



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**



**A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DO (DA) ASSISTENTE SOCIAL NO
CAPS IJ/OURO PRETO**

MÁRCIA DIAS DA CUNHA PINTO

MARIANA - MG

2020

MÁRCIA DIAS DA CUNHA PINTO

**A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DO (DA) ASSISTENTE SOCIAL NO
CAPS IJ/OURO PRETO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel.

Orientadora: MSc Alessandra Ribeiro Souza

Mariana - MG

2020



FOLHA DE APROVAÇÃO

Márcia Dias da Cunha Pinto

A importância do(a) assistente social no CAPS II/Ouro Preto

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 8 de abril de 2021

Membros da banca

Mestre - Alessandra Ribeiro de Souza - Orientador(a) Universidade Federal de Ouro Preto
Doutora - Cristiane Silva Tomaz - Universidade Federal de Ouro Preto
Mestre - Juliana Ap. Cobuci Pereira - Convidada Externa

Alessandra Ribeiro de Souza, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 23/04/2021



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Ribeiro de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 23/04/2021, às 15:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0162846** e o código CRC **86C0F498**.

AGRADECIMENTOS

À orientação das Prof.^a. Alessandra Ribeiro e Juliana Cobucci, à minha família, à equipe do CAPS IJ, principalmente à assistente social Luciana, que me acompanhou durante meu estágio, que é o motivo desse estudo e a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a elaboração, desenvolvimento e conclusão deste TCC. Pela atenção e o carinho de todos neste processo meu muito obrigado!

RESUMO

A realização do presente Trabalho e Conclusão de Curso teve como proposta analisar o trabalho do assistente social na saúde mental, mais precisamente no CAPS IJ-Ouro Preto/MG, destacando os desafios e limitações enfrentados pelo profissional na execução das suas atividades na instituição, na perspectiva do Código de Ética da profissão, de seu projeto ético político e dentro da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, percebe-se que o assistente social possui habilidades necessárias para atuar na saúde mental, de forma a compreender a realidade do sujeito além do aparente, ou seja, visando identificar o contexto das relações sociais e a dimensão do sujeito que vivencia o transtorno mental, atuando ainda nas diversas expressões da questão social, que se manifestam através da pobreza, exclusão social, violência, dentre outras. Assim, esse profissional ocupa função relevante e diferenciada na equipe multidisciplinar, sendo capaz de responder às necessidades sociais das pessoas com transtorno mental (crianças e adolescentes), bem como de seus familiares, que se traduzem através das inúmeras demandas. Pode-se constatar que o Serviço Social no CAPS IJ realiza um trabalho indispensável, pois é um profissional capaz de decifrar a realidade na perspectiva de efetivação dos direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano e que, mesmo diante das limitações, executa suas ações de forma democrática na garantia dos direitos sociais das pessoas com transtorno mental.

Palavras-chaves: Trabalho do Assistente Social, Serviço Social, Saúde Mental, CAPS, Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

The purpose of this article was to analyze the job of social workers in mental health, more precisely at CAPS IJ – Ouro Preto/MG, highlighting the challenges and limitations faced by the professional in carrying out their activities at the institution, in the perspective of the Ethics Code of the job, of its political ethical project and within the Psychiatric Reform. In this sense, it is clear that the social worker has the necessary skills to work in mental health, in order to understand the reality of the subject beyond the apparent, that is, aiming to identify the context of social relations and the dimension that the subject experiences the mental disorder, working also in the various expressions of social matter, that manifests through poverty, social exclusion, violence, among others. Thus, this professional occupies a relevant and differentiated role in the multidisciplinary team, being able to respond to the social needs of people with mental disorder (children and teenagers), as well as their relatives, which translate in countless demands. It can be noticed the social services at CAPS IJ performs an indispensable job, as it is a professional capable of deciphering the reality in the perspective of realizing rights, based on emerging demands of the everyday life, even in face of the limitations, executes its actions in a democratic way to assure the social rights of people with mental disorders.

Key words: attributions, social services, CAPS, children and teenagers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Tipos de CAPS, equipe mínima e público-alvo dos serviços conforme quantidade de população referenciada. 24

Tabela 2 Quantitativo de serviços da atenção psicossocial especializada por regiões do Brasil. 26

Tabela 3 - Descrição das estratégias realizadas no Centro de Atenção Psicossocial. 28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos dos excepcionais

ART. - Artigo

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CAPS IJ – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CMDA – Conselho Municipal da Criança e Adolescente

CNSM – Conferencia Nacional de saúde Mental

COI – Centro de orientação Infantil

COJ – Centro de orientações juvenis

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DSTs – Doenças sexualmente transmissíveis

ECA – Estatuto da criança e do adolescente

FAOP – Fundação de Arte de Ouro Preto

GM – Gabinete do Ministro

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento de Renovação dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial

