



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

FRANCIELLE SOUZA DOS SANTOS CRUZ

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DE
USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II DE TAGUATINGA**

Brasília
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

FRANCIELLE SOUZA DOS SANTOS CRUZ

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DE
USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II DE TAGUATINGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Pollyana Moreira Assis

Brasília
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

FOLHA DE APROVAÇÃO

Monografia intitulada “**A atuação do Assistente Social na construção da autonomia de usuários do serviço de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga**”, de autoria da graduanda **FRANCIELLE SOUZA DOS SANTOS CRUZ** defendida e aprovada em ____/____/2015 pela banca examinadora constituída pelos seguintes examinadores:

Prof.^a Pollyana Moreira Assis (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira (Membro Interno)

Assistente Social Vilmara Cardoso de Macêdo (Membro Externo)

Brasília
2015

Dedico este trabalho a Deus, ao meu pai Laurifrance e a minha mãe Enivalda por estarem sempre presentes nesta caminhada.
Obrigada pelo apoio que sempre me deram.

AGRADECIMENTOS

Meu maior agradecimento é direcionado a Deus, aquele que me fortalece e me dá condições de realizar sonhos e atingir metas. Meu agradecimento se resume no livro de Salmos da Bíblia Sagrada: “Bendize, ó minha alma, ao SENHOR, e tudo o que há em mim bendiga o seu santo nome. Bendize, ó minha alma, ao Senhor, e não te esqueças de nenhum de seus benefícios” (Salmos 103:1-2).

A meus pais por sempre me apoiarem nas minhas decisões, inclusive me incentivando em todas as etapas da minha vida, principalmente na área profissional e dos estudos. Dedico isto a vocês, pois se cheguei aqui o mérito não é só meu, mas da iniciativa de vocês em me conduzirem sempre às melhores escolhas e a caminhos sólidos.

A Matheus Parisio por me incentivar nos momentos mais tristes e desmotivadores, sempre com palavras edificantes, trazendo alegria e alento.

A Paula Monteiro e Renata Souza por terem me acompanhado nesta trajetória. Agradeço a Deus por ter colocado vocês na minha vida. Trabalhos, provas, momentos de dificuldades na vida pessoal sempre foram superados por meio da solidariedade e palavras de conforto. Muito obrigada, meninas! Vocês alegraram meus dias!

À Larissa Maria, Stephanie Botelho e Letícia Mayumi pelas palavras de conforto nos momentos de desespero e desmotivação. Obrigada meninas por me incentivarem e me dar forças nesta trajetória com palavras encorajadoras.

E, não poderia deixar de agradecer os profissionais que participaram de bom grado nesta reta final da graduação. À assistente social Vilmara Macêdo pela disponibilidade nos momentos em que precisei de auxílio, e por aceitar o convite de compor a minha banca de TCC. A minha orientadora Pollyana Assis por me conduzir a esta etapa, traçando metas e auxiliando em todo o processo de construção deste trabalho. E à Andréia Oliveira por ter aceitado participar de bom grado da minha banca de TCC, também contribuindo para a conclusão desta reta final da minha graduação.

"Não é sinal de saúde estar bem ajustado a uma sociedade profundamente doente".

Jiddu Krishnamurti

RESUMO

A inserção do assistente social nos serviços de Saúde Mental tem fundamental importância no processo de construção de autonomia dos usuários destes serviços, pois é este profissional o único capacitado para lidar com as demandas sociais que se apresentam por meios destes usuários. É o assistente social o profissional capaz de trabalhar com as expressões da questão social, por ter a consciência de que é necessária uma intervenção que lide com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica, uma vez que os problemas sociais também são os geradores de males psíquicos. Trata-se de um trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Objetiva-se compreender como assistentes sociais estão inseridos na lógica de trabalho do CAPS II de Taguatinga Sul, bem como de que forma contribuem para o processo de construção da autonomia (no sentido de empoderar, fortalecer os pacientes quanto a seus direitos) dos usuários do serviço. Dentro desta lógica, pretende-se identificar os mecanismos utilizados pelo assistente social para este fim, tendo como base o trabalho interdisciplinar; e avaliar de que forma o trabalho interdisciplinar pode contribuir para uma maior efetividade do serviço de saúde mental, a fim de uma melhor maneira de conduzir o paciente ao **egresso** (um grau mais elevado de autonomia dos usuários dentro da instituição. Para tanto, foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa, de campo, na instituição em questão, por meio da análise de 10 prontuários.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Mental. Autonomia. Projeto ético-político.

ABSTRACT

The insertion of the social worker in mental health services is of fundamental importance in the construction of autonomy of users of these services, because this is the only professional trained to deal with social demands that are presented by means of these users. It is the social worker professional able to work with the expressions of the social question, for having the awareness that an intervention that addresses the social dimension of psychiatric reform is necessary, since social problems are also generators of psychic ills. This is a job Completion of course in Social Work. The objective is to understand how social workers are integrated in the CAPS II Wansbeck South working logic and how contribute to the process of building autonomy (in the sense of empowering, strengthening the patients about their rights) users in service. Within this logic, we intend to identify the mechanisms used by the social worker for this purpose, based on interdisciplinary work; and assess how interdisciplinary work can contribute to greater effectiveness of mental health services in order to better way to drive the patient to the egress (a higher degree of autonomy of users within the institution. Therefore, we performed quantitative and qualitative research, field in the institution concerned, by 10 medical records analysis.

Keywords: Social Service. Mental health. Autonomy. Ethical-political project.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNTSM	Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
GM	Gabinete do Ministro
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde
PDS	Partido Democrático Social
PEP	Projeto Ético-Político
PIAAS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Forma de chegada dos pacientes na instituição	54
Quadro 2 - Demandas por encaminhamento de outras instituições.....	55
Quadro 3 - Número de casos em que o Serviço Social atua, de acordo com cada categoria profissional	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rotatividade no mercado de trabalho.....	62
Figura 2 – Ausência de rotatividade no mercado de trabalho	63

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	17
1.1 Resgate Histórico: Panorama Geral da Saúde (1970-1980)	17
1.2 Resgate Histórico: Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990)	21
1.3 Saúde, Serviço Social e Projeto Ético-Político Profissional	25
1.3.1 Código de Ética Profissional do Serviço Social 1993	30
2 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL, NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO	33
2.1 Neoliberalismo e adoecimento mental	33
2.2 Organização da atenção à saúde mental no Brasil – o destaque aos Centros de Atenção Psicossocial	36
2.2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	37
3 CATEGORIA TRABALHO E SUA CENTRALIDADE PARA O SERVIÇO SOCIAL – OS ASSISTENTES SOCIAIS E Seus Processos De Trabalho	41
3.1 Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga – potencialidades e desafios da atuação dos assistentes sociais no contexto do trabalho interdisciplinar dessa instituição	47
4 PESQUISA E METODOLOGIA	53
4.1 Caracterização da pesquisa	53
4.2 Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem por intenção de realizar uma análise da contribuição dos profissionais de assistentes sociais à concretização dos objetivos da política de saúde mental por meio da análise de registros, em prontuários, acerca da intervenção desses profissionais no serviço de atenção psicossocial executado pelo Centro de Atenção Psicossocial.

A conjuntura da década de 80 é marcada pela emergência da Reforma Sanitária, que foi um movimento na área da Saúde, fruto da luta da população brasileira, pela democratização do acesso aos serviços prestados neste espaço. Esta reforma propôs o incentivo à participação popular nos processos decisórios na área da saúde e trouxe aspectos significativos neste campo: a universalização e descentralização das ações em saúde, visando à integralidade dos serviços (BRAVO, 2009).

O protagonismo que a Reforma Sanitária ganha na própria Reforma Psiquiátrica Brasileira é em razão dos dispositivos legais que deram base para sustentar os princípios preconizados para a Saúde Mental e, inclusive, para a criação de uma legislação específica: a Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com (não utilizar a expressão portadoras) transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A redemocratização do Estado na década de 80 criou um contexto favorável para a instituição de uma Constituição Federal Cidadã, em 1988, que serve de base legal para a criação e implementação de um Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, por meio da Lei 8.080/90. O artigo 198 da Constituição Federal o define como um conjunto de “ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem origem na década de 50. Mas é na década de 70 que os profissionais da saúde e a população começam a se unir para reivindicar melhorias nos serviços prestados nas instituições psiquiátricas. Em 1978, os trabalhadores em saúde mental se organizam, constituindo o que ficou conhecido como Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento trouxe a preocupação quanto ao regime de internação das pessoas acometidas por transtornos mentais. A intenção era a criação de instituições que trabalhassem a reabilitação psicossocial dos pacientes, desinstitucionalizando o atendimento (AMARANTE, 2008).

É por meio do processo de redemocratização do Estado, em 1980 que o movimento na área da saúde mental toma força. Os avanços provenientes da Reforma Sanitária viabilizaram a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 80. Foi a partir daí que as reformas na saúde mental tiveram visibilidade: ocorre o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial em 1993, e em 2002 é criada a portaria do Ministério da Saúde que institui novas regulamentações para os serviços de atenção psicossocial, a portaria GM 336/2002. É nesse sentido que aparecem os Centros de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2008).

Diante da existência de bibliografias relacionadas às transformações na Saúde Mental que, com o processo de redemocratização do Estado brasileiro, oferece o tratamento psicossocial desinstitucionalizado, visando à construção de autonomia dos usuários da Política de Saúde Mental, surge o debate acerca da inserção do Serviço Social neste espaço sócio-ocupacional.

Tendo em vista essa contextualização inicial, a pesquisa realizada para a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social teve como objetivo geral compreender como assistentes sociais estão inseridos nos processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga, bem como de que forma contribuem para o processo de construção da autonomia dos usuários do serviço de atenção psicossocial.

Inaugurado em Dezembro de 2006, o CAPS II de Taguatinga é uma instituição pública destinada a “acolher pacientes com transtornos mentais severos, num dado território. Tem por objetivo trabalhar a integração social e familiar e promover a autonomia e a cidadania, através de um trabalho de reabilitação psicossocial, desenvolvido por uma equipe interdisciplinar.” (documento institucional). Sua área de abrangência compreende demandas provenientes das Regiões Administrativas de Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, Águas Claras, Guará, Estrutural, Octogonal, Cruzeiro, Sudoeste. São cerca de 400 usuários admitidos ao serviço, sendo eles divididos em planos de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Esta instituição funciona independentemente de qualquer estrutura hospitalar, pois tem sua própria equipe interdisciplinar, compreendendo uma equipe técnica de 5 psicólogos, 1 médico clínico e 3 psiquiatras, 2 enfermeiros, 3 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 3 técnicos de enfermagem, 2 técnicos administrativos, 4 vigilantes e 2 serventes.

O atendimento realizado compreende a realização dos processos de 1) acolhimento, 2) encaminhamento responsável, 3) Elaboração do Plano Terapêutico, 4) Grupo de Boas Vindas, 5) Inserção nas Oficinas e Grupos Terapêuticos, 6) Técnico de Referência. Durante o acolhimento é realizada uma entrevista não-formal, com o recém-chegado à instituição,

entrevista da qual se prioriza a fala do paciente e a escuta do profissional, sendo que este deve guiar o diálogo de maneira que se possa ter um atendimento de qualidade, à medida que se torna possível conhecer brevemente a história de vida do paciente e os possíveis fatores que o levaram a adquirir e desenvolver o sofrimento mental.

É por meio do acolhimento que é possível saber se o paciente é caso de competência do CAPS ou não; nesta segunda possibilidade, o profissional deve fazer o encaminhamento para redes que possam ajudar na resolução do caso e tratamento do paciente; já na primeira possibilidade, a de competência do CAPS, o paciente é instruído a voltar à instituição num dia que é destinado para a elaboração de seu plano terapêutico. A partir daí, o paciente deve comparecer às Boas Vindas – onde é lido o contrato terapêutico que é acordado entre familiares, técnico de referência, e paciente, mediante assinatura dos mesmos.

A inserção dos pacientes nas Oficinas e Grupos Terapêuticos segue a lógica do tratamento do paciente junto ao acompanhamento dos seus familiares e profissionais da instituição. As atividades terapêuticas oferecidas na instituição são: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); atendimento em grupo (oficinas terapêuticas, culturais, expressivas, artesanato, reabilitação cognitiva, socialização, entre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias; assembleias; confraternizações e passeios. São trinta e duas oficinas, no total, que a instituição oferece: Psicoterapias, Música, Artesanato, Culinária, Atividade Externa, Futebol na Comunidade; Educação em Saúde; Auto Cuidado.

A reabilitação social do paciente está ordenada nos moldes da cidadania e da intersetorialidade, o que implica o envolvimento ativo do paciente com as redes sociais de negociação da cidade, bem como com trabalho, a família, amigos, vizinhos, relacionamentos amorosos. Preza-se pela autonomia do paciente.

A pesquisa nesta área justifica-se pela existência de Trabalhos de Conclusão de Curso por parte de outras categorias profissionais, mas não há evidência destes por estudantes do Serviço Social dentro da instituição. A motivação deu-se pelo desejo de contribuir para o debate acerca da participação do assistente social dentro dos processos de reabilitação psicossocial, tomando como base o CAPS II de Taguatinga – local onde ocorreu experiência do estágio supervisionado em Serviço Social.

Tendo em vista a necessidade de aprofundamento da temática em questão, faz-se necessário entender os mecanismos que viabilizam a construção da autonomia de usuários dos serviços de Saúde Mental oferecidos pelo CAPS II de Taguatinga, lembrados os mecanismos

de articulação de redes e trabalho interdisciplinar do profissional de Serviço Social para com outros colegas da categoria como, também, para com os colegas de trabalho, de outras categorias profissionais, tais como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, gerência, médicos, psiquiatras.

O doutor em Filosofia e *História* da Educação, pela Pontifícia Universidade Federal de Urubelândia, Antonio Chizzoti (2003), explica que um dos elementos fundamentais para a realização de uma pesquisa é a definição da população desta. Explica, também, que quando o campo de uma pesquisa possui uma população muito extensa, a amostragem é uma técnica eficaz, pois ela seleciona uma parte da população deste campo, a estuda, e a elege como a representação de sua população total.

O objetivo da pesquisa é responder à questão: “como o trabalho do assistente social pode contribuir, no contexto interdisciplinar, para a construção de autonomia dos usuários da Política de Saúde Mental, no serviço de saúde mental oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga?” Portanto, para responder a esta pergunta, foi colhida uma amostra de 10 prontuários, atendendo a condição de quadros em que os pacientes não tinham mais a necessidade de estarem inseridos em grupos para terapia, mas ainda eram assistidos pelo CAPS (em outras palavras, pacientes que entraram em EGRESSO), e/ou foram arquivados¹. Toda a evolução do tratamento e todas as demandas dos pacientes do CAPS II de Taguatinga estão contidas nos prontuários. Portanto, todos os profissionais da instituição que integram as equipes colocam seus registros neles, inclusive o assistente social.

O prontuário é definido pelo Conselho Federal de medicina na resolução 1638/2002, no artigo 1º, como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico”. Ainda, segundo esta resolução, é ele quem permite a comunicação entre os membros da equipe que assiste o paciente, bem como a continuidade da assistência prestada a ele.

Foi realizada uma análise criteriosa de cada prontuário, de forma a identificar, nos processos de trabalho do assistente social, os mecanismos utilizados por ele para acompanhar de perto do paciente, tendo como base o trabalho interdisciplinar, e a partir daí avaliar de que forma o trabalho interdisciplinar pode contribuir para uma maior efetividade do serviço de

¹ Os prontuários arquivados que foram analisados foram aqueles cujos pacientes entraram em Egresso e depois de algum tempo não adere mais à instituição, seja por abandono do tratamento, ou por ter recebido alta do serviço. Da amostra de 10 prontuários analisados, 3 prontuários foram arquivados

saúde mental, a fim de uma melhor maneira de conduzir o paciente ao **egresso** (um grau mais elevado de autonomia dos usuários dentro da instituição).

O trabalho está estruturado em três capítulos:

O capítulo 1 é um capítulo teórico, que faz uma contextualização histórica. Ele traça um panorama geral da saúde desde a década de 1970 até a década de 1990, buscando resgatar aspectos históricos importantes na área da saúde, da saúde mental e no Serviço Social. O objetivo foi mostrar como, durante este período, concomitantemente, estavam ocorrendo marcos importantes em cada uma destas esferas, e que, estes, mesmo ocorrendo separadamente, tiveram contribuição para a construção da Política de Saúde Mental que se tem nos dias de hoje.

O capítulo dois faz um paralelo entre neoliberalismo e adoecimento mental. Ele introduz a discussão acerca do processo saúde-doença no contexto neoliberal que permeia as relações sociais, mostrando como esta conjuntura propicia condições favoráveis para a aquisição de transtornos mentais. Também há a discussão sobre a criação da Política de Saúde Mental e seus desdobramentos, inclusive, mostrando como se dá a instituição de Centros de Atenção Psicossocial e suas funcionalidades.

