatria democrática, não violenta, não repressora, invasiva, mas sim, uma em que todos os sujeitos são atores, detentores de liberdade, e não de reclusão. Logo, com a referida Reforma, a Saúde Mental ganha uma nova visão, que é ampliada com o conceito de saúde, construído anteriormente pelo Movimento da Reforma Sanitária. Nas palavras de Arouca (1986), saúde:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1986, p.36).

A ideia de saúde é ampliada, engloba outras séries de necessidades para tê-la em plenitude. Junto com a articulação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, acontece o I Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1979, que apontava para a necessidade de uma organização mais estruturada, com participação das equipes de trabalho, na luta e efetivação das políticas nacionais de saúde. E uma crítica aos grandes hospitais psiquiátricos públicos e seu caráter asilar, sendo os manicômios a tradução mais completa de exclusão, controle e violência (PEREIRA, 2011).

Somente na década de 1980, que o movimento pela reforma psiquiátrica ganhou força e visibilidade no cenário político social, com o fim da ditadura militar, e abria-se aí, a novas formas e reivindicações em todas as áreas, inclusive a saúde mental. Esse episódio influenciou a realização de dois eventos importantes, no ano 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM, que com a participação de novas associações, passa a se constituir em um movimento mais amplo, encimado no lema: “por uma sociedade sem manicômios”, que discutia a loucura para além do limite assistencial, concretizando um ideal que

demarca uma crítica à realidade ao campo da saúde mental e o método e tratamento dado aos loucos (LÜCHMANN, RODRIGUES, 2006).

No ano de 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, inserindo a luta da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Porém a Lei 10.216, só foi sancionada 12 anos depois, em 6 de abril de 2001 que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doenças mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Com a implantação gradativa do SUS, no início dos anos 90, a saúde se reafirmou como maior campo de trabalho do Serviço Social (BISNETO, 2007:38 apud SILVA, 2009, p. 20).

O autor Berlinck et al (2007), ressalta a trajetória e funcionalidade da reforma psiquiátrica no Brasil,

A Reforma Psiquiátrica Brasileira realiza, então, por meio de uma complexa e sistemática política pública (Public Policy), consubstanciada em leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, uma ampla modificação no atendimento ao usuário: redireciona o modelo da assistência psiquiátrica; regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos, e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária; impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção; inclui assistência de saúde mental para os detentos do sistema penitenciário, possibilitando o pensamento sobre um novo modo de tratar com a questão dos manicômios judiciais; dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental etc. (BERLINCK, 2007).

Isto é, pensar o sujeito além de seu condicionamento psíquico, lhe conferindo o direito de ser, colocando-o em um novo lugar social, que não seja de estigma, segregação e da violação de direitos.

Em continuidade a esse processo foram feitas em 1992 e 2001, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, que viabilizaram o delineamento dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira atual e a sugestão de serviços substitutivos ao modelo asilar. E desde 1992, existem oito leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto de Lei Federal do Deputado Paulo Delgado, e estão distribuídos em diferentes estados brasileiros.

### **3.2 O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE**

As políticas sociais ganharam força durante o período do bem-estar social, no qual o Brasil não alcançou tal estrutura semelhante, como medida de garantia dos direitos reivindicados pela população, visto que as desigualdades sociais se agravaram devido à expansão do capitalismo.

No Brasil essas políticas começaram a ser desenvolvidas no início do século XX com a criação de fundos públicos e caixas de aposentadorias para os trabalhadores contribuintes, a partir de serviços de assistência, prestação de serviços e outros. Esses direitos incluíam benefícios, entre eles, o acesso à saúde, formando assim um sistema de proteção social. A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO,2007).

Nos anos 1980, a saúde contou com a participação de sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para o debate que permeou a sociedade civil. A luta pela construção de uma saúde pública fundamentada na defesa da democracia e direitos da sociedade civil tomou proporções que vão além das discussões realizadas em conferências apenas de profissionais de saúde, o que permitiu a inserção de novos sujeitos nesse processo.

A Constituição da República conceitua a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194). Da leitura do artigo 194, identifica-se que a Seguridade Social é composta de três grandes sistemas de proteção social, cada um bem caracterizado e especificado: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Em relação à Saúde, destaca-se que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegura a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país o direito à saúde, o qual deve ser concretizado mediante políticas públicas, a partir da conjugação de esforços dos diversos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), para a construção de um sistema público de saúde que seja único, regionalizado e

hierarquizado, e tenha como diretrizes a participação da comunidade, o atendimento integral e a execução descentralizada das ações e serviços de saúde (CORREIA, 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma forma de política pública implantada através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 /1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990, p.1) que traz um rol de princípios, objetivos e garantias inerentes à efetivação da saúde, garantindo assim a aplicação do direito fundamental de proteção à saúde.