OP – Ouro Preto

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNASH – Programa Nacional de avaliação dos serviços hospitalares

PSF – Posto de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singulares

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REME – Movimento de Renovação Médica

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SMCA – Saúde Mental para criança e adolescente

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Técnico de Referência

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO 1: A construção da política de saúde mental	5
1.1. A Proposta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	17
1.2. Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes	30
1.2.- O Serviço Social na Saúde Mental	34
CAPÍTULO 2 - A Política de saúde mental em Ouro Preto/MG e o Serviço Social	43
2.1- A Saúde Mental no município de Ouro Preto/MG	44
2.2- O CAPSIJ de Ouro Preto-MG	46
2.3- O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no CAPS IJ de Ouro Preto-MG	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	66

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso apresenta uma análise sobre o Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS IJ) de Ouro Preto/MG. Buscamos demonstrar a importância da atuação do Serviço Social neste espaço assinalando também os limites e desafios postos ao trabalho do/da assistente social.

A escolha do tema deste trabalho partiu da experiência de estágio no CAPS IJ/Ouro Preto. O contato com o cotidiano de trabalho da assistente social supervisora de campo, a observação e acompanhamento do trabalho desenvolvido pela profissional, a convivência com a equipe do CAPS IJ, com os usuários e seus familiares e com outros profissionais da rede de saúde do município de Ouro Preto, levaram-me a produzir alguns questionamentos sobre o Serviço Social, tais como: Qual a importância do Assistente Social no CAPS IJ? Que dinâmicas é possível o Assistente Social utilizar para cumprir efetivamente com seu trabalho? Qual é o papel do Serviço Social neste espaço da Saúde Mental? Percebi que para responder a estes questionamentos cabia transformar a minha experiência de estágio em objeto de estudo. Desta maneira essas inquietações levaram-me a buscar compreender com maior profundidade o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social neste tipo de serviço.

Pude perceber que há uma diferença na perspectiva de atuação do Serviço social, em relação aos outros profissionais que ali atuam. A maioria dos profissionais que compõem a equipe, como médicos e psicólogos, realizam atendimentos clínicos, enquanto o Serviço Social atua a partir de ações que buscam a articulação com a rede de serviços sócio assistenciais buscando favorecer a resolução das situações que envolvem o processo saúde-doença dos usuários.

Compreendo que a atuação do Serviço Social da mesma forma que as demais profissões que compõem o serviço, busca contribuir para a qualidade dos serviços prestados pela instituição. Ao mesmo tempo observei que a atuação do Serviço Social tem se dado no sentido que vai além do tratamento em saúde mental, repercutindo diretamente na melhoria das condições de vida dos usuários, levando-os à (re) integração à sociedade. Por isso, considero que a partir das demandas emergentes no cotidiano, mesmo diante das limitações, a Assistente Social busca executar suas ações de forma democrática, na garantia dos direitos sociais das pessoas com transtorno mental.

Estagiar no CAPS IJ permitiu ainda perceber que o Serviço Social enfrenta alguns desafios junto à equipe multidisciplinar quanto ao seu espaço de atuação, em virtude da falta de condições éticas e técnicas para o trabalho, especialmente expresso pelo insuficiente espaço físico para atendimento dos usuários e pela falta de recursos para atender parte das demandas de alguns usuários.

No CAPS IJ de Ouro Preto o Serviço Social realiza o acompanhamento dos usuários e seus familiares com a finalidade de criar meios que lhes permitam perceber e seguir as regras vigentes de convivência social proporcionando-lhes acesso às políticas públicas de redução da desigualdade, por meio do estímulo à sua autonomia, do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Busca-se também favorecer o controle social, com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência e empenho para o exercício da cidadania, realizado através de atividades, tais como: acolhimento, triagem, encaminhamento, atendimento de grupos, suporte social, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e trabalhos voltados para o atendimento a escolas. Todas as atividades e formas de intervenção visam integrar e articular os serviços prestados aos usuários almejando a sua reinserção social¹, mas também objetivando a melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtorno mental e de seus familiares.

As discussões acerca do tema proposto também se tornam relevantes pois, o trabalho profissional do assistente social na saúde mental envolve saberes específicos da área de Serviço Social em interlocução com os saberes de outras profissões. Juntos, tais conhecimentos possibilitam responder às demandas dos usuários dos CAPS. Neste sentido, a articulação do saber produzido pelo assistente social com a contribuição das demais categorias que compõem o serviço de saúde mental, permite ao profissional obter uma visão integral do sujeito que adoece, favorecendo a compreensão das implicações socioeconômicas e culturais à saúde, fator relevante para a humanização e qualificação do atendimento aos seus usuários, conforme preconizam as diretrizes do SUS.