No capítulo três, por fim, é exposta a análise de dados coletados numa amostra de 10 prontuários. A partir do conteúdo destes prontuários observou-se como o assistente social, inserido numa lógica institucional e interdisciplinar, pôde contribuir para a construção de autonomia dos usuários da Política de Saúde Mental, ou melhor, dos pacientes inseridos no Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga.

Foi possível analisar, por meio deste trabalho, informações pertinentes à atuação profissional do Serviço Social, na Saúde Mental, que serviram como referencial de análise acerca da atuação profissional dessa categoria em prol da construção de autonomia dos usuários da Política de Saúde Mental, por meio do serviço de Atenção Psicossocial.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

1.1 Resgate Histórico: Panorama Geral da Saúde (1970-1980)

A década de 70 foi marcada por acontecimentos decisivos para a área da saúde, e que, conseqüentemente, vão reverberar na área da saúde mental. Foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), com o objetivo de a ela atribuir a execução de atividades de erradicação e controle de endemias, colocando como foco campanhas em combate à malária; em 1975 institui-se o Sistema Nacional de Saúde: a ele foram atribuídas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (POLIGNANO, 2009).

Segundo Marcos Vinícius Polignano (2001), o ano de 1976 é marcado pela expansão de ambulatórios públicos, pois nesta época houve a iniciação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIAAS), designado como o primeiro programa do aparelho do Estado, a nível Federal, que permitiu a entrada de técnicos comprometidos com o movimento sanitário, que, na década posterior, irá se consolidar na Reforma Sanitária. Em 1978, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o que viabilizou emergência de um “complexo sistema médico-industrial” (POLIGNANO, 2009:15), e permitiu a vinculação de convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais do país.

Na década de 1980, ganha destaque a Reforma Sanitária Brasileira, que propôs a perspectiva de direitos e de cidadania, em consonância com o contexto da redemocratização do Estado – ela preconiza uma nova forma de relação entre este e a sociedade, e concebe uma nova forma de governo, na qual suas ações deveriam ser descentralizadas, universalizadas e prezar pela participação social; o incentivo a este fator é por meio dos conselhos e conferências de saúde. Foi um projeto construído nos anos 80 e está inserido na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRAVO,2009). Acabar com um modelo de atenção à saúde em que as filas eram enormes, os hospitais lotados, e não havia acesso a medicação e procedimentos que exigissem tecnologia era um dos objetivos postos pela reforma sanitária brasileira – esta realidade era vivenciada pelos usuários dos serviços de saúde na década de 70.

Segundo Maria Inês Bravo (2009), a alocação de recursos provenientes dos investimentos em saúde estava no mercado, e o acesso a benefícios previdenciários era restrito, pois a prevenção de doenças estava associada apenas ao seguro social. Quem tinha

acesso a este eram as pessoas que trabalhavam por contrato formal de trabalho, e podiam pagar pelo seguro. Assim, para as pessoas que não tinham como pagar por ele, restava apenas a cura de doenças que estavam instaladas e iam se desenvolvendo diante da ausência de prestação de diversos serviços e falta de qualidade na prestação de alguns poucos. Uma das estratégias do movimento sanitário brasileiro é o Sistema Único de Saúde (SUS), e este foi:

“fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (MOTA, 2006, p. 101).

A instituição do SUS foi viabilizada por uma conjuntura em que a ditadura militar já se encontrava em extinção, portanto, num contexto de redemocratização. O fim da ditadura militar, instaurada em 1964, ocorre no ano de 1985, com a eleição do presidente da república, Tancredo Neves, que aconteceu após forte movimentação popular, conhecida como “Diretas já” - movimento travado pela sociedade em prol de eleições diretas para presidente, iniciado na Câmara dos Deputados, em 1983, por meio de um projeto de emenda² apresentado pelo deputado federal Dante de Oliveira, que fazia referência à realização de eleições diretas para o cargo de presidência em 1985. O movimento se expandiu para a população, mobilizando grupos civis, como representantes de igrejas, artistas, inclusive, contando com a adesão de políticos e empresários (LOPES, 2011).

Segundo Poliana Lopes (2011), a repercussão se deu em vários estados brasileiros, por meio da formação de comícios, passeatas, como no estado de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul. Mesmo com a aprovação da emenda apresentada, houve o declínio do “Diretas já”, pois apesar do número de votos a favor (298 votos) das eleições diretas ter sido superior ao de votos contra (65 votos), faltaram 22 votos para atingir o quorum³, estabelecendo, portanto, eleições indiretas.

² Um projeto de emenda/emenda constitucional é apresentado pelo seu criador à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJ) e por uma Comissão Especial. Ao ser aprovado, é enviado à Câmara dos Deputados, a fim de que seja votado. Ao ser votado pelos deputados, o projeto passa pelo Senado Federal e é analisado pela Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania (CCJ); uma vez aprovado por esta, a emenda constitucional tem o poder de modificar um parágrafo, um tópico ou um tema da Constituição Federal após sua promulgação diante de novas configurações sociais. Disponível no endereço eletrônico <http://www.infoescola.com/direito/emenda-constitucional/>. Acessado em 19/01/15.

³ Quorum é o um termo jurídico, utilizado na área do Direito, designado como uma “quantidade necessária de pessoas, podendo ser o número mínimo ou máximo de membros presentes ou formalmente representados, para deliberação em uma assembléia ou para tornar válidas as decisões tomadas”. Disponível no endereço eletrônico <http://www.direitonet.com.br/dicionario/exibir/949/Quorum>. Acessado em 19/01/15.

Mesmo diante do declínio, o referido movimento não se dissipou, em razão da força que ganhava na sociedade em termos de grande abrangência populacional. Fato é que o eleito à presidente foi um dos integrantes da luta, o governador mineiro Tancredo Neves, em 1985. Em 15 de janeiro de 1985, Tancredo foi eleito pelo Colégio Eleitoral^{**}. O presidente eleito por voto indireto foi empossado doente, vindo a falecer em 21 de abril, deixando o cargo ao vice, José Sarney, ex-presidente do Partido Democrático Social – PDS (LOPES, 2011).

Enfim, o “Diretas já” e a eleição de Tancredo Neves “marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área da saúde” (POLIGNANO, 2001: 21), o que culminará na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal, a referida Conferência debateu assuntos como: saúde inerente à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e contou com grande participação de entidades representativas da população, como cidadãos, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento (MOTA, 2006).

No ano de 1988 é instituída a Constituição Federal Cidadã, que viabilizou a construção da Lei 8080 – a Lei que estabelece a criação de um Sistema Único de Saúde. A Constituição de 88 é a base legal que concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado. No capítulo VIII da *Ordem Social*, seção II:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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 (BRASIL, 1988: artigo 196).

Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), este é definido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988: artigo 198). Segundo Marcos Vinícius Polignano (2009), a Constituição de 88 é a base legal para a sua criação e implementação, mas a sua consolidação só se efetiva em 1990 por meio da lei 8080, que operacionaliza sua forma de organização e funcionamento, e seu financiamento via poder público – os recursos destinados a ele são provenientes do Orçamento da Seguridade Social – em parceria com a rede privada como prestadora complementar⁴.

⁴ GIOVANELLA (2008) afirma que quando os recursos públicos disponíveis tornam-se insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS recorre à iniciativa privada, ou seja, a seus serviços prestados.

Sua organização se dá de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social, o que supõe que ele é um sistema público (financiado com recursos provenientes da seguridade social, União, Estados, do Distrito Federal e Municípios); quanto aos princípios que regem o seu funcionamento, encontra-se a dicotomia: princípios doutrinários e princípios organizativos. Os princípios doutrinários estão relacionados a conceitos filosóficos que guiam suas ações de saúde, como a *universalidade*, a *equidade*, e a *integralidade*. Os princípios organizativos estão relacionados ao funcionamento do sistema, como a descentralização, a regionalização e hierarquização, e a participação e controle social. (POLIGNANO, 2009).

Ainda segundo o autor, por meio da universalidade, as ações são destinadas a todos, independente de sexo, idade, raça, renda, ocupação e outros determinantes sociais; a equidade baseia-se na justiça social, garantindo igualdade na assistência à saúde, livre de preconceitos e privilégios; a integralidade viabiliza um atendimento completo das necessidades reais da população, abrangendo todas as áreas da saúde, como nutrição, psicologia, por exemplo. A descentralização organiza as ações de saúde a nível municipal, responsabilizando o município pela gestão administrativa e financiamento do SUS; a regionalização e hierarquização estabelecem redes de atenção à saúde, e significam “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (POLIGNANO, 2009:23); e a participação e controle social expressa “a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde” (POLIGNANO, 2009: 23).

Vale lembrar que Conselhos e as Conferências de Saúde vão ser instituídos, mais tardiamente, na década de 90, a partir da Lei 8.142, também denominada como Lei Orgânica da Saúde (GIOVANELLA, 2008), juntamente com a Lei 8080 que cria o SUS (BRASIL, 1990). Estas duas instâncias vão surgir da necessidade de concretização da participação da comunidade nos processos decisórios de saúde, a fim de uma gestão participativa, que garanta que os processos de formulação e implementação da política de saúde sejam compartilhados, por parte dos gestores, com a sociedade (GIOVANELLA, 2008). “As Conferências de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com ampla participação da sociedade” (GIOVANELLA, 2008:452), estando aí inclusos profissionais de saúde,

prestadores de serviços, e os usuários destes serviços. Há, ainda, a menção aos Conselhos de Saúde:

os Conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo metade dos conselheiros. Suas atribuições são atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Na formulação de políticas, a atuação dos conselhos deve ser propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquele governo (GIOVANELLA, 2008, p. 452).

Ao SUS cabe identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes de saúde; a formulação de políticas de saúde; fornecer assistência tendo como base a promoção, proteção e recuperação da saúde, realizando a integração das ações assistenciais e preventivas; as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, visando à saúde do trabalhador; participação na execução de ações de saneamento básico; realizar ações de vigilância nutricional e orientação alimentar; participação nas ações voltadas para o meio ambiente; a formulação de políticas referentes a medicamentos, equipamentos, por exemplo; controlar e fiscalizar serviços de saúde; o incremento na área científica e tecnológica que se referem à área da saúde. (POLIGNANO, 2009).

Concomitantemente a estes fatos históricos, já explicitados, havia lutas por uma reforma no modelo de atenção à saúde mental, que vão ganhar força na década de 1990, representando a consolidação do que se chamou de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os profissionais em Saúde Mental já se organizavam, na década de 1970, na luta por uma melhora das condições de saúde dos hospitais psiquiátricos, diante do agravamento das condições da saúde mental pública (BRASIL, 2006).

1.2 Resgate histórico: Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990)

Tentativas de reformas psiquiátricas foram sendo disseminadas em várias partes do mundo. A Itália, por exemplo, começa a lutar por reformas psiquiátricas na década de 60. O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira foi a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 8 de dezembro de 1952, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2008). De acordo com o autor, o hospital passou a ser criticado por muitos médicos, devido a sua vinculação à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia⁵, sendo questionado quanto ao seu caráter enquanto

⁵ A primeira Santa Casa de Misericórdia surgiu em Lisboa, em 15 de agosto de 1498. O aparecimento destas instituições, no Brasil, ocorre em 1539 com a Santa Casa de Misericórdia de Olinda, no Estado de Pernambuco.

instituição – não foi considerada uma instituição médica, e sim de caridade. A partir da criação desta primeira instituição hospitalar psiquiátrica, seguiu-se a criação de demais hospitais públicos semelhantes a este em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais (BRASIL, 2006).

Até a década de 1950, predominou o modelo asilar na atenção à psiquiatria, no Brasil (AMARANTE, 2008). Portanto, no Brasil, inicialmente, a ideologia que alicerçava a instituição psiquiátrica sempre tendeu para a exclusão. Fato comprovado desta ideologia encontra-se na década de 50, principalmente ao seu término, em que os cuidados técnicos eram escassos e automatizados, e cada vez mais se internavam pessoas com sofrimento mental, que eram excluídas de todo e qualquer contato social, tendo sua situação de saúde agravada (BRASIL, 2006).

Após o golpe militar de 64, tem-se o que ficou conhecido como a “indústria da loucura”: em linhas gerais, significa um aumento de lucro por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais – obtinha-se aumento lucrativo por meio da privatização de clínicas psiquiátricas que eram conveniadas com o poder público. Este quadro, até meados dos anos 80 não foi superado e continuou se agravando progressivamente. No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio, em São Paulo e em Minas Gerais (BRASIL, 2006, p. 30).

Na literatura de saúde mental é encontrada a demissão em massa de médicos que denunciaram o sistema de atenção à saúde mental, pelo Ministério da Saúde. As denúncias partiram da iniciativa de três médicos recém-formados, em 1978, no Rio de Janeiro, quanto aos maus-tratos, violência e desrespeito à dignidade humana que estavam ocorrendo nos hospitais psiquiátricos. A partir daí, as denúncias só foram crescendo, e o número de demissões aumentando, representando o que ficou conhecido como a crise da DINSAM⁶.

O objetivo era o de abrigar pessoas pobres, doentes, abandonadas (neste caso, crianças e velhos), criminosos, e doentes mentais. O cuidado mais assistencial do que terapêutico. Foram elas as responsáveis pela criação dos cursos de Medicina e Enfermagem, como é o caso das instituições fundadas em São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória e Porto Alegre. No Brasil, desempenhou funções de caráter caritativo nos períodos entre o século XVIII-1837, e funções de caráter filantrópico nos períodos de 1838-1940. A distinção da caridade e da filantropia, nestes casos, refere-se ao fato de não bastar apenas abrigar pessoas, mas a ela dar conselhos a fim de torná-los pessoas úteis para a sociedade. O histórico de criação de outras instituições similares foi ocorrendo ao longo dos anos: em 1543 em Santos, São Paulo; em 1549 em Salvador, Bahia; em 1582 no Rio de Janeiro; em 1551 em Vitória, Espírito Santo; em 1559 em São Paulo; em 1602 em João Pessoa, Paraíba; em 1619 em Belém, Pará; em 1657 em São Luís, Maranhão; em 1792 em Campos, Rio de Janeiro. Disponível no endereço eletrônico <http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25-institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>. Acessado em 19/01/15.

⁶ DINSAM é a sigla utilizada para designar a Divisão Nacional de Saúde Mental. A crise da DINSAM marca o início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, em 1980 (AMARANTE, 2008).

As demissões provocaram mais manifestações; estas ocasionaram mais denúncias e mais demissões. Enfim, foram demitidos 260 profissionais dos quatro hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, todos eles localizados no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2008, p. 738).

Em meio a tantas denúncias e críticas sobre este quadro de saúde mental da própria sociedade, trabalhadores da área da saúde mental passaram a organizar-se em prol da mudança desta situação, denunciando as falhas do sistema de assistência psiquiátrica do Brasil, ao passo em que vinham com propostas que rompiam com os processos de trabalho que incentivassem estas práticas tradicionais. Esta comoção culminou na criação do “primeiro movimento sindical organizado na área da saúde mental no país” (AMARANTE, 2008:739), conhecido como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado na década de 1978, tornando-se um movimento mais incisivo e forte na década de 1990 (BRASIL, 2006), expandindo-se rapidamente por todo o território brasileiro.

De acordo com Paulo Duarte de Carvalho Amarante (2008), o MTSM surgiu da necessidade de se pensar sobre a natureza epistemológica do saber psiquiátrico e da função social da psiquiatria, que vinha utilizando como estratégia a repressão e a ordem social. Nesse sentido,

as medidas adotadas para abordar esse problema social foram essencialmente repressivas – estas pessoas eram sumariamente internadas nas casas de correção e de trabalho e nos chamados hospitais gerais. Ali, o louco não era percebido como doente, e sim como um dentre vários personagens que haviam abandonado o caminho da Razão e do Bem. Tendo em vista sua alegada periculosidade, entendia-se que os loucos não podiam circular no espaço social como os outros cidadãos (BRASIL, 2006, p. 23).

Protestos contra as formas repressivas de tratar dos sofrimentos mentais foram o que caracterizou o MTSM, e foram eles que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil, e o que viabilizou uma maior participação social nas questões de saúde mental. Dentre os principais atores sociais encontram-se técnicos, usuários e familiares – atores efetivos no processo de Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2006). Segundo AMARANTE (2008), em 1979 acontece o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, e posteriormente, na década de 80, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987. Esta contou com 1500 participantes, dentre eles os profissionais da saúde, pacientes,

familiares dos pacientes⁷. E, no mesmo ano, ocorre o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (CNTSM).

Foi o II CNTSM, realizado 1987, em Bauru, São Paulo, o marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com o lema: “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. Neste encontro, houve participação ativa e organizada de usuários de Saúde Mental e seus familiares, o que possibilitou tratar da temática sob a perspectiva da socialização e do espaço social. O mais crucial: o movimento conseguiu vincular-se a entidades ligadas à defesa dos Direitos Humanos (BRASIL, 2006).