A inserção do assistente social neste espaço ocupacional e sua luta pela democratização do serviço de saúde estão relacionadas às conquistas obtidas com a reforma sanitária e as conferências de saúde.

O Serviço Social enquanto, profissão emerge atrelado ao agravamento da questão social, o conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista, tomando para si a função de exercer ações sociais relacionadas à população pauperizada, e ajudar a amenizar o problema causado pelo capitalismo no conflito entre burguesia e proletariado. Desde sua gênese o serviço social está inserido no antagonismo entre essas duas classes sociais.

A partir do movimento de reconceituação (1990), de acordo com Netto (2004), o Serviço Social busca romper com as visões conservadoras da profissão e consolida um novo projeto ético político, comprometido com a classe trabalhadora e com sua sociedade justa e igualitária. O Projeto Ético-político está articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais e garantia de direitos da classe trabalhadora, tem ligação direta com o projeto de Reforma Sanitária que defende a universalidade de direitos, apresenta um projeto profissional contemplando o pluralismo como um elemento fundamental tanto na sociedade quanto do exercício profissional para o debate de ideias e sua consolidação (NETTO, 2004). O projeto ético e político do Serviço Social, que orienta o exercício e a formação profissional, resultou de um processo histórico de construção coletiva, sob a direção das entidades nacionais da categoria (CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO). De acordo com Netto (2006):

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais. (Netto, 2006, p. 144)

Este projeto de profissão e sociedade é explicitado no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996 (CRESS, 2013).

A Lei de regulamentação da profissão (Lei n 8662 de 07 de junho e 1993), fundamenta e regulariza a profissão de assistente social, sobre formação acadêmica e Registro no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, tem como campo de atuação as políticas sociais, tendo por compromisso a defesa e a garantia de direitos sociais fortalecendo a democracia e buscando a emancipação social. Uma de suas competências profissionais é orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (BRASIL, 1993, Parágrafo V, Art.4º), nos mostra que o assistente social tem um amplo espaço ocupacional. E aliado ao Código de Ética da Profissão que, contém orientações e normas fundamentais para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as dimensões: prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão, na mobilização e participação social, trazem direcionamentos, que norteiam a atuação profissional em qualquer esfera de vida social seja na assistência, educação, movimentos sociais, instituições públicas ou privadas, e saúde (BRASIL, 1993).

O documento Parâmetro para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, fundamentado no SUS, reforça o projeto de reforma sanitária com o projeto profissional dos assistentes sociais. Desta forma o documento vê a necessidade de implementar o projeto de reforma sanitária tendo os conceitos fundamentais para a ação dos profissionais na área da saúde, como a concepção do conceito ampliado de saúde, a intersetorialidade, a integralidade, a interdisciplinaridade e a participação social. Entre as competências dos profissionais atuantes nesse espaço, os Parâmetros afirmam que:

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. (BRASIL, 2010, p. 41-42).

Os profissionais se defrontam em seu trabalho cotidiano com demandas que refletem as expressões da questão social e estão inseridos num mundo de contradições que diversas vezes inviabiliza a garantia ou acesso alguns direitos, entretanto não engessa atuação profissional dos quais conhecem a conjuntura que está inserido e tração estratégias que o projeto ético político da profissão propõe.

O processo saúde-doença é, antes de mais nada, uma definição social, espaço de atuação profissional, que trabalha com as políticas públicas intervindo e orientando sobre os direitos sociais. Vale ressaltar, que a assistência direta e gestão do serviço é de responsabilidade das Unidades Federativas e seus Municípios.

Com a ampliação do leque de oportunidades do campo de atuação do serviço social, e a abertura de variados serviços alternativos à internação psiquiátrica, outras áreas com diversificados saberes, diferentes daquele específico da psiquiatria, passa a incluir o assistente social na composição de equipes multidisciplinares em saúde mental, uma área dentro do âmbito da saúde, se insere indispensavelmente, e voltado à importância da teoria crítica (MOCELIN, 2015).

A primeira ‘política’ de saúde mental, apontada, foi a de manter o portador de transtorno psíquico, afastado do convívio social, o que se deu através da construção do Hospital D. Pedro II (1852)<sup>6</sup>, considerada como lei assistencial ao doente mental.