¹ . Consideramos a reinserção social como meio de permitir a percepção por parte do usuário de seguir regras vigentes de convivência social no meio ao qual está inserido. Para maior aprofundamento sobre Reinserção Social consultar: Schrank & Olschowsky (2008, p.127-134); Passos & Aires (2013, p.13-31); Moreno & Alencastre (2003, p.43-50).

O/A assistente social possui capacidade para decifrar a realidade, o que favorece a atuação que busca propor estratégias com vistas à efetivação dos direitos. Neste caso tem a potencialidade de contribuir com os usuários da política de saúde mental e seus familiares. Por tudo isso, pretende-se destacar a importância do trabalho desse profissional junto à referida política .

Sob essa perspectiva, este trabalho pretende compreender o Serviço Social no âmbito da Saúde Mental, bem como, demonstrar a relação entre o trabalho do profissional do Serviço Social no campo da saúde mental e as mudanças ocorridas nessa área propostas pela Reforma Psiquiátrica, que colocou novas demandas e desafios à profissão e principalmente como ela está sendo efetivada no CAPS IJ em Ouro Preto/MG.

Vislumbrei com este TCC a possibilidade de contribuir com uma reflexão acerca do trabalho da assistente social no CAPS IJ como por parte da equipe multiprofissional da instituição, visto que a coordenação do CAPS IJ solicitou um compartilhamento do trabalho e a mesma sempre abriu espaço nas reuniões de equipe para comentar os trabalhos realizados pelas estagiárias. Pois, na área da Saúde Mental a efetivação dos direitos parte da premissa do trabalho em rede e do envolvimento da equipe multidisciplinar.

O trabalho está organizado em dois capítulos. O primeiro aborda os avanços e desafios da reforma psiquiátrica destacando a substituição dos serviços manicomiais pelos serviços alternativos e a criação dos CAPS. Já o segundo capítulo contém a caracterização do CAPS IJ de Ouro Preto-MG e trata do Serviço Social na instituição. Busco demonstrar a importância e as contribuições da profissão para o tratamento da saúde mental dos usuários.

CAPÍTULO 1: A construção da política de saúde mental

Segundo Mota (2010), as políticas de proteção social expressam os antagonismos de classe nos quais se colocam de um lado os donos dos meios de produção e do outro os trabalhadores livres, que vendem sua força de trabalho na condição de assalariados como forma de garantir os meios para sua subsistência e de sua família, ou seja, a condição básica para manter-se vivo. Desse modo, podemos

entender as políticas de seguridade social² vistas como ações compensatórias, que tentam beneficiar o trabalhador assalariado de um lado, para manter a lógica de acumulação capitalista de outro.

As políticas sociais no Brasil remontam ao desenvolvimento industrial urbano, que aconteceu a partir da década de 1930, com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder. O governo de Vargas assumiu um caráter populista³, quando o Estado redefiniu as suas funções e passou a utilizar diversos mecanismos institucionais de controle das forças populares. É nesse contexto de mudanças que começam a se desenvolver as primeiras políticas sociais no Brasil, com o surgimento de um moderno “Estado de Bem Estar Social”⁴ (FREITAS, 2005).

Diante o processo de desenvolvimento industrial e da formação de aglomerados em torno das cidades de pessoas oriundas do campo em busca de trabalho, houve o crescimento do índice de pobreza, de desemprego e da exclusão com privações social, econômica, cultural e política para a classe social que vive do trabalho agravando assim as expressões da “questão social”⁵. De um lado o aumento da pobreza e de outro lado se tem uma grande concentração de renda e de riquezas para um pequeno segmento populacional, os grandes proprietários.

De acordo com Behring & Boschetti, (2011, p. 64), a política social começa a ganhar fôlego nesse período de industrialização e urbanização no país, ocorrendo, assim, a constituição e formação da questão social no capitalismo que irá exigir uma resposta ao seu acirramento, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

O período de 1964 a 1985 foi marcado pelo regime militar que, por um lado, aumentou a intervenção do Estado no campo das políticas sociais por meio da

² . A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988- Art. 194).

³ . Populismo constitui uma relação pessoal entre um líder e um conglomerado de indivíduos, relação essa explicada através do recurso à ideia de demagogia, nem sempre claramente definida. Segundo esta concepção, o líder populista não aparece como um verdadeiro político, mas, sobretudo como um aproveitador da ignorância popular. (DEBERT, 1979, p. 01)

⁴ . Consideramos Estado de Bem-Estar Social como aquele que “garante tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação, educação, assegurados a todo cidadão não como caridade, mas como direito político”. (BOBBIO, 1996, p.416)

⁵ . Consideramos Questão Social como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura que tem como raiz comum a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999).

ampliação da oferta de bens e serviços para as classes de médias e altas rendas e por outro, cassou direitos civis e políticos. Estas medidas, entretanto, não tiveram significativo impacto na redistribuição de renda visando alcançar os extratos mais empobrecidos da classe trabalhadora.