É importante lembrar outro fato histórico importante ocorrido em 1987: a criação do primeiro serviço de atenção psicossocial do país, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, da Secretaria Estadual de Saúde, “que passou a ser conhecido simplesmente como CAPS” (AMARANTE, 2008:743). Paulo Duarte Amarante (2008) argumenta que esta instituição foi o primeiro serviço constituído de forma a funcionar fora da lógica manicomial, tornando-se referência para as políticas de saúde mental, e que serviu como campo de formação de profissionais comprometidos com a reforma psiquiátrica brasileira.

Outro fato importante, ocorrido em 1989, foi o Projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado (Projeto de Lei nº 3.657 de 1989). Este projeto propôs uma total substituição dos hospitais psiquiátricos por outros serviços de saúde mental, como os Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde (NAPS) e o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, da Secretaria Estadual de Saúde, por exemplo, ambos instituídos em São Paulo. O Projeto de Lei nº 3.657 de 1989 ficou em tramitação por doze anos, e foi reprovado pelo Senado. Em 1993 ocorre o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – MNLA, que “existente até os dias atuais, não é o único movimento na área, mas é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo da reforma psiquiátrica brasileira” (AMARANTE, 2008:742). No ano de 2002 foi promulgada a portaria 336 do Ministério da Saúde, trazendo novas regulamentações para os serviços de atenção psicossocial; além disso, estabelecendo a substituição da sigla NAPS foi pela sigla CAPS (AMARANTE, 2008).

⁷ A realização da I CNSM ocorre em 1987, período seguinte à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em março de 1986. Vale ressaltar a importância desta, foi a partir desta que o termo usuário passa a ser designado na área da saúde mental. Diretrizes contidas no SUS têm respaldo na Reforma Sanitária e na Constituição Federal de 88, estas pertinentes à década de 80. O termo usuário “passou a ser adotado pelo SUS para designar beneficiários do sistema SUS” (AMARANTE, 2008:744). Portanto, por mais que o SUS tenha sido instituído apenas na década de 90, e esteja contido na Constituinte de 88, o termo usuário já aparece em cena com a Constituinte de 86, com o advento da 8ª CNS.

Entram como protagonistas nesta luta a Reforma Sanitária Brasileira e as conquistas da Constituição Federal de 1988, conhecida como a Constituição Cidadã, que trouxe uma nova definição para a saúde – concepção ampliada de saúde⁸; criou e consolidou um Sistema Único de Saúde (SUS), e que, por meio disto, vinculou as ações profissionais a conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados, controle social. Além desses avanços, por meio das lutas da sociedade civil, foi possível o fechamento progressivo de hospitais psiquiátricos: um número de 313 hospitais reduziu-se a 231 hospitais, desde a década de 80 até os dias de hoje (BRASIL, 2006).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ainda está em andamento, desde a década de 50, até os dias de hoje. O que traz uma singularidade visível na reforma da saúde mental na sociedade brasileira é o engajamento de atores sociais na luta. Em outras palavras, é a participação social que, outrora “ausente dos processos de transformação de Saúde Mental em todo o mundo, adquire carta de cidadania aqui no Brasil.” (BRASIL, 2006:31).

1.3 Saúde, Serviço Social e Projeto Ético-Político Profissional

Na Saúde, o Serviço Social não participou das lutas travadas em prol da consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, portanto, foi uma categoria desarticulada ao movimento, lembrando que este começou na década de 80, e neste período a profissão não tinha atingido sua maturidade intelectual, estando ainda em processo de rever suas bases de atuação (CFESS, 2010). A década de 80 marca a atuação acrítica da profissão nos hospitais, por meio de práticas educativas relacionadas à higiene corporal e bucal, saneamento básico, controle de natalidade, que, segundo Francis Sodré (2010) caracteriza a intervenção higienista, pelo viés dos trabalhos com comunidade, e que surge como necessidade em um país com um baixo índice de escolarização, à época.

E ainda, diante do grande número de demandas destinadas a todas as especialidades, o assistente social seguia o mesmo ritmo de atendimento da instituição: atendimento mecanizado. Acrescido a isto, tem-se a influência de modelos de políticas públicas americanizadas, em nome do desenvolvimento econômico, que trouxe para a profissão a

⁸ A concepção ampliada de saúde é designada no artigo nº 3, da Lei 8080, de 1990, que posteriormente é modificado pela Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, cuja alteração inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, Constituição de 1998, artigo nº3).

“clássica divisão caso/grupo/comunidade. Ou seja, o indivíduo, o grupo e a vida em sociedade eram tratados de forma estanque, como se fossem diferenciados ou como se não estivessem correlacionados” (SODRÉ, 2010: 455).

As políticas públicas americanizadas influenciaram o sistema hospitalocêntrico devido ao crescimento econômico vivenciado pelo Brasil, por meio do processo de industrialização que exigiu a emergência de práticas condizentes com a forma de produção – período em que o fordismo⁹ ainda imperava, mesmo que em declínio, após 1970. Sodré (2010) fala de “práticas modernas” que foram adotadas pelo Serviço Social, que exigiram uma racionalidade burocrático-administrativa e a inserção da categoria em “estruturas institucionais complexas do ponto de vista organizacional”. No caso, na saúde pública, que é ressaltada pela autora como a formação de uma política estatal, e, por isso, designada como pública. No ambiente hospitalar a figura do médico era central – discurso biomédico –, o que reforçou uma atitude de combate a esse entendimento, no sentido de afirmar a verdadeira competência do Serviço Social neste espaço. Segundo Francis Sodré (2010), assim como outros autores que investigam a história do Serviço Social no Brasil, é na década de 80 que a profissão começa a se apropriar da teoria social crítica marxista.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, da apropriação da teoria social crítica na década de 80, encontra-se a importância de citar um outro avanço decisivo para a consolidação deste avanço: o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, ocorrido em 1979, também conhecido como o Congresso da Virada. Este marco foi decisivo para o rompimento com o conservadorismo do Serviço Social, que foi viabilizado pela ditadura de 1964, a conhecida Modernização Conservadora da profissão (NETTO, 1999) Neste sentido, mesmo diante da não hegemonia da teoria social crítica, a luta pela democracia na década de 80, para a profissão, significou uma conjuntura favorável para a sua reflexão crítica (CFESS, 2010).

A ausência de participação dos assistentes sociais no movimento sanitário, no entanto, é questionada. Maria Inês de Souza Bravo (1996), em seu livro “Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais”, afirma a desarticulação da categoria profissional com o movimento sanitário, já que neste período, por mais que houvesse a

⁹ “Fordismo é o nome dado ao modelo de produção automobilística em massa, instituído pelo norte-americano Henry Ford. Esse método consistia em aumentar a produção através do aumento de eficiência e baixar o preço do produto, resultando no aumento das vendas que, por sua vez, iria permitir manter baixo o preço do produto”. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.infoescola.com/economia/fordismo/>. Acessado em 21/05/15. Ver também HARVEY, David. Do fordismo à acumulação flexível. In.: _____. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 18.ed. São Paulo: Loyola, 2009.

inserção de assistentes sociais na saúde, e o questionamento quanto ao modelo vigente por parte destes, o caráter crítico da profissão ainda não era hegemônico, mesmo que a apropriação da teoria social crítica tenha ocorrido na década de 80. Lembrando que a maioria intelectual da profissão se dá apenas na década de 90, com a intenção de ruptura com as práticas tradicionais de intervenção do Serviço Social (CFESS, 2010).

Bravo (1996) considera os avanços conquistados pela profissão, na década de 1990, insuficientes, pois neste período a mudança do trabalho institucional ainda era muito recente, e isso tornou a categoria profissional desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária, e inviabilizou a organização e ocupação de setores progressistas da profissão na máquina do Estado. Diante disto, cabe a adequação do exercício profissional a esta reforma, pois, mesmo que os assistente sociais não tenham participado desta luta, o ano de 1993 traz o Código de Ética da Profissão, cujos princípios tomaram como base a Reforma Sanitária (CFESS, 2010).

O fim da Ditadura Militar no Brasil, com a eleição de Tancredo Neves, em 1985, é o marco para a apropriação da teoria social crítica marxista pela categoria profissional. Ao passo que iam se instituindo as bases legais para um sistema de saúde que abrangesse não só aqueles que estavam descobertos da previdência social e que, por isso, não tinha acesso a um sistema de saúde qualificado (como foi antes da década de 80), iam se instaurando bases legais para a construção do Código de Ética Profissional do Serviço Social. De acordo com José Paulo Netto (1999), só a partir da década de noventa que o projeto ético-político adquire hegemonia para o Serviço Social, no Brasil.

O documento “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, publicado pelo CFESS (2010), aponta que a década de 90 é permeada pela maioria intelectual do Serviço Social, ao passo que ocorre, concomitantemente, o questionamento a intenção de ruptura hegemônica neste período, por parte da modernização conservadora. O apontamento de que o marxismo não apresentava suficiência teórica, tanto quanto propostas, para dar conta de todos os desafios postos a profissão pela contemporaneidade caracteriza o questionamento feito pela ofensiva conservadora.

Nesse mesmo período emerge a ideologia neoliberal no Brasil, e é adquirida a conquista do Serviço Social na criação do Projeto Ético-Político (PEP), do ano de 1993. O neoliberalismo é um projeto político que liquida os direitos sociais, privatiza o Estado, provoca o sucateamento dos serviços públicos e, principalmente, penaliza a massa trabalhadora com a implementação de uma política macroeconômica, como fez ao longo dos

anos. Já o projeto ético-político do Serviço Social defende a garantia dos direitos políticos, sociais, e civis (NETTO, 1999).

Portanto, fica clara a disputa entre estes dois projetos, trazendo formas de atuação diferenciadas para os assistentes sociais, especialmente quando se tem como foco a área da saúde. Pode-se afirmar que a transição dos anos oitenta para os anos noventa do século XX é o que demarca a estrutura básica do projeto ético-político do Serviço Social. O caráter aberto do Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993, parafraseando José Paulo Netto (1999), refere-se à capacidade que a estrutura básica deste projeto tem de manter seus eixos fundamentais, porém, incorporando novas questões e assimilando problemáticas diversas. Assim, o autor considera que esse projeto tem caráter democrático, já que possui compromisso com as camadas populares, em nome da participação social.

A ascensão do neoliberalismo ocorre quando as instâncias de decisão política e a economia passam a ter mais participação do capital, e quando os princípios da ideologia neoliberal passam a influenciar a sociedade. Para Netto (1999), é este mecanismo de coerção que ameaçou a hegemonia da teoria social crítica em que se baseia o PEP da profissão, na década de 1995, e é em razão disto que se torna necessário o fortalecimento do movimento democrático e popular, pois é ele quem promove a preservação e aprofundamento do projeto ético-político do Serviço Social, não bastando apenas a mobilização da categoria profissional, já que seu projeto é compromissado com o projeto societário.

A construção e a consolidação do projeto profissional do Serviço Social têm como motivação o Código de Ética Profissional instituído em 1986, que representou um marco importante por romper com o conservadorismo, mas não privilegiava questões relacionadas à ética. Por isso passou por uma revisão, em que a questão ética ganha relevância, instituindo, portanto um novo código, o Código de 1993. Esta reflexão ética traz o compromisso com a massa da população brasileira, reformulando um projeto que ressignificou práticas tradicionais, e incorporou novos elementos, para dar conta da realidade social (NETTO, 1993). Este projeto

prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 1999, p. 16).

Apesar da coexistência antagônica do projeto neoliberal e do PEP do Serviço Social, dois elementos possibilitaram hegemonia deste: o envolvimento dos profissionais em conselhos, fóruns, eventos, espaços descentralizados, como os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social (ABEPSS), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), foi o primeiro destes elementos. Depois, a sintonização das linhas fundamentais do projeto profissional para com o movimento da sociedade brasileira em termos de movimentos sociais, e esta sintonia, reflete as necessidades sociais da população em consonância com as bases de atuação do Serviço Social (NETTO, 1999).

Na saúde, as conquistas provenientes da reflexão crítica e ética do Serviço Social foram significativas. A nomenclatura “saúde coletiva” passa a ser apropriada ao discurso da profissão, designando a construção de políticas públicas de saúde não apenas atreladas ao Estado, mas também articuladas aos questionamentos oriundos das lutas sociais, da população usuária dos serviços de saúde. E este entendimento não surgiu apenas da reflexão crítica e ética da profissão, mas também dos conhecimentos e lutas provenientes da Reforma Sanitária, que trouxe o diálogo entre Estado e Sociedade (SODRÉ, 2010). Há, também, a contribuição da profissão na politização nesta área de atuação; o conceito sobre determinantes sociais de saúde¹⁰ passa a ser integrado nas questões de saúde, e até hoje faz parte do posicionamento da categoria quanto ao enfrentamento das práticas biomédicas no SUS. Francis Sodré (2010) aponta a participação dos assistentes sociais nas lutas sociais, que viabilizaram o nascimento do SUS.

O Serviço Social não participou do movimento de Reforma Sanitário, iniciado na década de 1970, e consolidado na década de 90, mas apesar disto, devido a revisão das suas bases de atuação a partir da década de 80, a categoria passa a ter participação em outros processos decisórios, conquistados por esta Reforma: a Constituição Federal Cidadã de 1988 e a instituição do SUS. A literatura na área mostra o engajamento da categoria nos processos decisórios de políticas públicas que tenham como base a Constituição Federal de 1988 e o SUS – uma vez que na década de 90, o PEP de 1993 já estava instituído, e este é guiado por diretrizes contidas tanto no SUS quanto na Constituição de 88.

¹⁰ Os Determinantes sociais de Saúde (DSS) “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”, de acordo com a Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais (CNDSS). Esta comissão criada em março de 2005 e estabelecida em 13 de março de 2006, pela Organização Mundial da Saúde. (BUSS e FILHO, 2007:88).

1.3.1 Código de Ética Profissional do Serviço Social 1993

O ano de 1988 foi o marco para a consolidação de projetos societários compromissados com as lutas sociais e com a classe trabalhadora, principalmente. As conquistas alcançadas nesse contexto serviram de base legal para o projeto profissional do Serviço Social de 1993, construído a partir da reflexão ética dos princípios e diretrizes presentes no projeto profissional/código de ética de 1986. Ele foi instituído pela Resolução CFESS nº 273/93, em março de 1993, numa reunião com a categoria dos assistentes sociais, em Brasília – DF (CFESS, 2010). Sua instituição se deu pela necessidade de análise de algumas insuficiências presentes no Código instituído em 1986, portanto, parte da ideia de uma revisão do mesmo (NETTO, 1999).

José Paulo Netto (1999) argumenta que o código de ética profissional dos assistentes sociais de 1993 estabelece o compromisso da categoria para com as classes trabalhadoras, como também o de criação de novos valores éticos como liberdade, democracia, cidadania, justiça e igualdade social. Seus princípios fundamentais estão em consonância com a Constituição Federal Brasileira de 1988 que institui as bases legais para o SUS, no seu artigo 198. Os princípios e diretrizes do SUS estão dispostos no capítulo II, da lei 8080, artigo nº7: “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”.

Desta forma, o código de ética está diretamente ligado aos princípios e diretrizes estabelecidos na lei 8.080/90, 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). O código de ética profissional estabelece como valor ético central a liberdade, cuja abrangência inclui a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o que pode ser encontrado no inciso III, artigo nº 7 da lei 8080: a preservação da autonomia em prol da defesa física e moral. São princípios que em interlocução estão diretamente ligados aos princípios de defesa dos direitos humanos e de cidadania dos indivíduos sociais, presentes no código de ética, caracterizando, assim, a garantia dos direitos civis, sociais e políticos.

Os incisos I e VIII da lei 8080 estabelecem respectivamente, a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, e a “participação da comunidade”, o que pode ser relacionado ao princípio de equidade e justiça social que

estabelece o acesso universal de bens e serviços com relação aos programas e às políticas sociais, presente no código de ética; e ao princípio de democracia, que preza pela participação política e socialização da riqueza socialmente produzida, também presente no código.

O código de ética profissional e a lei 8080 ainda podem ser correlacionados, no que se refere ao respeito à diversidade e eliminação de todas as formas de preconceito, o que pode ser encontrado no inciso IV do mesmo artigo, correspondente à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. É possível fazer uma referência direta destes princípios ao inciso II desta lei, que designa a integralidade de assistência e a define como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, artigo 198).

Ainda no código profissional, é colocada como princípio fundamental a competência profissional, o que envolve a qualidade de atendimento das demandas postas, de forma indiscriminada com relação à classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. Este princípio além de estar intrínseco aos incisos I, II, IV e VIII da lei, pode ser diretamente atrelado aos incisos V e VI que dispõem, respectivamente, sobre o direito do cidadão quanto à informação do seu estado de saúde, e sobre a divulgação dos serviços de saúde quanto ao seu potencial e utilização. A capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência é estabelecida no inciso XII, podendo ser correlacionada à competência profissional quanto à qualidade de atendimento das demandas postas, exigida pelo código de ética.