A partir de 1890, há o desenvolvimento da tutela, com a criação do Serviço de Assistência aos alienados, e a partir do código de 1916<sup>7</sup> e da lei de 1919 estabelecia que os loucos eram incapazes de exercer seu direito civil, por isso podiam ser interditados, quando houvesse um registro público, eximindo totalmente os loucos de sua responsabilidade e razão (MARSIGEIA, 1985: 21).

---

<sup>6</sup> Página 15

<sup>7</sup> O Código civil brasileiro de 1916 foi o código civil em vigor no Brasil de 1917 a 11 de janeiro de 2003. Foi instituído pela Lei n°. 3.071 de 1 de janeiro de 1916, também conhecido como Código Beviláqua em homenagem a seu principal autor. “Art.10 Este Código regula os direitos e obrigações de ordem privada concernentes às pessoas, aos bens e às suas relações.” <sup>8</sup> Página 18

Após 1930, no Brasil, a cidadania é associada à ideia de trabalho pautado no sistema de produção capitalista, no qual só era considerado cidadão aquele que trabalhasse numa profissão regulamentada e reconhecida pelo Estado e contribuísse com a previdência. Com essa condição o doente mental continuava excluído da sociedade, pois não era considerado produtivo.

Foi apenas a partir da década de 1970, com os movimentos de luta antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, um movimento social de inclusão, de reintegração social e de reconstrução, na busca – cotidiana e permanente – do novo lugar do doente mental na sociedade, que o processo de transformação da assistência psiquiátrica, começou a dar sinal de mudanças efetivas. No decorrer dos anos 1980, a Política Nacional de Saúde Mental, a Lei 10.216/2001, surge estritamente ligada a criação do SUS, a descentralização da administração da saúde no país, a mobilização de profissionais e as mudanças sociais e culturais brasileiras.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986),<sup>8</sup> inicia-se a discussão do direito de cidadania e da legislação em relação ao doente mental, buscando tirar o caráter de incapacidade e periculosidade dado ao adoecimento mental. A Constituição de 88, reforça a necessidade de reformulação do jurídico – legal, sobre esses direitos, que buscam a autonomia do doente, que é visto como uma das faces da reabilitação, e critério da cidadania. Para Delgado (1992, p.29) “A Reforma Psiquiátrica brasileira reivindica a cidadania do louco. Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas- também teóricas- bastante novas, a reforma insiste num argumento originário: os ‘direitos’ do doente mental, sua cidadania”. Todos os movimentos de luta em prol da saúde, bem como todos os recursos fundamentais para a melhoria e dignidade humana naquela época, foram importantes para as conquistas e desenvolvimento das políticas públicas. A reforma brasileira, alcançou inovações para saúde mental, embasada em nível global, enriquecida pelo envolvimento e integração com a atenção primária após o Alma-Atá<sup>8</sup>, papel

---

<sup>8</sup> A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, em setembro 1978, na República do Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”

desempenhado na iniciativa de reestruturação dos serviços psiquiátricos da América Latina, que se seguiu à Declaração de Caracas (1990), no qual a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgaram um documento intitulado: “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas” (OPAS, 1990). Essa declaração forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações estimularam a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental (MACHADO, 2003).

A política de saúde mental, obteve resistências por partes de alguns setores tradicionais, porém o desenvolvimento e resultados verificados mais tarde, no âmbito dos direitos humanos, mostraram que a política brasileira, estava certa, e que seria importante, na antecipação dos princípios que viriam a ser universalmente reconhecidos, em relação aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Para maior alcance dos serviços de saúde, a descentralização e integração dos serviços, facilita o atendimento de uma parcela maior da população tornando-o assim, mais acessível, verificado com articulação dos serviços hospitalares com a atenção básica, as chamadas UBS- Unidade Básica de Saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF), possui bases conceituais e metodológicas com pontos de concordâncias com os princípios de Reforma Psiquiátrica, “a noção de território, da articulação dos serviços em rede, da responsabilidade compartilhada, e da integralidade da assistência representam pressupostos básicos da reforma e da política de atenção básica” (Pinto, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica, pensa o PSF como programa estratégico para reorganização do sistema de saúde e representa a porta de entrada da população na rede de serviços do SUS, que tem em si, o serviço em rede, e facilita o acesso para resoluções de problemas individuais ou coletivos, de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

A Reforma também considera um PSF um recurso estratégico para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, pois um dos seus princípios, é a inserção na comunidade e estabelecimento de vínculos com as famílias, dessa

maneira promove uma articulação em saúde mental e a atenção básica, e através dela, constrói uma rede de cuidados de base comunitária, que versa o princípio da integralidade, que de acordo com Silva et al (2004), a compreensão de integralidade da assistência está entrelaçado no entendimento de que não podem ser analisadas de forma isolada e descontínua (BRASIL, 2003).