Durante o citado período, mas, sobretudo na década de 1970 o Brasil é marcado pela eclosão de movimentos sociais que lutavam pelo fim da ditadura militar e por lutas no campo dos direitos pautadas pelas condições de saúde da população e que partiam da defesa do direito universal à saúde, além de mudanças institucionais em diversos campos, como foi o caso da chamada Reforma Psiquiátrica.

O período dos anos 1970 foi conhecido como o período das primeiras formas organizadas de contestação ao modelo asilar para a assistência psiquiátrica e de sua consequente violência, marcada pela exclusão, reclusão e segregação das pessoas com sofrimento mental.

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente. (SILVEIRA, 2009, p. 37)

A reforma Psiquiátrica apesar de percorrer um caminho próprio tem estreitos vínculos com outro movimento, o movimento pela reforma sanitária, que lutava por saúde coletiva universal e financiada pelo Estado. Neste ambiente de lutas o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, foi o responsável pelo início de um percurso de crítica à mercantilização da loucura e de denúncia à violência cometida no interior dos hospitais psiquiátricos. Estes movimentos também contestavam a hegemonia do saber psiquiátrico e formulam propostas para a assistência à pessoa com sofrimento mental (BRASIL, 2005^a; MINAS GERAIS, 2006). O principal questionamento se colocava sobre o modelo assistencial até então vigente e na proposição de estratégias para a transformação tais como, reverter o hospitalocentrismo implantando uma rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional, proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos ou a ampliação dos existentes e desativação progressiva dos leitos

existentes, inserir leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais e integrar a saúde mental a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições.

No decorrer da luta em torno da saúde se juntaram ao MTSM, o Movimento de Renovação Médica (REME), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Todos estes movimentos desempenharam um papel fundamental em relação à política de saúde e a proposta do direito universal à saúde. Eles propuseram a reformulação da assistência à saúde, discutindo a política de saúde e as práticas das categorias profissionais. Todo este processo acabou por criar as bases para a reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, pois apresentou a possibilidade de uma nova forma de prestação dos serviços de saúde.

Dessa forma, podemos dizer que, a Reforma Psiquiátrica brasileira correspondeu a um movimento sociopolítico ocorrido no âmbito da saúde pública, derivada da reivindicação de melhoria das condições de vida da população. Sendo assim, a crítica teórica às políticas de saúde do Estado e a elaboração de propostas alternativas em relação à internação em manicômios constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma psiquiátrica, um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde mental.

Os debates sobre as reformas sanitária e psiquiátrica ganharam forma ao longo dos anos 1980. O período de 1985 a 1994 foi caracterizado pela transição democrática momento em que a luta por um projeto de Estado democrático e redistributivo idealizou a construção de um Estado Social, universal e igualitário. Surge nesse período o Orçamento da Seguridade Social, institucionalizado na Constituição de 1988 (CF/88), com o objetivo de impedir a prática de apropriação de recursos destinados aos programas sociais.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na democratização e no reconhecimento dos direitos sociais. No texto a política de saúde se torna dever do Estado e direito de todos, ou seja a política de saúde se torna desde então uma política de caráter universal. Agora, juntamente com a previdência social e a assistência Social, a saúde passa a compor o tripé da Seguridade Social que corresponde a um conjunto de políticas públicas que visa o bem-estar do cidadão, o amparo e justiça social com o objetivo de reduzir a pobreza e a desigualdade social.

A nova legislação garantiu que as reflexões apresentadas pelos movimentos sociais que propunham a Reforma Sanitária e Psiquiátrica contribuíssem para a

revisão e aprovação da legislação em saúde mental e para a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde. Contribuíram decisivamente neste processo a criação das Leis Orgânicas de Saúde, as leis 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) e que vieram a dar sustentabilidade à criação dos CAPS pelo Estado. A lei 8.080 trata das condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços em saúde. A normativa reafirma a saúde como direito universal e dever do Estado que deve se concretizar pela formulação e execução de políticas que garantam o acesso igualitário às ações e serviços de saúde em todo o território nacional.

Já a lei 8142/90 aborda a participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências de recursos da área de saúde entre os governos. É por meio desta lei que são instituídas as instâncias colegiadas (Conferências e Conselhos de Saúde)⁶ e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

No bojo dessas alterações de concepções e de legislações, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde adotou, no início dos anos de 1990, uma política de reestruturação da assistência psiquiátrica, orientada para a criação de novos serviços, posto que, até então, o governo federal só financiava serviços identificados com o modelo hospitalocêntrico.

A Reforma foi iniciada com a Declaração de Caracas, documento síntese da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, evento convocado pela Organização Mundial da Saúde e que se tornou marco histórico para a saúde mental por apresentar uma série de apontamentos voltados para as mudanças nos sistemas de saúde.