De forma geral, os princípios e diretrizes do SUS, presentes na lei 8080/90 estão em conexão com os princípios fundamentais do código de ética profissional do serviço social, instituído em 1993 e que serve de base de atuação para os assistentes sociais até os dias de hoje. A interlocução dos princípios presentes em cada um é perceptível, principalmente no tocante àqueles que estão relacionados à competência profissional em se aperfeiçoar a fim de melhor atender as necessidades sociais. E esta competência envolve o conhecimento acerca da legislação em questão, no que se refere ao atendimento indiscriminado, universal, integral, e com qualidade.

Inclusive, a qualidade do atendimento às demandas postas está relacionada ao aprimoramento intelectual, presente no código de ética como um dos princípios fundamentais, o que envolve o compartilhamento de ideais e princípios presentes no código com profissionais de outras categorias. E, ainda, está relacionada ao respeito ao pluralismo

teórico, que não se refere somente à categoria profissional, mas também a outras, neste caso, o que caracteriza o trabalho interdisciplinar.

Compreende-se que o desafio posto para os assistentes sociais inseridos no contexto do espaço sócio-ocupacional da saúde é o de uma atuação pautada na interlocução com os princípios e diretrizes presentes no código de ética profissional do Serviço Social e do Sistema Único de Saúde (SUS). A relação direta entre ambos é clara, e os princípios são intrínsecos, restando apenas a aplicação dos mesmos na realidade concreta por parte dos assistentes sociais. Tendo como base a construção da cidadania, um dos princípios citados e que envolve a garantia de direitos, o que se espera é uma execução profissional que encontre respaldo na teoria social crítica, em articulação com os movimentos sociais de forma a manter vigente o ideário da Reforma Sanitária – o marco histórico que viabilizou a redemocratização das políticas de saúde.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL, NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO

2.1 Neoliberalismo e adoecimento mental

A ideologia neoliberal prioriza o indivíduo sobre o coletivo, e preconiza a ideia de um Estado que intervém pouco sobre o social e maximiza suas ações sobre o econômico. Em síntese, seria a ideia de Estado Mínimo: seu objetivo é a redução do seu papel e funções, claro, para o âmbito social; o que representa o contrário do proposto pelo Estado de bem-estar social, cujos pilares são a universalização do acesso a direitos sociais, seguida de uma maior cobertura de programas sociais, em nome da cidadania, porém, não intervindo nos jogos econômicos. (DRAIBE, 1993).

Uma das principais críticas do neoliberalismo contra o Estado de bem-estar-social é com relação à emergência de vários males econômicos, como as crises financeiras em razão do gasto público em programas sociais, o que acarretaria déficit público e inflação, como é explicitado por Sônia Draibe (1993), em “As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas”. Então, neste sentido, o raciocínio é o de que nos períodos destas crises o neoliberalismo ascende, detendo-as por meio da reestruturação dos programas sociais, utilizando-se de ideais contrários aos pilares do Estado de Bem-Estar Social, descentralizando, privatizando e a focalizando estes programas sociais, a fim de aliviar as tensões provocadas pela crise e de evitar a intensificação das mesmas.

A ofensiva neoliberal emerge na década de 1990, contrapondo-se aos princípios e diretrizes da reforma sanitária. Esta, antes hegemônica, na década de 80, torna-se contra-hegemônica em vista do ganho de hegemonia por parte do pensamento neoliberal. Com todos os ideais voltados para o mercado privatista, o este novo projeto repercutiu na tentativa de restrição de direitos sociais, principalmente no que concerne ao campo da saúde. No período entre 1970 – 1980 o Brasil enfrentou uma crise financeira na qual as medidas adotadas com o objetivo de conter a crise foram de caráter antidemocrático, para superação da instabilidade econômica, como o corte do gasto social e desativação de programas sociais, resultando na redução da universalidade do acesso aos direitos sociais, com o aumento da privatização de programas nesta área. (DRAIBE, 1993).

O ano de 2003, em que foi eleito à presidência da república Luiz Inácio Lula da Silva, ilustra bem a disputa entre os ideais neoliberais e democráticos. Desta forma, a participação

social confrontou ideais de privatização. A gestão do SUS passa a ser, neste governo, embasada no atendimento individual, na participação social por meio dos conselhos de saúde, objetivando acabar com modelos assistenciais à saúde que não contemplassem a população em sua maior abrangência. Estes, portanto, representam ideais sanitaristas. Porém, houve a manutenção do caráter focalista de programas sociais como o Programa Saúde da Família (PSF), cujas ações, no período de sua criação, foram pensadas de forma a não alterar a pouca abrangência da população carente, principalmente deste serviço, representando ideais neoliberais (BRAVO, 2009).

O uso do gasto social para sanar dívidas de impacto internacional, associado à manutenção de programas como o PSF, segundo Maria Inês Bravo (2009) manteve a lógica econômica acima das políticas sociais, o que caracterizou uma política cambial volátil por causa da crise econômica provocada pelo uso do gasto público e trouxe altas taxas de juros em favor do capital estrangeiro. Segundo a autora, a gestão do governo Lula representou a continuidade de políticas focais, restringindo a democratização do acesso à saúde, priorizando a articulação das ações ao mercado, à política macroeconômica, o que ela denomina de “Mix público-privado”.

A literatura em saúde mental relaciona este contexto sócio-econômico aos crescentes casos de sofrimentos mentais. Em outras palavras, o contexto neoliberal é tido como o propiciador desses males, e a crescente recorrência aos remédios para controlar ou sanar o sofrimento. Stacechen e Bento (2008) utilizam do termo “pós-modernidade” para designar a atual conjuntura. Os autores relacionam o aparecimento de transtornos mentais, como a depressão, por exemplo, com a incessante busca de prazer, ascensão e prestígio social. Inclusive, associam todo o processo de busca do prazer com o “consumo excessivo”, ressaltando a importância de não restringir este termo apenas à compulsão por compras, mas também por álcool, drogas, sexo. Esta compulsão é o fator que tem propiciado o aparecimento da depressão, denominada por Daniel e Souza (2006) como uma das modalidades de sofrimento predominantes na atual conjuntura.

Cristiane Daniel e Mériti de Souza (2006) dissertam sobre como o individualismo interfere no processo saúde-doença das pessoas, o colocando como responsável pelo crescimento da depressão. À medida que se estimula o individualismo, as relações humanas vão se tornando descartáveis, degradando os laços sociais. Desta forma, há uma espécie de esvaziamento do indivíduo, caracterizado pela sensação de desamparado, deixando este suscetível à depressão. Segundo os autores, a forma como o indivíduo vê a si próprio e o

mundo que o rodeia também contribui neste processo, o que eles chamam de “subjetivação”. Esta ocorre, principalmente, quando a pessoa não se sente partícipe da sociabilidade que o rodeia, em termos de valores.

Falando em valores, Stacechen e Bento (2008) caracterizam a pós-modernidade como um período que preza pelo valor de uso, ou melhor, pela “promessa de valor de uso”, como definido por Scheneider (1977). Este é identificado numa idealização do mundo, fantasiando o preenchimento de desejos pessoais, como da bela aparência, o que não deixa de ser uma forma de consumo por meio da utilização compulsiva de medicações que tragam o efeito esperado ao corpo do consumidor (TEIXEIRA, 2005). É neste sentido que o consumismo é usado como mecanismo de preenchimento do esvaziamento do indivíduo; esta é a ética do mundo pós-moderno.

O consumo excessivo também está intrinsecamente relacionado ao consumismo tão marcante na época atual. Faz-se então necessário discutir melhor as características socioculturais da pós-modernidade que possivelmente influenciam o ato de consumir, assim como a relação que o sujeito estabelece com seu objeto de consumo excessivo e com suas representações deste objeto (STACECHEN e BENTO, 2008, p. 425).

O prazer em adquirir o objeto de consumo, seja a medicação (pelo efeito farmacológico), seja o produto comprado, seja o álcool ou outras drogas, é o escape para preencher a sensação de vazio. Não é o acesso ao objeto o causador do prazer, mas sim o experimento do mesmo pelo consumidor. O experimento, então, é considerado uma “satisfação substituta”, preenchendo as sensações de tristeza e amenizando o sofrimento da pessoa que consome, substituindo por sensações satisfatórias (STACECHEN e BENTO, 2008). Esta forma compulsiva de consumir é apontada como saída paliativa para “escapar” da realidade que causa o sofrimento.

O problema do consumismo exacerbado em razão da superação do sofrimento mental reside no fato de que a sensação satisfatória ao experimentar do objeto de consumo é transitória. Isto é, apenas proporcionam alívio temporário. Curiosamente, este é o motivo pelo qual essa aparente solução não é eficaz, o que faz com que a figura do médico também se torne um objeto de consumo. Segundo João Marques Teixeira (2005), este profissional ao invés de ser reconhecido pelo seu papel de agente e de interlocutor terapêutico virou objeto de consumo e tentativa dos indivíduos de se manterem na atual sociabilidade, permeada pelo individualismo. O esvaziamento do indivíduo acarreta a depressão, que é obtida como resposta a esta sociedade vazia, assim caracterizada pelo autor. O consumo do médico

funciona como uma forma de coleção, em outras palavras, “o consumidor coleciona o médico e os medicamentos” (TEIXEIRA, 2005).

Nota-se que há uma ligação direta entre o discurso capitalista do consumismo e a toxicomania¹¹, pois em ambos vê-se a promessa de felicidade fácil que conduzirá o indivíduo ao seu consumo (STACECHEN e BENTO, 2008).

Desta forma, é possível compreender que para lidar com os males produzidos pela conjuntura pós-moderna, num contexto neoliberal, as pessoas têm recorrido a maneiras paliativas de aliviar os efeitos provocados na sua saúde mental. Mesmo diante da procura terapêutica, as pessoas estão tão habituadas no consumo, que passam a demandar medicações, inclusive, utilizando o médico como fonte de acesso, principalmente nos casos em que o consumo é motivado pelo culto ao corpo. Independente da finalidade do consumo, todas convergem para o fator psicológico, mental, e isso tem sido o grande causador de transtornos mentais. É procurando agir neste cenário que atuam os serviços ofertados pela Política de Nacional de Saúde Mental.

2.2 Organização da atenção à saúde mental no Brasil – o destaque aos Centros de Atenção Psicossocial

A atenção à saúde mental no Brasil, no contexto do SUS, tem por principal iniciativa a Política Nacional de Saúde Mental. Sua institucionalização no Brasil estabelece a execução legal do que preconiza a Lei 10.216/2001, criada em 06 de abril 2001, mas somente vigorada a partir de 04 de junho de 2001 – a Lei da Saúde Mental. Nela são assegurados os direitos de proteção às pessoas que são acometidas de transtorno mental, indiscriminadamente, em termos de sexo, etnia, orientação sexual, política, e religiosa, nacionalidade, idade, recursos econômicos e estruturas familiares, inclusive colocando a família como uma das redes de apoio ao usuário dos serviços de saúde mental, esclarecendo-as quanto aos direitos deste usuário (BRASIL, 2001).

Essa lei ainda assegura a garantia do sigilo quanto aos atendimentos, assim como a humanização do atendimento. É instituída, também, a garantia do tratamento em ambientes

¹¹ De acordo com Organização Mundial de Saúde (1999), a toxicomania é “um estado de intoxicação periódica ou crônica, nocivo ao indivíduo e a sociedade, nocivo ao indivíduo ou à sociedade, causada pelo uso repetido de uma droga”. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/40508/conceito-de-toxicomania#ixzz3PVLXZrnq>. Acessado em 21/01/15. (BRASIL, 1999).

terapêuticos, e em serviços comunitários de saúde mental, responsabilizando o Estado pelo desenvolvimento desta política, estabelecendo o direito à internação em casos de insuficiência de recursos extra-hospitalares, como os próprios serviços terapêuticos de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, sendo que, neste caso, a internação é a última opção. E, por fim, também é previsto como diretriz a integralidade de serviços assistenciais, médicos, psicológicos, ocupacionais a estes usuários, em casos de tratamento em regime de internação (BRASIL, 2001).

2.2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial fazem parte que é estabelecido no artigo 5º da Lei 10.216/2001:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Segundo a Secretaria de Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2006), os CAPS são serviços voltados para o tratamento intensivo ou semi-intensivo de pessoas com sofrimento mental, instituídos pela portaria GM 336/2002¹² do Ministério da Saúde, e que têm horário de funcionamento compreendido no período das 08 horas da manhã às 18 horas da tarde, durante os cinco dias úteis da semana, sendo que os mesmos funcionam independentes de qualquer estrutura hospitalar, portanto, foram criados com o objetivo de atuar de forma completamente diferenciada dos hospitais psiquiátricos, pois oferecem um grau de contratualidade e poder de decisão dos usuários que ultrapassa o grau dos melhores hospitais psiquiátricos.

Por funcionarem de maneira independente, os CAPS possuem suas próprias equipes interdisciplinares para realizar o atendimento, que prioriza a utilização de recursos terapêuticos como atendimentos individuais, grupais, e à família, atividades de suporte social e inserção comunitária, além de oferecer oficinas terapêuticas e realizar visitas domiciliares. O tratamento é prioritário a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial – a compreensão de território, neste contexto, perpassa questões geográficas, relaciona-se também a um local concreto da realidade da vida coletiva, ou seja, a uma

¹² Portaria GM: sigla utilizada designar que algo foi instituído pelo GABINETE DO MINISTRO, seguida do ano de instituição.

diversidade de situações que envolva personalidade, familiaridade, desigualdades sócio-econômicas, dentre outras (BRASIL, 2006).

De acordo com o que é estabelecido pela Secretaria de Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2006), os Centros de Atenção Psicossocial podem assumir a função de **serviço** complementar ou a função de serviço substitutivo, na sua relação com o hospital psiquiátrico. Desta forma, quando um Centro de Atenção Psicossocial atua como um Serviço Complementar ao hospital psiquiátrico ele dá preferência de atendimento aos casos de relativa gravidade, encaminhando os mais graves ao hospital psiquiátrico. E quando um CAPS integra um conjunto de ações e serviços em prol do atendimento de qualquer nível de gravidade de transtorno mental e dispensa o encaminhamento ao hospital psiquiátrico, ele funciona como um Serviço Substitutivo. Ainda de acordo com essa Secretaria, os encaminhamentos de casos para os hospitais psiquiátricos, que tenham como objetivo a internação, só podem ser feitos mediante laudo médico circunstanciado, caracterizando os motivos para a esta finalidade.

O CAPS preza pelo tratamento do paciente junto à família, articulado à convivência com pessoas com transtornos mentais, potencializando suas capacidades artísticas, musicais, intelectuais, manuais. Contudo, os pacientes que chegam ao CAPS podem acessá-lo de três maneiras: por demanda espontânea, por vontade de parentes/familiares, ou encaminhados por outros serviços. Porém, o processo de admissão de um paciente ao serviço deve ser negociado com ele mesmo após o acolhimento, que é realizado por um dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde Mental – é o que possibilita saber se o caso é de competência do CAPS ou deverá ser encaminhado para outras redes (BRASIL, 2006).

Uma vez que o paciente é admitido ao CAPS, são elaborados planos terapêuticos de acordo com os dias e horários em que ele terá disponibilidade de comparecer à instituição. O paciente passa a ter um profissional como o seu técnico de referência – aquele que mapeia a rede do usuário e reavalia o seu projeto terapêutico, faz visitas domiciliares, preenche seus relatórios, constrói um projeto de vida juntamente com ele, é responsável por suas medicações, neste último caso, os profissionais responsáveis pelas medicações são apenas os enfermeiros (BRASIL, 2006).

Os tratamentos são dirigidos de acordo com o grau do transtorno e com a possibilidade de envolvimento do paciente nas atividades terapêuticas. Portanto, não há regras que determinem o tempo de permanência: isto é negociado entre o paciente, seus familiares e o seu técnico de referência desde o início de seu tratamento ao término. Ou seja, este tempo de permanência é determinado por meio do acompanhamento sistemático do caso do paciente

pelo profissional responsável, pois ao longo do tratamento podem ocorrer variações no quadro clínico mental do mesmo (BRASIL, 2006).

A vantagem deste serviço de saúde mental são os benefícios que um hospital psiquiátrico não oferece. (BRASIL, 2006). Por exemplo: quando um paciente apresenta um grau de transtorno mental severo, sua permanência em casa dificulta sua reabilitação no sentido de que, além de ser difícil lidar com a situação por parte dos familiares, esses podem estar em risco por não terem o preparo adequado para lidar com a situação e sofrer, por exemplo, agressões físicas e psicológicas por parte do paciente em sofrimento mental, ou ele próprio sofre com isto por não ser compreendido, o que agrava a situação.