A parceria entre os órgãos de serviço em saúde mental (CAPS ad e CAPS) e PSF, é fundamental para desenvolver discussões, traçar estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas de saúde.

É bom o entendimento que o processo de saúde tem diretrizes do SUS, mas que tem princípios mantidos por outras áreas das políticas sociais, como; educação, assistência, trabalho, o que já é visto como um processo em desenvolvimento ainda que de forma inicial.

O Serviço Social é uma profissão que tem características singulares. Ela não atua sobre uma única necessidade humana (como o dentista, médico o pedagogo...) e nem se destina a todos os homens de uma sociedade sem distinção de renda ou classe. Sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternizados, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riqueza dessa mesma sociedade. Portanto, os profissionais de Serviço Social atuam, basicamente, na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada (NETTO; FALCÃO, 1987, p. 51).

É exigido do profissional um contínuo processo de conhecimentos através de pesquisas e intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, baseada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético Político do Serviço Social. Em relação a atuação dos assistentes sociais no Brasil, é necessário explicar que o surgimento do serviço social teve início na década de 1930, quando as expressões da questão social se tornaram mais visíveis em decorrência da contradição capital e trabalho, dando início a uma assistência com o intuito de amenizar os impactos ocasionados por sistema desigual e opressor.

O trabalho do Assistente social se tornou fundamental considerando alguns aspectos, o primeiro deles é “considerar a questão social como base de fundação sócio-histórico do serviço social e o segundo é apreender a ‘prática profissional’ inscrito em um processo de trabalho” (IAMAMOTO, 2004, p57, grifo da Autora).

### **3.3 O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

A inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos, segundo Bisneto (2001), aconteceu por exigência do Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, nos anos 70, quando o MAPS reconhece a importância de equipe interdisciplinar na prestação de assistência ao doente mental, numa tentativa de melhorá-la, e abre-se um maior espaço para o Serviço Social nas instituições psiquiátricas.

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2011, p.25).

Dessa forma vemos que esse trabalho se torna um conhecimento multidisciplinar e plural além de prática complementares e interdisciplinares. Nesta perspectiva, o serviço social possui um lugar nessa área, que em articulação com as demais áreas de saber, permiti obter uma visão integral do sujeito que adocece, favorecendo a compreensão das implicações socioeconômicas e culturais da saúde, fato relevante para a humanidade e qualificação do atendimento aos seus usuários, conforme preconizam as diretrizes do SUS.

Assim, a origem da interdisciplinaridade não advém apenas de uma racionalidade científica, do reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde por parte da própria medicina e dos órgãos planejadores da saúde, visando a uma maior eficiência e efetividade dos programas. Há interesses e razões políticas e financeiras também (BISNETO, 2009, p. 51).

Souza (2004), defende a ampliação do alcance dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) frente às políticas sociais, de maneira abrangente, por meio de articulação e integração das equipes de saúde da família, para a construção de novos espaços.

Os principais modelos substitutivos criados no período pós-reformas referem-se aos CAPS (centro de atenção psicossocial) e aos NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial) respectivamente. Os mesmos foram se multiplicando pelos diversos municípios do país e hoje, integram uma rede de Assistência nacional. A princípio de tudo, o primeiro CAPS no Brasil, foi denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, surgiu na cidade de São Paulo no ano de 1986, os demais posteriormente criados tiveram uma grande parte das experiências realizadas no exterior principalmente de alguns princípios das comunidades terapêuticas da psiquiatria de setor e da psiquiatria democrática itálica. Para (BASAGLIA, 1982):

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso torna-se uma luta contra a loucura (BASAGLIA, 1982).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos comunitários que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (Brasil, 2004)

A Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, caracterizou os CAPS como unidades de:

(...) atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004)

A ideia do NAPS e do CAPS, é garantir o desenvolvimento de atividades terapêuticas sem que o paciente tenha que ser retirado do convívio com a sociedade, pois o exercício da convivência é visto como base da reabilitação psicossocial. Características de um CAPS:

Um CAPS é uma rede multidisciplinar, composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc. Oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas

domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia, ou vir apenas para alguma consulta. Sua estrutura física deve contar com elementos básicos para o oferecimento de seus serviços (BRASIL, 2005) a saber:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

Esse serviço vai constituir-se em 3 modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III CAPS i (infantil) CAPS AD (para alcoolismo e usuários de drogas).