A Declaração de Caracas foi proclamada no ano de 1990 e contribuiu para que o debate sobre a saúde mental se estendesse por toda a América Latina. A declaração forneceu a justificativa ideológica para a reforma da saúde mental e suas recomendações estimularam a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental dando organicidade e sustentação institucional aos movimentos

⁶ . As Conferências devem ocorrer a cada quatro anos e contar com a participação paritária da sociedade e de representantes de governos e serviços de saúde. Já os Conselhos são órgãos representativos de caráter permanente e com função deliberativa.

reformistas do continente. O documento foi fundamental para as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, pois seu texto determina que:

Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990)

Hirdes (2009) considera a Declaração de Caracas,

Um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado "Declaração de Caracas". Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009, p.02)

O Brasil aderiu no ano de 1992 à Declaração de Caracas e, a ela se articulou com um movimento de trabalhadores de saúde mental que defendiam uma nova proposta de ação para a saúde mental. Esta proposta parte da preocupação de envolver profissionais e usuários para a realização de alterações nas instituições psiquiátricas, no cotidiano e na sociedade em que estão inseridos. Tal movimento resultou na Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. Esses serviços tornam-se instrumentos para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária das instituições de saúde mental, em seus aspectos econômicos e sociais.

A reforma psiquiátrica alcança a aprovação na Lei 10.216/2001, que garante o acesso da população aos serviços de saúde mental e o respeito a seus direitos e à liberdade. Esta legislação representa a mudança do modelo de tratamento voltado à

saúde mental até então concentrado em internações em hospitais psiquiátricos. Agora o sujeito passa a ter garantido o direito de convívio com a família e comunidade. O atendimento passa a ser realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos pela reabilitação dos doentes mentais através da socialização, de atividades grupais e de maior participação dos pacientes em seu tratamento fora dos hospitais.

A Lei nº 10.216 redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamentando o cuidado especial com as pessoas internadas por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação voluntária arbitrária ou desnecessária. Essa lei manifesta a cidadania e dignidade do portador de transtornos mentais, cuja aplicação deve se dar sem preconceito de qualquer espécie. Seu segundo artigo declara:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001)

Dessa forma, a Lei 10.216 traz uma inovação importante ao regulamentar os tipos de internação por transtorno mental que só podem ser feitas após laudo médico. São elas: internação voluntária, involuntária e compulsória, sendo a última cabível

apenas por determinação do juiz competente. Essa regulamentação afirma a internação como último recurso, vedando ainda a inserção em instituições com características asilares, além de buscar fortalecer os serviços substitutivos (RIBEIRO, 2010).

O acompanhamento da aplicação da Lei 10.216 é de suma importância, pois, as mudanças dependem também da participação da sociedade, do interesse dos profissionais envolvidos e da avaliação das transformações operadas. Afinal, somente a lei não faria as mudanças necessárias. Foi urgente a efetivação da proposta voltada à saúde mental pelos gestores, via municipalização das ações de saúde mental, como política do SUS. Sendo assim, a Lei 10.216 objetivou explicitamente inaugurar um novo modelo de cuidado da loucura, que se concretizaria dialética e paulatinamente a partir de sua promulgação.

De acordo com Delgado (1992), a reforma psiquiátrica além de aperfeiçoar e humanizar asilos, também garante a cidadania das pessoas com transtorno mental. Para o autor,

[...] nas últimas décadas, a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A expressão reforma psiquiátrica passa então a exigir uma adjetivação precisa, denotando um movimento que tem como característica essencial: no Brasil da restauração democrática, sua característica dominante é o repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita. (DELGADO, 1992 *apud* Tenório, 2001, p. 27)

Seguindo no processo de reforma psiquiátrica tivemos a criação da Lei 10.708 de 2003, conhecida como “Lei do Programa de Volta para Casa”, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações. Este benefício consiste em pagamento mensal de auxílio destinado aos pacientes egressos de internações por um período igual ou superior a dois anos cuja situação clínica e social indique a possibilidade de sua inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro, com expresse consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras

do programa. Além disso, é garantido ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental na rede de saúde local ou regional (BRASIL, 2003).

Aqui se estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, pois se impulsionou a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Inicia-se assim, no Brasil, a formalização dos centros de atenção diária, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e dos hospitais-dia, que haviam surgido na década anterior.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a reforma psiquiátrica no Brasil era identificada por dois movimentos simultâneos e paralelos: a criação e a implantação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva e a monitorização e a redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos existentes. Desta forma, a reforma psiquiátrica constitui um processo contínuo que envolve a construção e afirmação constante da cidadania dos pacientes com transtornos mentais através da garantia da sua liberdade.