Ao ser admitido para tratamento no CAPS, o paciente pode ser acolhido em um regime de permanência-dia, onde será acompanhado de perto e de maneira intensiva quando estiver em uma crise severa. Ou seja, é um tratamento que possibilita uma mediação de conflitos que envolveria a permanência contínua do paciente caso estivesse em sua casa. Isto vale para os CAPS – I, II, i, ad – exceto para os CAPS III, que é voltado para situações de emergência, portanto, funcionando 24 horas seguidas. A Portaria GM 336/05 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) estipula o funcionamento de cinco tipos de CAPS – Centros de Atenção Psicossocial. São eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad:

- CAPS I: oferece tratamento psicossocial para pessoas maiores de 18 anos de idade, com transtornos mentais severos e persistentes. Sua população de abrangência é inferior à do CAPS II, totalizando um contingente de pessoas entre 20.000 e 50.000 habitantes (caracteriza um serviço de pequeno porte). Seu horário de funcionamento é diurno, de oito horas da manhã às dezoito horas.
- CAPS II: oferece tratamento psicossocial para pessoas maiores de 18 anos de idade, com transtornos mentais severos e persistentes. Sua população de abrangência é acima de 50.000 habitantes (caracteriza um serviço de médio porte). Seu horário de funcionamento é diurno, de oito horas da manhã às dezoito horas.
- CAPS III: oferece tratamento psicossocial para pessoas maiores de 18 anos de idade, com transtornos mentais severos e persistentes. Voltado para situações emergenciais e de urgência, seu horário de funcionamento é de 24 horas, inclusive, funciona durante os feriados. Caracteriza um serviço de maior porte na rede CAPS, pois deve abranger uma população acima de 200.000 habitantes.

- CAPS i: oferece tratamento psicossocial para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Seu horário de funcionamento é diurno, de oito horas da manhã às dezoito horas. Sua população de abrangência é acima de 200.000 habitantes.
- CAPS ad: oferece tratamento psicossocial para pessoas maiores de 18 anos que adquiriram transtornos em razão do uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). . Seu horário de funcionamento é diurno, de oito horas da manhã às dezoito horas. Sua população de abrangência é acima de 200.000 habitantes.

Por fim, com o processo de redemocratização, com o advento da Constituição de 88 e as conquistas provenientes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as pessoas que vivenciam algum sofrimento mental passaram a ganhar o olhar dos profissionais de saúde baseado na cidadania e na perspectiva de direitos. Esses profissionais passaram a não culpabilizar o indivíduo pela situação sócio-econômica e, especialmente, psicossocial na qual se encontra, cientes de que é um processo saúde-doença que envolve não apenas fatores psicológicos, mas também, determinantes sociais, como hábitos, cultura, religião, alimentação, contexto social, entre outros. O que repercute na criação e priorização de serviços capazes de superar a violenta lógica “hospitalocêntrica” dos manicômios.

Tais características compõem uma atenção à saúde realizada com base na concepção preconizada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e pela Carta Constitucional de 88, que estabelece o dever do Estado em garantir a saúde, e a mesma como direito de todos, inclusive, concebendo-a não apenas como a ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, social e mental (BRASIL, 1988).

3 CATEGORIA TRABALHO E SUA CENTRALIDADE PARA O SERVIÇO SOCIAL – OS ASSISTENTES SOCIAIS E SEUS PROCESSOS DE TRABALHO

O trabalho adquire centralidade em decorrência da sua capacidade de permitir ao homem a satisfação imediata de suas necessidades, mediante respostas prático-conscientes, ao mesmo tempo em que cria novas necessidades. E, ainda, o trabalho, como afirma IAMAMOTO (2001:61), é um “ato de acionar consciente” que possui uma “dimensão ética”, isto é, ele diferencia o homem dos outros animais pela capacidade que ele tem de projetar o resultado do trabalho a ser realizado, atribuindo fins e valores a este, quando finalizado. (IAMAMOTO, 2001). O sentido social e econômico das transformações na contemporaneidade e nas sociedades é captado pela centralidade do trabalho (LOPES, 2010)

O materialismo dialético atribui centralidade à categoria trabalho, captando fenômenos provenientes da ciência, abarcando-os em toda a sua complexidade, intencionalidade e desenvolvimento (LOPES, 2010). Por materialismo dialético, compreende-se a articulação das categorias totalidade, historicidade e contradição, isto é, inclui, respectivamente, a captação das múltiplas dimensões de determinado fator, cada vez de forma mais ampla; entendendo o constante movimento, transformação e dialética deste fator; reconhecendo a inserção deste fator em desigualdades sociais, injustiças e a superação das mesmas (LOPES, 2010).

A história é construída, sempre, pela continuidade de gerações passadas. Desta forma, a geração posterior prossegue com resquícios da geração passada, porém construindo sua história incluindo novos fatores, superando a geração passada. Esta é a dinâmica que rege a categoria “trabalho” como agente de transformação do homem, por meio da sua função social. Esta função é o que permite a satisfação de necessidades pessoais e, conseqüentemente, de necessidades alheias. Assim, a relação social entre os homens é o que permite este intercâmbio, e as necessidades sociais são satisfeitas por meio do trabalho (LOPES, 2010).

Este intercâmbio é representado pelo caráter dialético das relações sociais, no sentido de que existe uma constante conexão de fenômenos culturais, sociais, econômicos, políticos dentro de uma totalidade. Maria Suzete Müller Lopes¹³ (2010) fala de uma espécie de conexão das múltiplas dimensões com múltiplos fatores (totalidade) em que a dialética opera,

¹³ Assistente Social Docente e coordenadora de Estágio Supervisionado do Curso de Serviço Social Presencial da ULBRA Canoas e docente do curso de Serviço Social à Distância da ULBRA Canoas. Autora colaboradora do livro utilizado como uma das bibliografias deste trabalho: “Processo de Trabalho no Serviço Social”, publicado no ano de 2010.

no sentido de que, nada está isolado, portanto, nesta interação, os fenômenos vão se transformando e se modificando a partir de uma intenção. “A dialética traz, em seus fundamentos epistemológicos, a intencionalidade. Ou seja, nada ocorre automaticamente. Há uma intencionalidade que define o devir histórico de tudo” (LOPES, 2010:15). Portanto, entende-se que tudo está em processo de transformação, nunca está completamente acabado.

Karl Marx (1996: 279, vol.I apud LOPES, 2010: 17) define o trabalho como “um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, em sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. A essência do trabalho, em Marx, é o seu caráter teleológico. A teleologia do trabalho é representada pela capacidade que o homem tem de projetar o produto deste, em sua mente, antes mesmo de finalizá-lo. Desta forma, o homem idealiza aquilo que quer obter na realidade concreta, a partir do conhecimento do mundo material que o rodeia, e que dispõe de meios materiais para a concretização do que está sendo idealizado. Portanto, “o ideal é o material traduzido e transposto na mente do ser humano. É a matéria que produz a ideia” (LOPES, 2010:17).

A este processo é atribuído o termo “processo de trabalho”. Neste processo, o homem transforma a natureza e a si próprio, pois dispõe dos meios materiais para satisfazer suas necessidades sociais, e, conseqüentemente, virando um ser social quando se relacionando com os outros seres humanos. À medida que são satisfeitas as necessidades imediatas, o homem vai adquirindo habilidades e desenvolvendo capacidades pessoais. Para Maria Suzete Müller Lopes (2010) é por meio destas habilidades e capacidades que o homem toma consciência de que o que ele produz excede àquilo que ele precisa para sobreviver, e é em razão disto que ele passa a estabelecer relações de reprodução social.

“Todo o processo de transformação de um determinado objeto em um produto determinado, através da atividade humana e com a utilização de instrumentos, configura-se em um processo de trabalho” (LOPES, 2010:23). Na sociedade capitalista estas relações de reprodução social é o que produz as relações sociais de exploração do homem sobre o homem; ou melhor, do homem que se apropria da riqueza produzida pelo homem que produz a riqueza por meio de seu trabalho. Nesse sentido, este passa a trabalhar para atender a necessidade de outras pessoas e, por isso, vende sua força de trabalho para o que se apropria do que ele produz (LOPES, 2010).

Nas relações de reprodução social o capitalismo atinge o seu objetivo, o de acumular riquezas. Maria Suzete Müller Lopes (2010) aponta que esta acumulação é adquirida por meio do trabalho excedente, expresso em lucro – este entendido como o valor obtido pela produção

excedente de mercadorias. O processo de trabalho humano passou a ser socializado, funcionando a partir da cooperação de outros trabalhadores; tornou-se um processo coletivo, mas a apropriação da produção passou a ser privada em razão da divisão social do trabalho, que submete as pessoas a ramos diferenciados de produção a fim de obtenção de lucratividade (LOPES, 2010).

Sandra da Silva Silveira (2008)¹⁴ atribui à divisão sócio-técnica do trabalho o aprofundamento das diferenças entre os trabalhadores, e afirma que quanto maior for o grau de diferença entre eles, maior é a especialização dos mesmos. E acrescenta que quanto maior a especialização, maior é a interdependência do trabalho alheio, e maior é o desconhecimento da totalidade que envolve o processo de produção, o que viabiliza a apropriação do que é produzido, pelo capitalista.

Desde a apropriação da teoria social crítica marxista, na década de 80, o Serviço Social pauta sua ação profissional por meio do materialismo dialético. Segundo a assistente social Maria Suzete Müller Lopes (2010) a organização do trabalho especializado e as suas respectivas tarefas (econômicas, políticas ou ideológicas) compõem o que é chamado de divisão sócio-técnica do trabalho. E dentro desta divisão, cada processo de trabalho será constituído de uma matéria-prima/objeto, de meios/instrumentos, e um produto/resultado, que darão sentido e operacionalidade a ele.

Assim, é possível compreender que todo processo de trabalho compreende: um objeto a ser dominado pelo sujeito para realizar a ação, por meio de instrumentos que serão utilizados pelo trabalhador, neste caso, o assistente social. Com as ações orientadas a um fim, chega-se à obtenção do produto. Cabe, neste contexto, refletir sobre o processo de trabalho do assistente social, com relação ao seu objeto, aos instrumentos por ele utilizados, e ao produto de seu trabalho.

Para a compreensão do objeto de trabalho de uma profissão é necessário reconhecer que toda atividade laboral é um processo de trabalho, e que este deve adquirir sentido e interesse social quando contribui para a reprodução social, diante de sua especificidade. Portanto, as profissões estão inseridas na divisão social e técnica do trabalho, sendo diferentes, porém, interdependentes. Uma profissão depende da outra para contemplar a realidade social. O trabalho é coletivo, mas as especificidades viabilizam o domínio de

¹⁴ Autora do livro utilizado como uma das bibliografias deste trabalho: “Questão Social”, publicado no ano de 2008.

objetos de atuação diferenciados, em razão das intencionalidades específicas (SILVEIRA, 2008).

Partindo da afirmação de que é necessário delimitar o objeto de atuação do Serviço Social, compreende-se que essa necessidade é em razão do trabalho coletivo. É imprescindível manter e respeitar a especificidade de cada profissão, pois cada uma possui uma intencionalidade específica ao atuar, realizar o seu trabalho. Para SILVEIRA (2008), a delimitação do objeto de atuação é o que permite a interlocução com outras áreas de conhecimento, sem perder de vista o significado e a especificidade do Serviço Social na sociedade. E, ainda, é esta interlocução que deve ser feita com profissões que visem a transformações, que tenham no seu código de ética a superação das formas de opressão, discriminação e injustiça social¹⁵.

Na década de 80, com a apropriação da teoria social crítica marxista, o Serviço Social passa a ter como objeto de intervenção a questão social, no seu processo de trabalho, rompendo com a orientação positivista e aderindo à orientação teórico-metodológica do materialismo histórico/materialismo dialético de Marx (LOPES, 2010). Marilda Villela Iamamoto (2001:57) afirma a predominância da questão social como “base de fundação sócio-histórica do Serviço Social”. Inclusive, a autora afirma ser a questão social o objeto de atuação da profissão, definindo ela como:

o conjunto das expressões das desigualdades sociais 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 (IAMAMOTO, 2008, p. 27).

Iamamoto (2001) fala das “múltiplas expressões da questão social”. Estas múltiplas expressões da questão social é o objeto de trabalho do Serviço Social, e aparecem fragmentadas como demandas do idoso, demandas da criança, demandas da mulher, demandas do homem, demandas da família, demandas da comunidade, etc. Segundo Maria Villela Iamamoto (2001) a questão social aparece fragmentada diante da necessidade de o assistente social apreender como ela é experimentada pelos sujeitos sociais, em suas múltiplas expressões, inserida nas relações sociais destes, identificando quais os processos sociais que as produzem e reproduzem.

¹⁵ O Serviço Social utiliza, também, outros instrumentos em seu processo de trabalho: relatório social, laudo social, parecer social. Porém, na análise dos prontuários não há a utilização destes instrumentos. Portanto, estes não foram citados neste trabalho. No Código de Ética Profissional do Serviço Social (1993), são estabelecidos como um dos princípios fundamentais a superação das formas de opressão, discriminação e injustiça social.

A autora faz um paralelo entre a questão social e as políticas sociais públicas, colocando aquela como fator determinante para a construção destas políticas, pois estas são construídas em resposta à questão social com o objetivo de enfrentar suas mazelas. É o assistente social o profissional que trabalha com as políticas sociais públicas, ou até mesmo privadas, que são acionadas em formas de programas de combate à pobreza (IAMAMOTO, 2001).

Mesmo ciente de que o conhecimento que o assistente social detém seja um meio de trabalho, o assistente social não dispõe de todos os meios necessários para efetivar seu trabalho, como os meios financeiros, técnicos, humanos. Isto significa que estes outros meios, exceto o conhecimento, estão disponíveis nas entidades empregadoras do trabalho deste profissional, o trabalho especializado do Serviço Social. São estas entidades as fontes que dispõem destes meios materiais, financeiros e organizacionais dos quais o assistente social precisa para exercer a profissão. Sendo assim, por mais que o Serviço Social seja reconhecido como uma profissão liberal na sociedade, o seu processo de trabalho é moldado de acordo com os recursos da instituição na qual está inserido. Iamamoto explica esta relativa autonomia do assistente social:

A condição de trabalhador assalariado não só enquadra o Assistente Social na relação compra e venda da força de trabalho, mas molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira. Ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços (IAMAMOTO, 2001, p. 63).

Depreende-se, disto, que a instituição não funciona como um condicionante para o trabalho do assistente social, mas ela organiza o seu processo de trabalho.

Como todo processo de trabalho, o do assistente social também é composto por meios/instrumentos utilizados para realizá-lo. Neste sentido, têm-se os instrumentais operativos do processo de trabalho do Serviço Social. Os instrumentos de atuação profissional não podem ser pensados de forma dissociada dos meios de utilização dos mesmos. O conhecimento é um fator intermediário, e não menos importante, para a utilização destes instrumentos. Desta forma, o conjunto de conhecimentos que o assistente social detém é um meio de trabalho, pois viabiliza o conhecimento da realidade e traz clareza quanto à condução do trabalho a ser realizado pelo profissional (IAMAMOTO, 2001).

Os principais instrumentos operativos utilizados pelo assistente social em seu processo de trabalho são basicamente: a observação, a entrevista, a visita domiciliar e o grupo.

A observação é uma “técnica na qual observar não é somente olhar, mas ir além. É poder observar uma série de coisas, pessoas, ações, relações e interações buscando apreender o seu significado, seu sentido” (SANGHI, 2010:73). Infere-se disto que, por meio deste instrumento operativo, é possível captar hábitos, costumes, atitudes dos sujeitos observados, que os mesmos não têm consciência, mas que orientam seus comportamentos.

Simone da Fonseca Sanghi¹⁶ (2010) caracteriza a entrevista como um ato de percepção entre duas pessoas, e é esta característica que permite a aproximação do usuário para com o assistente social, a fim de melhor conhecer a realidade social do entrevistado. É um instrumento que exige um referencial teórico para aplicação e uma escuta sensível às demandas apresentadas pelo usuário. Assim, a entrevista deve ser aplicada identificando o motivo pelo qual está sendo utilizada e para quê finalidade.

A visita domiciliar também faz parte dos instrumentos operativos utilizados pelo assistente social. Ela transforma todo o contexto visitado em intervenção, o que significa dizer que bairro, vizinhos, o ambiente, tornam-se passíveis de intervenção. Parte-se do princípio de que todo o ambiente social do indivíduo tem relação direta com sua história de vida; família, comunidade, em geral, sua sociabilidade têm ligação com o ele. O homem não vive isolado. Sanghi (2010) fala da necessidade de rompimento com a visita policalesca, investigando móveis e condições de assepsia, o que representa um comportamento antiético e não correspondente ao compromisso ético do assistente social.

Sanghi (2010) ressalta, também, a importância da clareza quanto aos motivos da visita, e da informalidade da linguagem, no sentido de que o usuário tem o direito de saber quando e o porquê da visita em sua casa, como também se sentirá mais confortável com a informalidade, uma vez que é nela que os usuários conseguem transmitir mais demandas.