CAPS I – oferecem atendimento a município com população entre 20 mil e 50 mil habitantes (19% dos municípios Brasileiros, onde residem aproximadamente 17% da população do país), tendo uma equipe de 9 profissionais de nível médio e superior. O foco são usuário adultos com transtornos mentais graves e persistente, transtornos decorrentes do uso de álcool e de outras drogas.

CAPS II – oferecem atendimento a município com mais de 50.00 habitantes (equivalente a 10% dos municípios, onde residem aproximadamente 65% da população Brasileira). O público alvo são adultos com transtornos mentais persistentes. Opera com uma equipe mínima de doze profissionais, com nível médio e superior. CAPS III- atendimentos são caracterizados por serem os serviços de maior porte de rede. Com uma previsão de cobertura para municípios com população acima de 200.000 habitantes, que representa uma baixa parcelas dos municípios do país, apenas 0,63%, entretanto, concentram cerca de 29% de toda a população do Brasil.

Este tipo de CAPS oferece acolhimento noturno, se necessário, realizando internações curtas, de 7 a até no máximo 10 dias. Essa permanência e internação temporárias devem ser compreendidas como recursos terapêuticos, que visam evitar a internação em hospitais psiquiátricos.

CAPS i (infantil) - É um tipo de serviço especializado para criança e adolescente com transtornos mentais e se operacionaliza em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Trabalho realizado com uma equipe de no mínimo 11 profissionais com instrução entre nível médio e superior, com capacidade média de realizar 180 acompanhamentos com criança e adolescente por mês.

CAPS AD (para alcoolismo e usuários de drogas) – Focam no atendimento a pessoas que utilizam o álcool de maneira prejudicial e outras drogas, em cidades com mais de 200.000 habitantes, ou aquelas que estejam nas fronteiras, ou ainda, as que façam rota de tráficos de drogas e possuem relevantes cenários epistemológicos, que precisem deste tipo de serviço para responder de forma eficaz à demanda da saúde mental, é composta por no mínimo 13 profissionais entre ensino médio e superior (SILVA, 2010 p. 31, 32). O Assistente Social, torna-se então, o elo entre o usuário e sua família, promovendo a interação dos envolvidos, mediando conflitos, prezando pelo bem estar emocional, e importância da família na reabilitação, bem como, entre o hospital e a comunidade do qual faz parte.

Entre as demandas apresentadas no cotidiano profissional, segundo os Parâmetros estão: facilitar ao atendimento através da solicitação de exames, viabilizar a marcação de consultas, altas, etc. participação ou execução de reuniões em conjunto com a equipe multiprofissional para discutir e analisar casos de reclamações sobre o atendimento, além de visitas domiciliares, levantamento e análise de dados socioeconômicos. Entre suas atribuições contemplam, promover a reinserção dos usuários através de diversas ações. articulando saúde, educação, trabalho, cultura, lazer, esporte, esclarecimentos e educação da população, ou seja, utilizando recursos intersetoriais e criando estratégias conjuntas.

O Serviço Social orienta sua atuação de modo que acompanhe a realidade, a qual, sempre se modifica, sendo as situações postas à profissão expressas como novas faces e configurações da questão social, podendo-se então, fazer um elo entre os princípios defendidos pelo SUS de integralidade e atendimento universal, com os princípios defendidos pelo Projeto Ético-Político da profissão que está pautado numa defesa intransigente da democracia, numa perspectiva de fortalecimento da rede social e da coletividade dos sujeitos, permitindo a otimização dos serviços a partir do oferecimento da assistência integral. Atua em diversos programas e projetos em instituições psiquiátricas com o objetivo de uma melhor reabilitação psicossocial.

Para ele é necessário não só o tratamento da doença mental, mas também o tratamento de doenças sociais, como a desestruturação familiar, violência e desemprego.

Em entrevistas realizadas com assistentes sociais atuantes em saúde mental, nos deixa saber que: o CAPS é uma instituição de porta aberta, o usuário pode chegar à unidade por encaminhamento de outra unidade de saúde, ou mesmo por livre espontânea vontade do usuário, que pode ir diretamente ao local, acompanhado pela família, ou até mesmo sozinho. Passará por uma triagem, onde será realizada uma entrevista no qual se faz uma análise sobre a vida e vivência do usuário, sua necessidade e a melhor maneira de atendimento.