Considerando que mudanças também se concretizariam no antigo modelo de instituições psiquiátricas, algo que seria pautado também na ideia recente de se proporcionar um novo tipo de atendimento ao indivíduo, agora estes seriam centralizados na comunidade e não mais em leitos hospitalares como antes. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental passa a ser objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também de toda a sociedade.

Os atendimentos passaram a ocorrer nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS, espaços que expressam as mudanças previstas para os serviços prestados aos usuários. O serviço funciona como filtro entre hospital e comunidade. As atividades desenvolvidas buscam integrá-lo à sociedade.

Dentre as modalidades de CAPS, temos: CAPS I, CAPS II, CAPS i, CAPS ad Álcool e Drogas, CAPS III e CAPS ad III Álcool e Drogas, que serão detalhados posteriormente no texto.

Hoje há no Brasil mais de 1.000 CAPS regulamentados pela Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde. Sendo assim, e de acordo com o conceito defendido

pela reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização⁷ não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos como os ofertados pelos CAPS. Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

O modelo de atendimento proposto faz com que os serviços se tornem dispositivos de apoio, de acolhimento e de cuidados embasados nas interações sociais, sem a necessidade de isolar as pessoas com sofrimento mental do seu meio social e do cotidiano. O tratamento em saúde mental deixa de ser o protagonista da relação, passando esse papel para o sujeito em sofrimento psíquico. Dessa forma, busca-se fazer com que o sujeito tenha condições de se tratar em seu meio familiar e social e participar de forma ativa de seu tratamento.

O conceito de desinstitucionalização, contudo, sofre uma verdadeira metamorfose, abrindo novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica. Segundo Amarante (1996), há três formulações importantes de desinstitucionalização: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e a desinstitucionalização como desconstrução.

A desinstitucionalização como desospitalização tem sido compreendida a partir de uma crítica ao sistema psiquiátrico. Questiona-se a centralização da atenção na assistência hospitalar. A desinstitucionalização está voltada principalmente para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência.

A desinstitucionalização como desassistência é, segundo o autor, o lugar onde estão incluídos determinados segmentos conservadores, resistentes a qualquer ideia sobre direitos de grupos minoritários. Neste sentido os interesses econômicos em jogo fazem com que representantes das instituições de internação se oponham à desinstitucionalização. Para Amarante (1996) a tendência contra a desinstitucionalização assume maior magnitude após o projeto de lei do deputado

⁷ . A desinstitucionalização, não é sinônima de desospitalização, refere-se a transformar as relações de poder entre pacientes e instituições, criando serviços com estratégias diferenciadas que possibilitem a ruptura com o modelo hegemônico de internação psiquiátrica. Assim como a desconstrução do conceito de doença, “retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência” (YASUI, 2006, p. 15).

Paulo Delgado (PL 3.657/89), que propôs a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência.

A desinstitucionalização como desconstrução está caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria. É nesta tendência que o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira se inspira. E este movimento, por sua vez, identifica-se com a trajetória de desinstitucionalização prático-teórica desenvolvida por Franco Basaglia, na Itália, no final da década de 1970.

Para Amarante (1996), a produção de Basaglia foi e continua sendo um marco importante de referência conceitual para os projetos de reforma psiquiátrica e para o redimensionamento atual da desinstitucionalização em psiquiatria. O autor aponta que "o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa e efeito, para voltar-se para a invenção da realidade enquanto um processo histórico" (AMARANTE, 1996).

Já, Rotelli (1990) vê a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade o deslocamento da ênfase no processo de "cura" para a "invenção de saúde" a construção de uma nova política de saúde mental, a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio, a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação, a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos e o maior investimento nas pessoas do que nos aparatos de atendimento.

No entanto, essa concepção sobre a saúde mental não é a única. Existem alguns setores que apostam em métodos de tratamento tradicionais, baseados na medicalização e isolamento dos pacientes e que muitas vezes entram em conflito com os adeptos de abordagens mais modernas. De acordo com o pesquisador Paulo Amarante (2016) os defensores do modelo manicomial corresponde a “alguém que conheceu a Reforma Psiquiátrica e foi um militante ativo contra esse movimento” (AMARANTE, 2016, p.02).

Ainda segundo Amarante (2016):

O grande interesse na resistência desses grupos que defendem a permanência do modelo antigo de tratamento psiquiátrico é econômico e financeiro. São donos de hospitais psiquiátricos que têm há dezenas

de anos essas instituições como fonte de renda, pois são serviços com baixo poder de regulamentação do público. (AMARANTE, 2016, p.02)

A criação dos novos dispositivos em saúde mental, através da reforma psiquiátrica brasileira e através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural.