Entra no conjunto de instrumentos operativos, o grupo. É importante lembrar do Serviço Social de grupo, aquela forma de intervenção entendida como “um processo educativo que agia no cotidiano dos sujeitos com um caráter terapêutico e/ou preventivo. Ou seja, a experiência de grupo deveria captar os sujeitos a melhorarem seus relacionamentos e enfrentarem seus problemas pessoais e comunitários” (Documento de Araxá, 1967, apud

¹⁶ Assistente Social, graduada e mestre em Serviço Social, professora de graduação e pós-graduação em Serviço Social – ULBRA Canoas e Gravataí. Autora colaboradora do livro utilizado como uma das bibliografias deste trabalho: “Processo de Trabalho no Serviço Social”, publicado no ano de 2010.

SANGHI, 2010:82). O Grupo¹⁷ não é um somatório de pessoas, mas é constituído de pessoas que possuem interesses similares, em comum, e que, por isso, forjam uma identidade para ele, com leis, mecanismos próprios e específicos (SANGHI, 2010).

Por fim, como integrante da divisão sócio-técnica do trabalho, o assistente social não trabalha só, ele faz parte de equipes de trabalho, representando uma especialização deste. Yamamoto (2001) disserta sobre o produto do Serviço Social num processo de trabalho, caracterizando-o como um fator que vai além da produção de treinamentos, realização de programas de aposentadoria, viabilização de benefícios assistenciais, prestação de serviços de saúde. Desta forma, o produto do processo de trabalho do assistente social também está atrelado à questão da participação da profissão nos processos de produção e reprodução social; de como ela participa na relação de distribuição social e da mais-valia – esta entendida como o lucro.

O Serviço Social interfere na forma como são distribuídas as riquezas socialmente produzidas, por meio de serviços sociais previstos em programas, e que são disseminados na área da saúde, da educação, da habitação. E, ainda, participa das relações de reprodução social ao vender sua força de trabalho, seja para empresas, seja para instituições governamentais, gerando mais-valia para o contratante. “O Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito a sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora” (IAMAMOTO, 2001:67).

3.1 Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga – potencialidades e desafios da atuação dos assistentes sociais no contexto do trabalho interdisciplinar dessa instituição¹⁸.

O objetivo da instituição é o de promover a ressocialização de pessoas acometidas de transtornos mentais graves, severos e persistentes. O objetivo do Serviço Social na instituição é o de agilizar este processo, ou seja, o de orientar e agilizar o acesso dos usuários e seus familiares a serviços comunitários de referência local, facilitando a frequência do usuário ao serviço de saúde.

¹⁷ A participação de assistentes sociais nos grupos terapêuticos não caracteriza práticas terapêuticas, vetadas a esses profissionais pelo Conselho Federal de Serviço Social, pela Resolução CFESS nº569, de 25 de março de 2010.

¹⁸ As informações contidas neste tópico e que vão servir de subsídio para debater a atuação profissional do assistente social foram colhidas do relatório analítico de estágio supervisionado pela aluna na instituição em questão. Tais informações foram registradas mediante observação, e intervenção supervisionada pela assistente social Vilmara Macêdo.

Para viabilizar este processo, o Serviço Social participa no processo de acolhimento, elaboração de plano terapêutico individual, atendimento individual ou em grupo, coordena oficinas terapêuticas, faz visitas domiciliares para verificar e analisar “in loco” as vulnerabilidades dos pacientes a fim de identificar as demandas que não são expostas no atendimento realizado na instituição, e trazer possíveis resoluções e encaminhamentos para outras redes que possam participar deste trabalho. Por vulnerabilidade, em seu significado amplo, entende-se como a “incapacidade de proteger os próprios interesses” (ROGERS, 2008:32).

Muitas das demandas que são próprias do Serviço Social relacionam-se com a concessão de benefícios para pessoas com transtornos mentais, como o passe-livre, por exemplo. Outras demandas são encaminhadas para outras redes, assim como, por exemplo, auxiliar o paciente na aderência a programas de transferências de renda ou adquirir tratamento para seu caso clínico quando não é de competência do CAPS. Os instrumentais da instituição, que também são utilizados pelo assistente social compreende desde o preenchimento da ficha de acolhimento na hora da entrevista, a elaboração do cronograma de atividades, preenchimento de documentos de encaminhamento para outras instituições, elaboração de planos terapêuticos.

Contudo, os instrumentais operativos – observação, entrevista, visita domiciliar e grupo – também são utilizados pelo assistente social, porém, estes não são restritos apenas a ele, apenas a formulação de relatórios sociais e a entrevista específica do Serviço Social. Exceto estes dois últimos instrumentais, os demais são utilizados por todos os profissionais que compõem as equipes de trabalho: psicólogos, médico clínico, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, e técnicos de enfermagem. As equipes de trabalho são de caráter interdisciplinar; neste sentido, há atendimentos individuais de cada profissional para com os usuários, como também a atuação dos profissionais em conjunto – denominados grupos terapêuticos: basicamente são as atividades oferecidas em grupo, como Psicoterapias, Música, Artesanato, Culinária, Atividade Externa, Futebol na Comunidade; Educação em Saúde; Auto Cuidado e etc.

Na prática psicossocial em saúde mental dos serviços substitutivos, o trabalho terapêutico se realiza em equipe interdisciplinar e em relação dialógica e de cooperação com o usuário, a família e a comunidade. O diagnóstico interdisciplinar em saúde mental é entendido como um elemento importante da complexidade do projeto terapêutico do sujeito/usuário que se elabora e se constrói no acontecer cotidiano da instituição (FILHO, 2011:324).

Por interdisciplinaridade entende-se “o nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, a uma certa reciprocidade no intercâmbio levando a um enriquecimento mútuo” (Jean Piaget¹⁹ apud CHAVES²⁰, 2002:05). Em outras palavras, supõe reciprocidade, interação, complementaridade entre várias disciplinas, unindo saberes. Supõe a substituição de uma Ciência fragmentada por uma Ciência Unificada. Como afirma SEVERINO²¹ (2010:16), “pleiteia-se por uma concepção unitária contra uma concepção fragmentária do saber científico”.

Partindo desta perspectiva, apesar de o Serviço Social ter seu próprio plano de trabalho, os objetivos da profissão encontram-se, em sua maioria, vinculados aos objetivos da instituição. Por se tratar de um trabalho interdisciplinar, tudo é organizado de forma que o trabalho de todas as categorias profissionais estejam em consonância e harmonia, a fim de não atrapalhar o desempenho individual de cada profissão, e de que se possa atingir um grau mais elevado possível de atendimento, mais eficiente, por meio desta harmonia – este é o foco da instituição: a ressocialização por meio de uma clínica ampliada qualificada. A profissão lida com trabalhos em equipe, mas tem o seu desempenho individualizado: no atendimento individual e na coordenação de grupos voltados ao apoio para o restabelecimento da saúde mental. Mesmo trabalhando com base em suas atribuições, o assistente social compartilha com os colegas de equipe os casos que chegam até ele.

A Reforma Psiquiátrica Social reconhece a questão social como o cerne dos problemas mentais, portanto, a dimensão social deve ser levada em conta no processo de reabilitação, a fim de que se possam prover recursos materiais neste. Em contrapartida, o contexto neoliberal acaba por camuflar esta dimensão social da reforma psiquiátrica, supervalorizando a dimensão psicológica e subjetiva dos indivíduos (ROCHA, 2012).

Tatiana Schlobach Rocha (2012) chama atenção para o fato de que o tratamento psicossocial tem se tornado, cada vez mais, voltado para o âmbito psicológico, em detrimento do social. A autora argumenta que essa fixação na reabilitação psicológica é fruto do contexto neoliberal no qual a sociedade brasileira está inserida, pois o mesmo foca na responsabilização individual dos seres sociais, e provoca o que ela chama de “psicologização”

¹⁹ PIAGET, Jean. The epistemology of interdisciplinary relationships. In: op.cit. n.3, p.136-139.

²⁰ Mario M. Chaves: Professor Associado, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

²¹ Antônio Joaquim Severino: Doutor em Filosofia; Professor de Filosofia da Educação, da Faculdade de Educação da USP.

dos problemas sociais, camuflando as múltiplas expressões da questão social, e focalizando as políticas e programas de caráter social.

Neste sentido, coloca-se aos assistentes sociais o desafio de garantir a atenção integral à saúde diante de uma política pública de saúde mental que acaba por privilegiar o âmbito psicológico. Ainda, concomitante a isto, percebe-se a facilidade de atuação dos profissionais que não trabalham no âmbito social, pois a eficácia de seu trabalho depende do seu desempenho enquanto profissional, e do sujeito em tratamento. Já o assistente social, além de ser o único profissional capacitado para atuar com a dimensão social da reforma psiquiátrica, depara-se com poucos recursos, poucas políticas sociais para materializar o que é preconizado pela reforma psiquiátrica.

É nesta perspectiva que Tatiana Schlobach Rocha (2012) afirma que as políticas que fortalecem a autonomia financeira do paciente, por exemplo, são fragilizadas e insuficientes para responder à questão social, resumindo-se, principalmente, à concessão de Benefício de Prestação Continuada (BPC), “o principal recurso disponível ao assistente social que trabalha na saúde mental” (ROCHA, 2012:51). É por isso que, diante desta insuficiência de políticas sociais que contemplem a questão social em sua totalidade, na área da saúde mental, que se torna imprescindível aos assistentes sociais a clareza quanto às suas atribuições e sua funcionalidade de atuar sobre as múltiplas expressões da questão social. Desta forma, evita-se cair no risco de se perder de vista o caráter social de atuação, por se tratar de uma reabilitação mais fixada no psicológico (ROCHA, 2012).

Vale ressaltar que o paciente com transtorno de natureza mental não necessita apenas de terapias, mas também de suporte social, e é neste sentido que entra a competência do assistente social. “O assistente social é demandado a intervir sobre as múltiplas expressões da questão social e, portanto, sua inscrição na divisão sócio-técnica do trabalho está ligada a administração da questão social” (ROCHA, 2012, p. 47).

Para o Serviço Social, são encaminhados os casos de natureza social (demandas explícitas), representando as múltiplas expressões da questão social: moradia, acesso à transporte e a uma alimentação saudável, boa convivência com vizinhos, parentes e amigos, bons laços fraternos. Enfim, é uma abordagem que envolve o fortalecimento da identidade, da autonomia, e da cidadania. São traçadas estratégias de construção de autonomia dos usuários, de maneira que se abranja o máximo de aspectos que estejam ligados à vida dos mesmos; aspectos como vínculos não só familiares, mas também de convivência comunitária, amizades, emprego, escolaridade.

Outras demandas recebem atenção do Serviço Social, como o acesso à preparação para o mercado de trabalho, e a independência financeira. Muitos jovens, em sua maioria, mas também, outros pacientes, procuram o Serviço Social para orientação acerca de montagem de currículos para poder ir atrás de emprego. São lembradas experiências profissionais passadas, é levada em consideração a escolaridade, e principalmente, são procurados cursos básicos que sejam do interesse do paciente para que ele possa fazer, a fim de enriquecer o histórico profissional do mesmo; e isto é feito sempre à base da concordância, do respeito às preferências do usuário. “Analisando o Serviço Social na área da saúde mental, o grande desafio no processo de redefinição da profissão nessa área passa pela questão de como tratar a subjetividade.” (MIOTO, 2004:12).

A autonomia é entendida como a capacidade da pessoa agir e decidir por si só, na condição de que esta sofra influência do contexto do qual a pessoa está inserida. (REICHERT; WAGNER, 2007). Na perspectiva psicossocial ela está relacionada à variáveis internas do indivíduo, como autoestima, desejo de independência, como também à variáveis externas, que são a estrutura familiar, presença ou ausência de controle, e contextos emocionais que envolvem o indivíduo. (Bronfenbrenner, 1996; Fluentes, 2001; Noom; Dekovic; Meeus, 2001; Olivia; Parra, 2001 apud REICHERT; WAGNER, 2007: 408). Vale lembrar que autonomia não pode ser confundida com independência, visto que esta se refere ao ato de agir por conta própria, e aquela é mais que isto, é agir por conta própria, porém prevendo pensamentos, sentimentos e tomadas de decisões que afetarão tanto a própria vida, quanto a vida de terceiros, como família e ambiente social (REICHERT; WAGNER, 2007).

Por desinstitucionalização entende-se o rompimento da lógica manicomial dos tratamentos em saúde mental. Ela compreende a lógica de um tratamento em contexto comunitário, por meio da inserção social. Dessa forma, a pessoa que sofre de adoecimento mental passa a ser vista como um sujeito-social, e a entender o seu processo de adoecimento, de forma a não compreender-se responsável por sua condição, tendo o apoio dos profissionais em saúde mental e de seu convívio familiar e social para enfrentar seu quadro de sofrimento mental (FILHO, 2011).

É com base na construção de autonomia, e na “desinstitucionalização” que o CAPS trabalha nos vínculos com a família, principalmente. A família de uma pessoa com transtorno mental, quando orientada e assistida, já é um grande suporte para tomada de decisões que não sirvam de tropeço para a evolução do tratamento e muitas outras coisas. MIOTO (2004) vai dar foco na família, ao falar de uma necessidade de “construção de uma ‘nova’ prática

profissional com famílias”. É neste contexto que ganha êxito o acordo firmado entre os familiares e o próprio paciente recém-chegado à instituição, o contrato terapêutico – que dispõe sobre a responsabilidade do paciente e dos familiares responsáveis por ele, e que concordaram com a adesão ao tratamento. “No âmbito do Serviço Social, os processos de atenção às famílias, fazem parte da história da profissão” (MIOTO, 2004:02).

Por estar fundado na questão social, e por atuar nessa, por tê-la como objeto de intervenção, o trabalho do assistente social não depende apenas da vontade e da subjetividade do usuário da Política de Saúde Mental, mas sim de mediações que ultrapassem esta relação, isto é, de políticas sociais que contemplem as múltiplas expressões da questão social apresentadas como demandas sociais em saúde mental (ROCHA, 2012). Portanto, o maior desafio para o Serviço Social é o atendimento dessas demandas, mesmo diante da fragilidade das políticas sociais fragmentadas pela atual conjuntura neoliberal. A intervenção deve pautar-se na intersetorialidade destas políticas, a fim de potencializá-la e responder à questão social, visando à integralidade das políticas, inclusive, da política de saúde mental (ROCHA, 2012).

4 PESQUISA E METODOLOGIA

4.1 Caracterização da pesquisa

A metodologia de pesquisa consistiu na análise documental de 10 prontuários, contendo fichas de acolhimento, fichas de evolução e encaminhamentos. Todos foram analisados com o consentimento da assistente social que supervisionou o estágio na referida instituição, Vilmara Macêdo. Bibliografias pertinentes à temática estudada foram pesquisadas, analisadas, estudadas e articuladas aos dados coletados. Por meio deste estudo, procurou-se comprovar a hipótese de que a participação do assistente social nas equipes de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga contribui para a construção de autonomia dos usuários do serviço em questão, objetivo fundamental da Política de Saúde Mental.

Para esta análise, foram traçados critérios de: faixa etária e data de nascimento; sexo (masculino/feminino); vínculos familiares; escolaridade; profissão; rotatividade do mercado de trabalho na vida de cada paciente; forma com que cada um deu respostas ao tratamento, ou durante o tratamento (positiva ou negativa), de acordo com a especificidade de cada transtorno e quadro psicossocial.

Tendo como base o conteúdo analisado desta amostra de prontuários, percebeu-se que o público feminino compunha a maior parte dos prontuários, totalizando 90% dos pacientes. As faixas etárias são compreendidas entre 20 e 50 anos, sendo que 50% representa o percentual de pessoas que estão na faixa dos 30 anos de idade. Com relação ao estado civil, 50% da amostra representa o percentual de pessoas que são divorciadas. Quanto ao grau de escolaridade, 50% da amostra representa a parcela de pessoas que têm o segundo grau de escolaridade.

Quando analisado o critério de remuneração, chegou-se ao resultado de que: dos 10 pacientes analisados, 09 tinham alguma fonte de renda. Porém, esta fonte nem sempre representou remuneração laboral. Destes 09 pacientes, apenas 04 pessoas apresentaram remuneração proveniente de trabalho; 03 pessoas são aposentadas por invalidez, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); 01 pessoa recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC); e 01 pessoa sobrevive pela renda dos familiares.

Dos 10 pacientes analisados, 08 pessoas têm filhos, 02 pessoas não têm filhos. Com relação à estrutura familiar, o resultado foi curioso: 80% da amostra representa o percentual de pessoas que não possuem um bom convívio familiar ou laços de afetividade com a família,

e 20% representa o percentual de pessoas com bons laços afetivos para com familiares e bom convívio com eles.