Cabe ao Serviço Social, acompanhar todos os casos, mobilizar o paciente e a família para que ele participe de forma efetiva do tratamento e reintegração social. Orientar o paciente e a família quando necessário ao encaminhamento para unidades fechadas, realizar visita domiciliar, orientar quanto aos direitos assistenciais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), verificar histórico social observando a necessidade dos clientes como a financeira e de moradia. Entre as atividades, dispõe oficinas de música, cinema, reflexão e poesia. Realização de rodas de conversas, tanto em grupo como individualmente, com os usuários e seus familiares, promovendo também dinâmicas em grupo.

O vínculo familiar geralmente é quebrado ou rompido e uma porcentagem não tem nenhum familiar. A família dos usuários (que a tem) é parte integrante do processo de reabilitação, porém nem sempre se obtém êxito. Às vezes a família quer apenas se livrar do parente “problemático”, não se interessa pelo seu tratamento. O usuário só permanece na unidade com o próprio consentimento, mas às vezes é coagido pela família a procurar ajuda e permanecer. Os resultados nem sempre são satisfatórios, principalmente por que a unidade não é de permanência, no caso do CAPSad, é apenas terapêutica e de passagem.

O trabalho no CAPS, é multidisciplinar, composto por equipe formada por psicólogos, enfermeiros, médicos e assistentes sociais que juntos entram em consenso, cada qual dentro da sua especialidade, mas visando a melhoria do paciente. No caso do assistente, lhe cabe o parecer social e análise do contexto no qual o usuário está inserido, tanto na vida familiar, como social.

Uma das assistentes entrevistadas, destaca que uma das dificuldades do exercício da profissão é a burocratização dos serviços, políticas insuficientes, o sucateamento, a falta de profissionais e articulação em rede que não é bem sucedida, já que os encaminhamentos são feitos, porém não se tem garantias de atendimento. Questionadas nas duas entrevistas sobre o trabalho durante a pandemia, a resposta foi praticante a mesma, as visitas foram reduzidas, porém não totalmente paradas, o trabalho em grupo foi reduzido também, para cumprir os distanciamentos, as entrevistas tiveram que ter data marcada pra evitar aglomeração.

Um dos problemas da pandemia foi a erradicação dos trabalhos com as ongs, que tinham parceria com a unidade, e viabilizavam cursos, oficinas, que davam aos jovens, no caso do CAPSad, oportunidades de aprendizagem e formação, tendo em vista que boa parte dos usuários não tem formação escolar. Mas com esse cenário que vivenciamos, várias portas fecharam dificultando um pouco o serviço de reabilitação dos jovens.

A falta de recursos e de incentivo profissional por parte da gestão governamental foi destacada pelas profissionais participantes da pesquisa como um fator desestimulante para a operacionalização do trabalho. Assim como a invisibilidade do usuário com transtorno mental e da política de saúde mental, como um todo. A profissional destaca que política não é efetiva, deveria haver uma melhor articulação dos serviços, uma política mais abrangente, que desse ao usuário um suporte maior do que 15 dias de tratamento. Um sistema que desse ao indivíduo um lugar para morar por um tempo, no qual pudesse sair para ir à escola, que tivesse alguma ocupação que provesse renda. Seria primordial que houvesse uma política, mais articulada que desse oportunidade ao paciente, fora da sua zona de conforto, onde levaria a construir um melhor resultado na reabilitação.

Nesse sentido, é importante destacar o trabalho do Assistente Social na identificação da realidade em que o usuário, neste caso o indivíduo com transtorno mental, está inserido, buscando, dessa forma, estabelecer quais os aspectos envolvidos nesta realidade por meio de uma “[...] aproximação dos assistentes sociais com os usuários, uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos”.(CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.69).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base na pesquisa levantada, observou-se que houveram muitas transformações e ainda há na atenção em saúde mental, avanços e também retrocessos nos últimos anos, mesmo as políticas sociais estando organizadas na legislação. Mas ainda assim é um pouco lenta a realidade dos serviços oferecidos. No campo da saúde, é visto que há uma constante luta pela garantia de direitos, dado o desmonte e sucateamento que vem sofrendo, e se faz necessário que o assistente social, atuante na área de saúde, possa problematizar as demandas e as intervenções, a fim de viabilizar Serviço Social e saúde mental, posto que a contribuição do profissional nesta área proporciona aos usuários, acesso aos direitos de forma a concretizar a democracia.