A reforma psiquiátrica fez com que o lugar de tratamento de pessoas com transtorno mental se tornasse próximo do convívio familiar, dentro da comunidade. Trata-se de tornar possível um convívio real entre as pessoas com doenças psíquicas e a sociedade, criando enlaces no campo da saúde, do direito, da cultura e do trabalho. Esta mudança na forma de atender o portador de sofrimento mental é pautada por princípios para a organização dos serviços de saúde mental, trazendo a necessidade do deslocamento essencial da perspectiva da intervenção dos hospitais psiquiátricos para a comunidade. Ocorre o deslocamento do centro do interesse somente da doença para a pessoa e para a sua inabilidade social e o deslocamento de uma ação individual para uma ação coletiva, nos confrontos dos pacientes com seus contextos, que ganham operacionalidade na política nacional de saúde estabelecida a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O grande ganho da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a possibilidade de construir um novo estatuto social e as ações em prol do resgate e do estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito com autonomia e a reintegração do mesmo à família e à sociedade.

Esses novos compromissos no contexto brasileiro se converteriam em elementos de mudanças na estrutura anteriormente vigente, tendo como um de seus desfechos a consolidação, já no século XXI, de uma nova Política de Saúde Mental que levaria, mais uma vez, a ampliação do contingente de profissionais oriundos do serviço social nos serviços de saúde e saúde mental como um todo.

Neste contexto, o movimento de reforma psiquiátrica impõe novas demandas para todos os profissionais da saúde mental. Particularmente os assistentes sociais passam a contar com novas possibilidades de atuação nos espaços de saúde mental em razão da organização assumida por estes serviços.

A Resolução 287/98 do Conselho Nacional da Saúde reconhece o Serviço Social como uma das profissões da área da saúde. Em razão das suas competências a atuação dos profissionais do Serviço Social na equipe interdisciplinar é fundamental, pois contribui de forma enriquecedora e única na intervenção junto ao usuário, sujeito principal do atendimento multidisciplinar e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde – SUS (FERREIRA e ARAÚJO 2015).

Entretanto os muitos avanços conquistados na área da saúde promulgados pela Constituição de 1988 e os ganhos da saúde mental com este processo, tais avanços tem sido ameaçados desde os anos de 1990. Neste momento tem-se o advento do projeto neoliberal no Brasil e neste processo muitos dos recursos que deveriam estar voltados para programas públicos ou para o SUS são destinados à instituições privadas tendo em vista a política de desmonte do Estado em função de pautas econômicas. Observa-se então a prevalência de algumas instituições não alinhadas aos princípios debatidos e construídos pela Reforma Psiquiátrica.

Seriam necessárias políticas em função da abertura de novos serviços de atendimento à saúde mental no país. Vemos pouco investimento da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS e o pouco de avanço alcançado é permeado pela precarização.

1.1. A Proposta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O movimento de transformação no campo da saúde passou por importantes mudanças, caracterizadas pelo surgimento de novos serviços a partir de contexto histórico, político que permitiram a adoção de um novo referencial conceitual para a saúde e que refletiram também no campo da saúde mental.

O contexto de mudanças teve muitas contribuições de diversos eventos que ocorrem no período e que debateram e refletiram sobre os rumos da saúde mental tais como II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1989) e as duas Conferências Nacionais de Saúde Mental (em 1987 e 1992). As ações propostas na I Conferência e no II Encontro passaram a ocupar um lugar estratégico na denominada Luta Antimanicomial, tratava-se de chamar a sociedade para discutir e construir sua relação com o louco e a loucura.

Os agora chamados usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares tornam-se parte importante nas discussões, encontros e conferências tornando-se

fundamentais na ampliação do movimento de luta antimanicomial⁸. A efervescência das discussões sobre a saúde mental representava o esforço de uma nova forma de lidar com a loucura, por meio da desinstitucionalização. Tudo isto somadas à proposta do SUS e a Carta Constitucional de 1988 se abrem novos caminhos para a saúde pública no Brasil. Neste quadro o Ministério da Saúde regulamentou e implantou os Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) e Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) por todo país e em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei nº 3657/89 que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 1992).

O então projeto de lei contava com apenas três artigos: 1º) impedia a contratação ou construção de novos hospitais psiquiátricos; 2º) previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomial de atendimento” e 3º) estabelecia a obrigatoriedade na comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação. A proposta foi aprovada em 6 de abril de 2001, tornando-se a lei 10.216, um marco na reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

Todas estas mudanças foram fundamentais para a organização de novos tipos de serviços de atenção à saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil surgiram segundo Ribeiro (2004) com o intuito de “substituir uma saúde mental centrada no hospital por outra sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial, rompendo-se definitivamente com o modelo sanitarista” (RIBEIRO,2004, p.4).

O primeiro CAPS do Brasil surgiu na cidade de São Paulo, como um serviço alternativo às internações que se propunha a acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para pessoas com transtorno mental I.