No entanto, analisando o trabalho da instituição no tratamento dos pacientes envolvendo a família no processo de reabilitação, ao contrário do que se esperava, foi nos casos cujo contexto familiar era desfavorável ao tratamento do paciente, em que foi encontrado o maior percentual de comprometimento de familiares para com o paciente, no sentido de comparecer às atividades ministradas na instituição e de acompanhar o paciente ao longo do seu tratamento.

Ainda, com base nestes 80% (pessoas com contextos familiares desfavoráveis), 40% representa o percentual de familiares que se comprometeram com o tratamento do paciente. Ou seja, metade do percentual representa o comprometimento da família para com o tratamento do paciente, mesmo em situação de conflitos familiares. Os laços de solidariedade entre os familiares, neste grupo representou-se mais sólido do que os laços do grupo de pessoas que possuíam bom convívio familiar.

O critério de articulação de redes também foi identificado na pesquisa, já que a chegada dos usuários à instituição em questão ocorre por demanda espontânea, ou por encaminhamento de outras instituições para esta. Assim, como, também, a forma de atendimento também é realizada pela articulação de redes, tanto no período de tratamento, quanto no pós-egresso. Desta forma, o conteúdo analisado nos prontuários revelou que a forma de entrada na instituição realizou-se tanto por demanda espontânea, quanto por encaminhamento de outras instituições. O quadro 1 mostra a forma de chegada dos pacientes na instituição.

Tipos de demandas	Quantidade (10 pessoas)	Porcentagem (100%)
Espontânea	04 pessoas	40% da amostra total
Encaminhamento	06 pessoas	60% da amostra total

Quadro 1 – Forma de chegada dos pacientes na instituição

De acordo com o quadro acima, 40% representa o percentual de pessoas que chegaram por demanda espontânea, e 60% representam o percentual de pacientes que chegaram à instituição por meio de encaminhamentos de outras instituições: destes 60%, 40% chegaram encaminhados por Centros de Saúde; 10% representa encaminhamento pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); 10% representa encaminhamento

por um Centro de Atenção Psicossocial de outro Estado brasileiro. O quadro 2 ilustra bem esta situação.

Encaminhamentos (60% da amostra total)	Quantidade (04 pessoas)	Porcentagem (%)
CAPS de outro Estado brasileiro	01 pessoa	10% da amostra de 60%
CREAS	01 pessoa	10% da amostra de 60%
Centros de Saúde de referência	04 pessoas	40% da amostra de 60%

Quadro 2 - Demandas por encaminhamento de outras instituições

Algumas categorias elencadas acima caracterizam um panorama geral da pesquisa, e parte delas servem apenas para fornecer uma noção da amostra analisada. Contudo, as categorias como: estado civil, grau de escolaridade, remuneração, filhos, tipos de demanda (espontânea ou por encaminhamento), e estrutura familiar recebem mais destaque, pelo fato de terem influenciado diretamente no processo saúde-doença dos pacientes analisados, como também na forma como se deram os tratamentos. Junto a estas categorias, inserem-se a rotatividade do mercado de trabalho na vida de cada paciente, a forma com que cada um deu respostas ao tratamento (ou durante o tratamento: resposta positiva ou negativa), de acordo com a especificidade de cada transtorno e quadro psicossocial.

A articulação destas categorias mostra como o grau de escolaridade influenciou a vida dos pacientes no mercado de trabalho, como a estrutura familiar facilitou ou dificultou a evolução do tratamento, inclusive, tendo relação direta com a forma de receptividade do paciente para com o tratamento. Neste caso, encontra-se a categoria “filhos”, pois a relação dos pacientes para com eles era muito variável: relação conflituosa, relação de cuidado, relação de agressão, ou até mesmo um misto delas.

E, enfim, o estado civil: que também adquire importância em função da sua capacidade de influenciar assim como os filhos influenciam: da amostra analisada, alguns pacientes divorciados encontravam-se neste estado civil em razão de insucesso na relação com ex-companheiros, e até mesmo, alguns ainda mantinham algum vínculo com estes por terem tido filhos no casamento/na relação, ou até mesmo por questões conflituosas. Desta forma, o ex-cônjuge teve influência no processo de tratamento do paciente, inclusive, alguns eram um dos motivos de adoecimento dos pacientes.

Dentre as principais demandas psicossociais apresentadas pelos pacientes da instituição, encontram-se a necessidade: de terapias em grupo; de atendimentos individuais com os profissionais de categorias diferentes; de recepção/e ou administração de

medicamentos para controlar as crises de ansiedade e depressão; de sensibilização para com o auto-cuidado; de procurar solução para a impossibilidade de deixar os filhos para o paciente poder comparecer com frequência à instituição; necessidade de reingresso no mercado de trabalho; proteção judicial contra agressão de familiares ou terceiros; concessão de passe-livre; concessão de benefícios sociais.

4.2 Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga

Como observado por Tatiana Schlobach (2012:47), “o assistente social é demandado a intervir sobre as múltiplas expressões da questão social e, portanto, sua inscrição na divisão sócio-técnica do trabalho está ligada a administração da questão social”. O que significa dizer que o assistente social, na saúde mental, tem clareza de que dentre suas competências e atribuições está o trabalho com a dimensão social da reforma psiquiátrica, visto que, nesta perspectiva, a questão social é tida como um dos determinantes do sofrimento mental (ROCHA, 2012). Os prontuários analisados confirmam esta compreensão, já que a intervenção do assistente social esteve atrelada a problemas gerados pela insuficiência de recursos materiais, como também em decorrência da inadequação do paciente ao convívio familiar e social; neste caso foi observado violência doméstica (física e/ou psicológica). O assistente social trabalhou com alternativas de melhor trabalhar com estas expressões da questão social, de acordo com a particularidade de cada caso.

Esta compreensão facilita entender a necessidade de assistentes sociais²² compondo as equipes de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga, pois o perfil dos pacientes demanda atendimento não só psicológico, mas também social. E, ainda, o assistente social “é o único profissional dentro da equipe básica para Ambulatórios e CAPS capacitado a atuar diretamente com a dimensão social da reforma psiquiátrica” (ROCHA, 2010:54).

A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social, em seu artigo nº4 atribui, como competências deste profissional a elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; a elaboração, coordenação, execução e avaliação de planos, programas, projetos que sejam do âmbito do Serviço Social com a participação da sociedade civil; o encaminhamento de providências, e prestação de

²²Dos 10 pacientes analisados, apenas 01 paciente não se utilizou do Serviço Social, portanto, requerendo apenas demandas de cunho psíquico, e não social.

orientação social a indivíduos, grupos e à população quanto à identificação e uso de recursos para a defesa dos direitos dos usuários; o planejamento, organização e administração de benefícios e Serviços Sociais; a realização de estudos sócio-econômicos com os usuários para a concessão de benefícios e serviços sociais junto à órgãos públicos, empresas privadas e outras entidades, seja de forma direta ou indireta. (BRASIL, 1993).

Ciente destas competências estabelecidas por lei, para a categoria profissional do Serviço Social, depreende-se que, destas demandas apresentadas pelos usuários, algumas apresentam objeto de intervenção para o assistente social: impossibilidade de deixar os filhos para o paciente poder comparecer com frequência à instituição; o reingresso no mercado de trabalho; a proteção judicial contra agressão de familiares ou terceiros; a concessão de passe-livre; a concessão de benefícios sociais. Durante a análise dos prontuários foi possível perceber o atendimento de tais demandas de acordo com o estabelecido em lei, a 8.662/93 em seu parágrafo 4º. E, ainda, a intervenção nestas foi feita em atendimento individual, com a utilização de alguns instrumentos operativos do processo de trabalho do assistente social, como destacado por Sanghi (2010): a observação, entrevista e visita domiciliar.

Diante disto, constatou-se que a observação, foi utilizada em todos os casos, principalmente na visita domiciliar (01 caso), e na entrevista (02 casos). Inclusive, as competências do assistente social em orientar os usuários/pacientes da instituição quanto à concessão de benefícios sociais, como também de realizar estudos sócio-econômicos para este fim foram cumpridas. Aliás, os próprios instrumentos operativos citados foram utilizados para este fim. No total, foram 03 os casos que apresentaram esta demanda e receberam atendimento desta natureza, social.

Vale ressaltar a documentação do processo de trabalho do assistente social, por meio do estudo de caso social, que contribuiu para a concessão destes benefícios sociais. “O estudo social compreende uma série de atividades e procedimentos que objetivam conhecer as condições, a natureza e os elementos que compõem determinada demanda. Dentre as atividades e os procedimentos, destacam-se: observações, entrevistas” (SCHEUNEMANN e COSTA, 2010).

Segundo Arno Vorpapel Scheunemann²³ e Ruthe Corrêa da Costa²⁴ (2010), o produto do estudo social pode ser expresso em forma de relatório social – o que também foi utilizado

²³ Assistente Social, graduado em Serviço Social, mestre e doutor em Teologia Prática, professor de graduação e pós-graduação em Serviço Social (ULBRA), coordenador do Serviço Social – EAD ULBRA.

²⁴ Assistente Social, doutora em Serviço Social, professora de graduação e pós-graduação em Serviço Social – ULBRA.

para a concessão destes benefícios. Esta atribuição está prevista no parágrafo XI do artigo nº4, da lei 8.662/93, quando preconiza a realização de estudos socioeconômicos com os usuários para a concessão de benefícios e serviços sociais junto à órgãos públicos, empresas privadas e outras entidades, seja de forma direta ou indireta (BRASIL, 1993).

Retomando o código de ética profissional do Serviço Social, de 1993, o mesmo preconiza como um dos princípios fundamentais a defesa direitos humanos dos indivíduos sociais, portanto, direitos civis, sociais e políticos. Destas demandas, umas das expressões da questão social que se apresentou como demanda para o Serviço Social foi a agressão física e psicológica direcionada contra um dos pacientes da instituição: o ex-marido e atual companheira do mesmo ameaçavam a paciente, inclusive, esta já havia sofrido agressão física desta daquela. Durante o período de tratamento, o assistente social acompanhou todo o processo de ação judicial movido contra o ex-marido e sua atual companheira – a que agrediu e ameaçava a paciente.

A impossibilidade de comparecer às consultas frequentemente também se configurou como uma das demandas sociais. Foi uma das únicas demandas em que não houve resolução para o caso, já que no prontuário a ausência a muitas consultas e evoluções dos profissionais quanto a este motivo como o causador destas ausências continuou persistente. O reingresso no mercado de trabalho, que também se configura como objeto de intervenção do assistente social ocorreu, inclusive, em todos os casos em que este profissional trabalhou junto à equipe interdisciplinar. É neste sentido que se introduz a discussão acerca do trabalho interdisciplinar e da participação do assistente social como integrante da equipe, exercendo trabalho coletivo, e não individual.

O parágrafo XII do artigo nº5 da Lei 8.662/93 estabelece como atribuição do assistente social a direção de serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas (BRASIL, 1993). Então, além de desempenhar funções específicas ao Serviço Social, o assistente social, por estar inserido numa instituição, desempenha funções técnicas que não fujam às suas competências. As atividades em grupo realizadas na instituição são um exemplo disto. O grupo constitui-se como um instrumento operativo do Serviço Social, porém sua realização não pode de caráter terapêutico, como vedado pela Resolução CFESS nº569, de 25 de março de 2010.

O trabalho psicossocial oferece tratamento por meio de grupos terapêuticos, além dos atendimentos individuais dos profissionais. E, por estar inserido nesta lógica de equipe interdisciplinar, o assistente social participa dos grupos de forma coletiva. Analisando os

prontuários, o assistente social participou de alguns grupos, mas não desempenhou funções terapêuticas, mas sim de colega de equipe, prestando apoio nas atividades. Como por exemplo, ele acompanhou atividades extra-institucional, aquelas realizadas fora do CAPS II de Taguatinga, com o objetivo de levar os pacientes a visitar instituições culturais.

O assistente social participou de 90% dos casos registrados, em outras palavras, de 10 prontuários, 09 prontuários constam a participação do Serviço Social, seja por intervenção individual²⁵, seja por atuação em equipe, participando das atividades de grupo. De forma geral, com base nas informações contidas nos prontuários, o assistente social trabalhou com todos os profissionais nos casos onde havia demanda por Serviço Social. O quadro 3 apresenta o número de casos em que o Serviço Social aparece atuando, de acordo com cada categoria profissional:

Apoio interdisciplinar	Participação nos casos com o Serviço Social	(%) de participação
Médico clínico	03 casos	30% de participação com o Serviço Social
Enfermagem	05 casos	50% participação com o Serviço Social
Terapia Ocupacional	06 casos	60% participação com o Serviço Social
Psicologia	07 casos	70% participação com o Serviço Social
Psiquiatria	08 casos	80% participação com o Serviço Social

Quadro 3 - Número de casos em que o Serviço Social atua, de acordo com cada categoria profissional

Com base neste quadro, a explicação é a de que: analisando os 09 prontuários, o assistente social atuou em três casos que o profissional clínico médico também atuou, representado pelo percentual de 30% desta amostra, por exemplo. Ou seja, o assistente social participou do tratamento de três pacientes, em que o clínico médico também atuou. Esta lógica de interpretação da tabela vale para as outras linhas e colunas.

E ainda, neste percentual de demanda da profissão, o assistente social atuou tanto em equipe, quanto de forma individualizada, o que compreende a participação nos grupos terapêuticos e os atendimentos individuais. Depreende-se, também, que o Serviço Social atuou mais vezes ao lado dos profissionais de psiquiatria, totalizando um percentual de 80% dos casos, ou seja, em 08 casos, a equipe tinha a atuação do Serviço Social e do psiquiatra no processo de tratamento do paciente.

²⁵ O atendimento individual do assistente social, no Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga é definido pelo termo técnico “atendimento social”.

Ainda, com relação ao trabalho interdisciplinar, de forma geral, o Serviço Social tem o papel de acelerar o processo de ressocialização dos pacientes mediante os meios que detém para este fim, como o desafio de trabalhar com políticas públicas sociais que contemplem as demandas sociais destes pacientes, visando à articulação de redes para a atenção integral aos usuários da Política de Saúde Mental (ROCHA, 2012). E isto reflete na forma como o Serviço Social contribui na construção de autonomia destes usuários.

Partindo da hipótese de que a participação do assistente social nas equipes de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga contribui para a construção de autonomia dos usuários da Política de Saúde Mental, foi possível perceber que este processo tem sido viabilizado, diante da análise desta amostra de 10 prontuários. É importante retomar a concepção de autonomia aqui considerada, aquela em que o paciente possui poder de decisão, próprio, de forma que esta sofra influência do contexto no qual a pessoa está inserida (REICHERT; WAGNER, 2007).

Portanto, a autonomia considerada pela pesquisa é analisada como a capacidade do paciente de estar inserido num tratamento psicossocial, e poder decidir pelos rumos que a sua vida pode tomar, inclusive do seu próprio tratamento. E, também, o grau de autonomia aqui é considerado pela capacidade do paciente de estar inserido no meio social, no mercado de trabalho e de desempenhar atividades cotidianas.

O trabalho em prol da construção da autonomia dos usuários do serviço de saúde mental oferecidos no CAPS II de Taguatinga foi analisado com base nos critérios elencados como: a forma como os pacientes circulavam no mercado de trabalho, a sua evolução e adesão ao tratamento, inclusive analisando suas expectativas quanto à superação de seu quadro psicossocial. Claro, é importante ressaltar que esta análise foi feita com base nos casos em que o Serviço Social foi demandado.

Os quadros de transtorno mental dos pacientes analisados abrangiam questões relacionadas ao sofrimento psíquico, associado a problemas sociais de cunho financeiro e familiar. A construção da autonomia destes usuários foi possibilitada pelo trabalho coletivo dos profissionais da saúde mental, e não apenas de um. Isto significa dizer que o Serviço Social não foi o único profissional responsável pela evolução dos quadros psicossociais, mas que ele foi uma categoria que participou deste processo.

Dos casos analisados, durante o período de tratamento, muitos pacientes apresentaram vulnerabilidade emocional e insegurança para continuar na instituição, contudo, persistiram. Foi possível perceber que houve uma rotatividade significativa dos pacientes no mercado de

trabalho, inclusive, a maioria chegou a mudar o vínculo empregatício, pelo menos, três vezes. Aliás, vale lembrar que não foram todos que tiveram ingresso no mercado de trabalho, pois nem todos exerciam trabalho remunerado.

Nesta perspectiva, o empenho das equipes de trabalho em estabilizar os quadros incluiu o preparo psicológico do paciente para lidar com o cotidiano, de forma que o mesmo não influenciasse negativamente a evolução do seu transtorno. O objetivo era o de trabalhar este preparo psicológico para que este influenciasse positivamente o cotidiano destes pacientes. E é neste sentido que Reichert e Wagner (2007) inserem a concepção de autonomia, como sendo a capacidade que o indivíduo adquire em responder pelas próprias decisões, tendo o poder de influenciar o ambiente psicossocial que o rodeia, como as relações sociais e familiares, e o próprio cotidiano.