Ao Serviço Social compete realizar o enfrentamento das diferentes formas e dimensões de como se dá à produção e reprodução das relações sociais. Assim, deve a profissão, como bem aponta lamamoto (2007), contribuir para a progressiva democratização dessas relações. O profissional de Serviço Social tem um papel importante nos espaços de gestão, planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional, com vistas às ações com objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão.

O trabalho nos mostra a importância e necessidade do assistente social nos espaços psicossociais, a prática deve tornar-se um exercício constante de análise crítica para que, além de garantir a qualidade no atendimento aos usuários, a profissão possa se fortalecer como categoria atuante na área de saúde mental, diante da hegemonia dos saberes. Vale destacar, que cabe ao assistente social desenvolver sua prática de acordo com os elementos enfatizados no projeto ético-político da profissão, em busca de dar respostas às demandas resultantes das desigualdades sociais decorrentes da evolução histórica da sociedade capitalista. Uma vez que a Lei de Regulamentação da Profissão 8.662/1993, tem como algumas de suas competências e atribuições do Serviço Social: analisar, elaborar, coordenar e executar planos, programas e projetos para viabilizar os direitos da população e seu acesso às políticas sociais, como a saúde, a educação, a previdência social, a habitação, a assistência social e a cultura. Analisar as condições de vida da

população e orientar as pessoas ou grupos sobre como ter informações, acessar direitos e serviços para atender suas necessidades sociais.

Realizar estudos socioeconômicos com os usuários, vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, pareceres no que compete ao serviço. E trabalham no planejamento, organização e benefícios sociais fornecidos pelo governo, e assessoria de órgãos públicos e privados, ONGs e movimentos sociais (BRASIL, 1993).

O Código de Ética corrobora com os direitos do/a Assistente Social perante a profissão, a sociedade, e os conselhos fiscalizadores, indicado no artigo no qual constitui os direitos do/a assistente social que versa “a- Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios formados neste código” (BRASIL, 1993). Portanto, torna-se relevante refletir sobre a atuação dos assistentes sociais nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), uma vez que este profissional é capacitado para intervenção nas expressões da questão social e, pelo trabalho de articulação com a rede socioassistencial, pode contribuir para a promoção da autonomia e reinserção social da pessoa com transtorno mental em seu território.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dado o exposto, ao finalizar este trabalho, e tendo como base o elucidado por LISBÔA (2016), analisando o processo da loucura como questão social, percebendo-se o seu tratamento desde o princípio da sociedade, visualiza-se que era desumano, violador e excludente. Quanto à política de saúde e intervenção do Serviço Social na área da saúde mental, podemos perceber que este, sofreu alterações benéficas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que busca por um atendimento humanizado, regionalizado e substitutivo do modelo hospitalocêntrico. Evidenciou-se que as demandas do/a assistente social em saúde mental, são predominantemente socioassistenciais e de articulação com a rede. Apesar de a garantia de direitos, ser um objeto de trabalho profissional, destacasse que atuar na garantia de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, requer um esforço em contemplar as ações do exercício profissional, que cotidianamente esbarra na fragmentação e focalização das políticas públicas, na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede. E como mostrado, outros empecilhos como, a falta de profissionais, de estrutura física e acesso dos serviços. Apesar disso, o/a assistente é capaz de articular e buscar

estratégias para os problemas apresentados, já que as competências e atribuições do exercício profissional, os fundamentos teórico-políticos tornam-se pertinentes para a superação de inúmeras barreiras. O assistente social é o profissional que se apresenta dotado de capacidade crítica e reflexiva da realidade e tem por objetivo realizar o seu trabalho de maneira a analisar o contexto do seu usuário (o paciente da instituição de saúde mental), buscando para isso, conhecer a relação deste usuário com a sociedade que o cerca, como família e a comunidade em que está inserido.

Como afirmou MOCELIN (2015), pensar a saúde mental atualmente é ter a compreensão que a mesma é indissociável do conceito ampliado de saúde, considera não apenas fatores biológicos, mas outros que podem estar influenciando a relação social, econômica, interferindo na autonomia e nas condições de vida dos sujeitos. Assim, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. É através dessa compreensão que podemos refletir o exercício profissional dos assistentes sociais.