Desta forma, muitos pacientes, gradativamente, passaram a responder pelas próprias ações, inclusive, sendo responsáveis pelo tempo de permanência na instituição em razão das respostas (positivas ou negativas) que davam ao tratamento. Foi possível perceber, por meio dos relatos dos pacientes e dos próprios familiares que os acompanhavam, a capacidade que eles adquiriram em controlar as impulsividades provocadas pelos sintomas dos transtornos mentais que os acometiam, o que refletiu na boa convivência familiar e para com o meio social no qual estava inserido. As anotações dos profissionais nas fichas de evolução dos prontuários também constataram a aquisição que os pacientes vinham obtendo de autocontrole, ao longo do tratamento.

Por fazer parte deste processo de trabalhar em prol da autonomia dos usuários do serviço de saúde mental, o assistente social teve papel efetivo nas questões relacionadas à dimensão social. A intervenção se deu nos casos em que o paciente demandava benefícios sociais, orientações quanto aos direitos do cidadão. Inclusive, demandas judiciais em que o Serviço Social acompanhou de perto os trâmites legais para proteção judicial do paciente em razão de ameaças e agressões físicas e psicológicas de terceiros. Todo o processo de trabalho do assistente social foi representado pela utilização de instrumentos operativos para garantir a defesa de direitos do paciente enquanto pessoa em tratamento psicossocial. Portanto, foi possível perceber o empenho do assistente social em garantir condições materiais para a reabilitação psicossocial dos pacientes, visando a integralidade da Política de Saúde mental, mediante a articulação de redes (ROCHA, 2012). Inclusive, todo o empenho do assistente social foi embasado no que é preconizado pelo Código de Ética do Serviço

Social e pela Lei 8.662/93, tomadas como base de análise quanto às atribuições e competências da profissão.

A análise dos prontuários mostra que todos os pacientes entraram em EGRESSO²⁶, ou seja, todos foram isentos de terapias em grupo devido à evolução dos quadros. Isto significa dizer que, por mais que não houvesse a necessidade destes pacientes continuarem sendo submetidos a estas terapias, os mesmos ainda continuavam sendo assistidos pela instituição, por meio de atendimentos individuais com a categoria profissional que o quadro do paciente demandava, a fim de que houvesse a continuidade do tratamento, caso o paciente ou os profissionais sentissem a necessidade de retorno às atividades da instituição.

Como explicitado anteriormente, a intervenção do assistente social esteve vinculada ao acesso à serviços e benefícios sociais e à inserção no mercado de trabalho. O assistente social foi demandado por 09 casos. Durante a análise dos prontuários foi observado que a inserção ou o reingresso no mercado de trabalho esteve diretamente ligado ao estado mental do paciente, como também à aquisição de benefícios ou serviços sociais. Nem todos os pacientes tiveram rotatividade no mercado de trabalho, e o motivo era a piora do quadro do paciente, ou o fato do mesmo optar em ter como fonte de renda apenas o benefício que recebia ou a remuneração que recebida por meio de serviços sociais.

A figura 1 evidencia a rotatividade no mercado de trabalho.

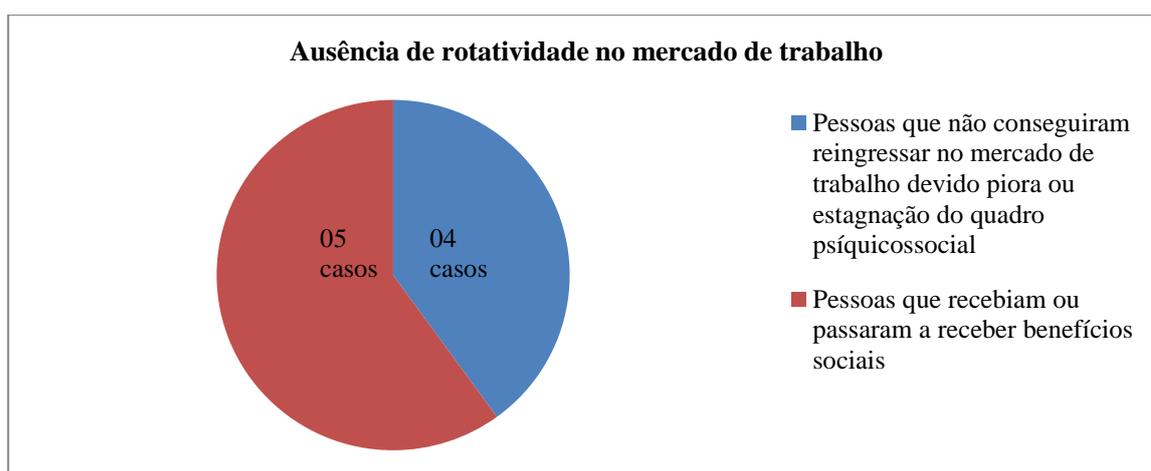


Figura 1 – Rotatividade no mercado de trabalho

²⁶O EGRESSO é considerado o grau mais elevado de autonomia do paciente em tratamento, dentro da instituição. Com base nisto, depreende-se que estando nesta condição, o paciente também está num patamar satisfatório de poder de decisão, sendo capaz de responder pelas próprias atitudes e sofrer as consequências destas. Portanto, entende-se que a vida do paciente teve melhoras significativas devido a sua reabilitação psicossocial. É importante ressaltar que, assim como outros profissionais, o Serviço Social também foi responsável por conceder EGRESSO para pacientes. De acordo com o conteúdo analisado nos prontuários, o assistente social concedeu egresso a três pacientes.

Por meio da análise destes, 05 casos em que não houve rotatividade, foi possível classificar os casos em que não houve rotatividade no mercado de trabalho em duas categorias: os casos em que a não rotatividade estava associada à piora ou estagnação do quadro do paciente, e os casos em que a não rotatividade estava associada a conformação do paciente em ter apenas como fonte de renda os benefícios sociais que recebiam ou passaram a receber.

A figura 2 mostra a ausência de rotatividade no mercado de trabalho.

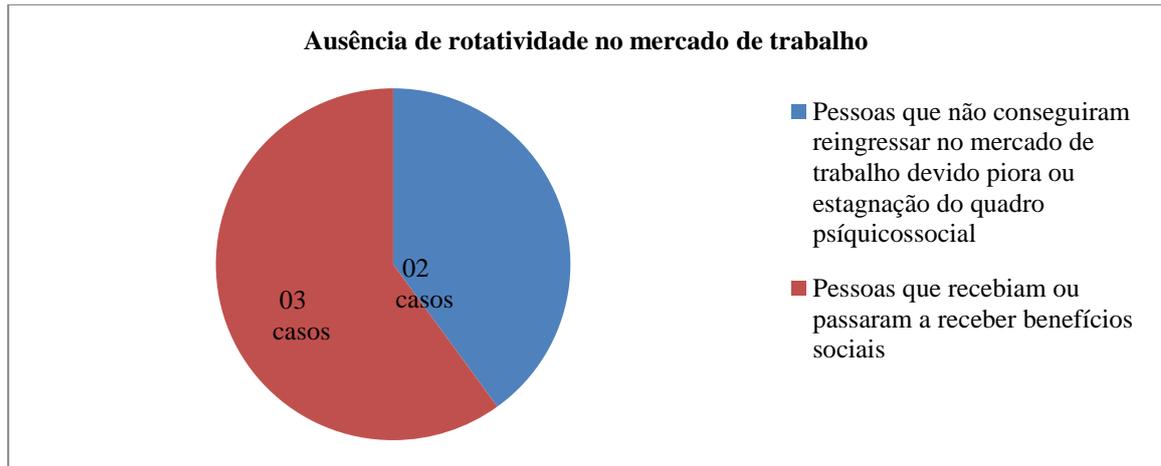


Figura 2 – Ausência de rotatividade no mercado de trabalho

Com base no que foi observado em quantificado nos casos em que a intervenção do assistente social esteve relacionada a políticas que fortaleçam a autonomia financeira do paciente, confirma-se o que foi citado por Rocha (2012) no tocante à fragilização destas políticas, o que acaba por reduzir a intervenção do assistente social à concessão do Benefício de Prestação Continuada, ou a serviços sociais. Por mais que alguns pacientes já tinham a aquisição destes quando ingressaram na instituição, alguns passaram a adquiri-los por meio das intervenções.

A construção de autonomia financeira dos pacientes resume-se a concessão de benefícios e serviços sociais. Mas a autonomia aqui considerada não é apenas a financeira, mas envolve outras áreas também: boa convivência familiar e comunitária, ingresso no mercado de trabalho, reintegração e reabilitação social, e isto foi alcançado pelos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu enxergar a especificidade do Serviço Social, inserido na lógica institucional, contextualizada na concretização da Política de Saúde Mental. O processo de trabalho do assistente social resguardou-se pela utilização de instrumentais como entrevistas, estudos de caso, visitas domiciliares, relatórios interdisciplinares para a concessão de benefícios, dentre outros. Atividades em grupos/grupos terapêuticos e atendimentos individuais foram os meios utilizados para incidir sobre as várias expressões da questão social trazidas pelos pacientes, como violência familiar, problemas financeiros, frustrações, isto é, o próprio adoecimento mental, que representa uma das múltiplas expressões da questão social – o objeto de atuação do Serviço Social.

Tendo como perspectiva de análise o materialismo dialético, a pesquisa permite concluir que o trabalho, como sendo categoria central das relações humanas, torna o assistente social um ser social, pois possui seu processo de trabalho e se relaciona socialmente com outros seres sociais (neste caso, os pacientes/usuários da Política de Saúde Mental). Inserido no contexto das relações sociais, faz parte da reprodução social, pois por não deter de todos os meios e instrumentos de produção precisa estar inserido num contexto institucional para atender às demandas dos usuários. Por estar inserido nesta lógica, e estar na condição de trabalhador assalariado, precisa vender sua força de trabalho para um empregador (neste caso, o governo/âmbito público)²⁷ para satisfazer as necessidades de outras pessoas (IAMAMOTO 2001).

O Serviço Social, inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, é uma especialização da categoria trabalho, pois tem suas intencionalidades próprias como profissão (IAMAMOTO, 2001). Quanto maior o grau de especialização, maior é a interdependência do trabalho alheio, neste caso, de outras profissões. Portanto, é possível compreender o porquê do trabalho interdisciplinar, e a atuação do assistente social junto com outros profissionais, em cada caso, pois diante das diferentes demandas, há a necessidade de atendê-las de acordo com as atribuições de cada profissional. Neste sentido, entra a questão das especificidades de cada profissão, pois cada uma possui suas intencionalidades e seus objetos de intervenção (SILVEIRA, 2008).

Seguindo a mesma lógica, em razão desta divisão sócio-técnica do trabalho, o que o assistente social e os demais profissionais produziram é apropriado pelo governo,

²⁷ Lembrando que o Centro de Atenção Psicossocial é uma instituição governamental, de caráter público.

representando o que LOPES (2010) caracteriza como a apropriação privada do que é socialmente produzido. Neste sentido, o trabalho do assistente social realizou-se cumprindo o objetivo de trabalhar em prol da socialização da riqueza socialmente produzida, isto é, por meio de seu trabalho, viabilizando direitos e o acesso a benefícios sociais, respeitando a individualidade de cada paciente. Estes foram os meios utilizados para cumprir tal objetivo.

E, enfim, o seu produto de trabalho foi a construção de autonomia dos usuários da Política de Saúde Mental do serviço atenção psicossocial oferecido no Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga. E, acima de tudo, o assistente social direcionou os tratamentos e participou deles respeitando os princípios éticos da profissão, como a liberdade (desde a disposição do paciente em continuar o tratamento até o momento em que o mesmo se sentiu preparado para se desapegar do tratamento); e a articulação com profissionais que tenham compromissos éticos similares.

A atuação do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial permitiu visualizar a inserção do Serviço Social numa lógica institucional usufruindo de autonomia com relação aos objetivos tanto da instituição quanto da profissão, no sentido de que esta cumpriu com o seu objetivo, mesmo dispondo de meios de trabalho disponibilizados pela instituição. Cabe, ainda, observar a contribuição do assistente social na construção de autonomia dos usuários da Política de Saúde Mental visando ao cumprimento do compromisso ético da profissão, tanto com relação aos princípios éticos estabelecidos pelo Código de Ética Profissional do Serviço Social (1993), quanto com relação aos dispositivos legais de atuação, como as Leis 8.142/90²⁸, 8.080/90²⁹, 10.216/01³⁰, 8.662/93³¹, respeitando os limites impostos pela resolução CFESS N° 569/10³² quanto às atribuições e competências da categoria profissional.

Torna-se imprescindível lembrar dos avanços que a Reforma Sanitária proporcionou para a Saúde Mental, já que foi ela quem propiciou o contexto de redemocratização do

²⁸ LEI N° 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

²⁹ LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

³⁰ LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

³¹ LEI N° 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993: Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências

³² RESOLUÇÃO CFESS N° 569, de 25 de março de 2010: Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.

Estado, e foi a partir dela que a Reforma Psiquiátrica se consolidou, criando um ambiente favorável para a implementação de dispositivos legais que “desinstitucionalizaram” os serviços de reabilitação psicossocial. Graças a este processo, hoje o assistente social dispõe de leis e resoluções que garantem uma atuação profissional que defenda os direitos do cidadão e que garanta a ele recursos materiais para sobreviver num contexto de desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios.** São Paulo: Martinari, 2011.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz – Cebes, 2008.

BRAVO, Maria Inês Bravo. **Política de Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal.** 2009. Disponível em: <http://www.ts.ufrj.br/binarios/congressos/reg/slets/slets-019-187.pdf>. Acesso em 21 de janeiro de 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRASIL, 1993. Lei 8.662. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.**

BRASIL, 2010. Resolução CFESS N° 569. **Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.**

BRASIL, Secretaria de Estado de Minas Gerais. **Coleção Saúde em Casa: Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte, 2006, 1ª Edição.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 04 de junho de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pelegrini. Physis: **Revista de Saúde Coletiva.** Print version. Physis vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2007.

CHIZZOTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 6. Ed. – São Paulo : Cortez, 2003. – (Biblioteca da educação. Série 1. Escola; v.16)

_____. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

COSTA, Mônica Rodrigues Costa. **A trajetória das lutas pela Reforma Sanitária (2007).** Disponível em www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/402/356. Acesso em 08 nov 14.

DANIEL, C., & SOUZA, M. (2006). **Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento:** depressão e modernidade. *Psicologia em revista*, 12(20),117-130.

DRAIBE, Sônia. M. 1993. As Políticas sociais e o neoliberalismo: Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. In: **Revista USP nº17-Dossiê.**

GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.**2.ed., rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.1110 p.: 1 CD – ROM ISBN 9788575411575.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 6.ed.São Paulo: Cortez, 2003. 236 p. ISBN 8524906936

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva / Mental healthandcollectivehealth. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.615-634. (Saúde em debate, 170).

LOPES, Poliana. **O movimento diretas já e a cobertura da mídia:** o caso do jornal Zero Hora a partir da agenda-setting. In: *Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Faculdade Cásper Líbero*. Volume nº 1, Ano 3 - Julho 11

MIOTO, Regina. **Trabalho com Famílias:** um desafio para os Assistentes Sociais. 2004

MOTA, Ana Elizabeth (org.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo Netto. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Brasília: Cead/UnB,1999.V.ISBN 85-86290-12-2

_____. **O papel estratégico do CAPS no território como articulador e transformador.** CAPS II/Taguatinga/SES/DF – documento institucional, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas e sistema de Saúde no Brasil: modelos de atenção à saúde no Brasil. In: **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Disponível em:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf. Acesso em: 19 dez 14, às 10 h e 15 min.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº2, Brasília: CFESS, 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**, 2009.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades**. Rio das Ostras, 2012.

ROGERS, Wendy & BALLANTYNE, Angela. **Populações especiais: vulnerabilidade e proteção**. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.2, Sup.1, p.Sup.31-Sup.41, Dez., 2008

SCHEUNEMANN, Arno Vorpapel. **Processo de trabalho no Serviço Social**. Canoas: Ed. ULBRA, 2010.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**/Antônio Joaquim Severino... [et.al.]; Jeanet Liasch Martins de Sá (org.). – 8.ed. – São Paulo: Cortez; 2010.

SILVEIRA, Sandra da Silva. **Questão Social**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2008.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

STACECHEN, Luiz Fernando; BENTO, Victor Eduardo Silva. **O consumo excessivo e a adicção na pós-modernidade: uma interpretação psicanalítica**. In: XII EVINCI

TEIXEIRA, João Marques. **Depressão e pós-modernidade**. In: Editorial N° 2. 2005. Disponível em: http://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/vol7_rev2_editorial_3.pdf. Acesso em: 21 jan 15.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes. **Sofrimento e desinstitucionalização: Construindo redes de apoio em saúde mental**. Rev. Mal-Estar Subj. [online]. 2011, vol.11, n.1.