Vale destacar que vivemos um momento de calamidade pública, e como as demais políticas públicas, a saúde mental vem sofrendo com os desmontes e retrocessos vivenciados na atual conjuntura econômica e política brasileira, e é certo que nosso país como um todo não está preparado para uma pandemia da magnitude desta que nos assola, porém precisamos destacar o Sistema Único de Saúde no Brasil, com acesso universal, é sem dúvida a maior conquista social concreta de que dispomos. Mesmo que se tente por muitas vezes propagar a ineficiência do SUS, como serviço público gratuito, sem problematizar os interesses políticos, na gestão e a relação de força com o capitalismo, é indispensável para que as propostas da reforma psiquiátrica se materializem na sociedade e nos serviços de saúde. A luta profissional deve estar na defesa do SUS, esclarecendo e mobilizando de forma coletiva os usuários dos serviços de saúde e o constante incentivo de sua participação ativa.

Até aqui, os novos conhecimentos foram um importante instrumento de aprendizado e crescimento, fechando uma importante conquista acadêmica.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. DE. **Política de Saúde Mental no Brasil. O que está em jogo nas mudanças em curso.** 2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva, 2018.

ASSIS, C.; CORDEIRO, F.; ASSIS, M. A. **Ciências Gerenciais em foco. Perspectivas e desafios para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade.** Ciências Gerenciais em foco, 2018.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas.** Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, v. 11, n. 1, p. 21–28, mar. 2008.

BERLINCK, M.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. **A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas.** V.11, 2008.

BISNETOJ. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo (Sp): Cortez, 2007.

BRASIL. **Lei de regulamentação do Serviço Social,** 1993.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica,** 2001.

BRASIL. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o Diálogo necessários.** Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes/pdf>. > Acesso em: 1 abr. 2021.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. DE. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.**

CFESS. **Código de Ética do/a assistente social**, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**, 2006.

GRESS. **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social : os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais**, 2013.

CORREIA, M. S. **Direito à saúde como um dos pilares da seguridade social**, 2016.

DELGADO, P. G. **A nova política de saúde mental. O modelo de atenção psicossocial no Brasil**. 2019.

DIAS, M. B. **A HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DOS CONGRESSOS BRASILEIROS DE ASSISTENTES SOCIAIS**. 2019.

DOBIES, D. V.; L'ABBATE, S. **A resistência como analisador da saúde Mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional**. Saúde Debate, 2016.

GUIMARÃES, T. DE A. A.; ROSA, L. C. DOS S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista**. V. 44, 2019.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. V. 14, 2009.

LIMA, D. T. **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial**. LIMA, 18 maio 2021.

LISBÔA, A. F. M. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS**. 2016.

MACHADO, A. L. **Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo.** 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial,** 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** 2005.

MOCELIN, A. C. **O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL.** 2015.

MOTA, M. DE L.; RODRIGUES, C. M. B. **Serviço Social e saúde mental: um estudo Sobre a prática profissional.** 2016.

OLIVEIRA, A. L. X. D.; SOUZA, F. D. T. D. **Saúde Mental: Um artigo de revisão sobre vá saúde mental no Brasil.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2020.

OLSCHOWSKY, A. et al. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** 2009.

PANOZZO, V. M. **O trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Porto Alegre.** 2010.

PEREIRA, J. A. C. **O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Um estudo acerca das Demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à Luz da reforma psiquiátrica.** 2011.

RIBEIRO, S. L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Psicologia: Ciência e Profissão.** 2004.

SANTOS, L. C. DOS; MASCARENHAS, A. F. **Afinal o que faz o Serviço Social na Saúde Mental.** V. v.11, n. n.1, 2012.

SILVA, A. O. C. D. **A atuação do Serviço Social na política de Saúde Mental: Um estudo A partir da inserção no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros.** 2009.

VASCONCELOSE. M. et al. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2010.

### **APÊNDICE - PERGUNTAS NORTEADORAS**

Ao longo da elaboração deste estudo, foram realizadas duas entrevistas com assistentes sociais atuantes na área, nas quais destinaram-se tais questões:

- 1- Qual a importância do Assistente Social dentro do Centro de Atenção Psicossocial?
- 2- De que maneira é feita a entrada do usuário no CAPS?
- 3- Como se conduz a intervenção do problema do usuário?
- 4- As unidades dispõem de todos os recursos necessários para o acesso e atendimento do usuário?
- 5- De que maneira você avalia as demandas diárias das instituições. E qual o maior desafio ou dificuldade enfrentados no campo?