No projeto de implantação destes equipamentos substitutivos aos serviços de saúde mental com modelagem manicomial, o CAPS apresentava como objetivos:

Criar mais um filtro de atendimento entre hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; (...) se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao

⁸ O esforço em torno do processo de desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental é comemorado no dia 18 de maio considerado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário (AMARANTE, 1998, p.82)

A década de 1990 viu amadurecer e consolidar os processos que compõem o cenário da Reforma psiquiátrica brasileira com uma crescente e nova mentalidade no campo psiquiátrico, a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas e os indícios de um novo olhar sobre a loucura no espaço social, um olhar não mais fortemente marcado pelo preconceito e o medo.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, P.08)

Neste período, entretanto, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. Em 1992 são adotadas novas normatizações do Ministério da Saúde que, embora regulamentem os novos serviços de atenção diária, não instituíram uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Ao final da década o Brasil tinha em funcionamento 208 CAPS, mas a maioria dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

Após 1992 diversas leis, baseadas no projeto de lei 3657/89, nos debates das Conferências Nacionais de Saúde Mental e na grande mobilização de movimentos sociais, buscavam garantir a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede de ações integradas na área de saúde mental. O Ministério da Saúde inicia assim, um processo de redefinição das políticas em saúde mental.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005, P.27).

Entre 1990 e 2003 observou-se o amadurecimento e a consolidação dos processos que compõem atualmente o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Nesses anos, financiaram-se ações em saúde mental, visando à criação de uma rede extra hospitalar composta pelos serviços substitutivos. Simultaneamente, também foram instituídas regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados (BERLINK, MAGATAZ & TEIXEIRA, 2008). Todas essas articulações culminaram na assinatura da Lei Federal nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Assim, os CAPS têm emergido como a principal estratégia para transformação do modelo asilar de assistência à saúde mental e para a garantia de direitos aos usuários, já que têm se constituído na rede como o "serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade" (TAVARES & SOUSA, 2009, p.254). Sendo assim, o CAPS é considerado um local de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, os quais justificam a permanência do paciente em um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde (BRASIL, 2004).

Em 2002 o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 336, que define as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, principal equipamento reformista, substitutivo do modelo hospitalocêntrico. Segundo esta normativa os CAPS são definidos como serviço ambulatorial, que funciona segundo a lógica do território, devendo priorizar o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

O território é entendido como a esfera da gestão da vida cotidiana da pessoa com transtorno mental. Limita-se assim, os espaços construídos e reconstruídos permanentemente como resultado do jogo entre diversos atores sociais. Desse modo, cabe à intervenção dos CAPS propiciar laços sociais e melhorar a vida cotidiana da pessoa com transtorno mental. O cuidado oferecido deve ir além da extinção dos sintomas, abarcando o lazer, as relações sociais, as condições de moradia, as atividades da vida diária, a esfera da geração de renda/trabalho, dentre outras.

O paradigma que orienta a nova perspectiva e prática circunscreve o amplo campo denominado de reabilitação psicossocial. Segundo Saraceno (1999, p.112), o

conceito de reabilitação social como um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes. Saraceno (1999) equipara o conceito de reabilitação psicossocial à cidadania, entendendo-os como sinônimos.

Desse modo, a pessoa com transtorno mental é restituída em sua integralidade e o foco da atenção dos profissionais de saúde mental se amplia para além dos sintomas e dos medicamentos, para as dimensões sociais da vida. Assim, os determinantes sociais do processo saúde-doença ganham ênfase e o social passa a ser uma dimensão que ganha evidência na intervenção de todos os profissionais de saúde mental.

O modelo assistencial psiquiátrico brasileiro encontra-se em processo de transição, de um modelo segregador, excludente, para um modelo de serviços aberto, comunitário e preservador da cidadania. Muito embora persista a coexistência de modelos hospitalocêntricos, um dos principais avanços é no reconhecimento da pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos.

Neste contexto, o próprio modelo hospitalocêntrico tem sido exigido para se modernizar. A institucionalização do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH – versão hospitais psiquiátricos (Portaria GM/MS 3.408, de 05 de agosto de 1998) materializa o investimento no sentido de “garantir a qualidade mínima necessária aos serviços de saúde”.

Mediante essas mudanças novos processos de trabalho são requeridos exigindo novas técnicas e tecnologias e novas formas de trabalho em saúde e, particularmente em saúde mental, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, no território de vida da pessoa enferma, atuação em rede sócio-assistencial, intersetorial, calcada no controle social, na promoção da cidadania e da autonomia possível de usuários e familiares.

Dessa forma os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, em que assumem o papel de articulador da rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e à saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Com as características de um atendimento que deve romper com o modelo de atenção manicomial e constituir

um serviço alinhado aos princípios do SUS, que promove assistência ampliada, centrada no sujeito e buscando garantir o acesso dos usuários aos serviços.

Os CAPS devem funcionar em área física específica e independente de qualquer área hospitalar, constituindo-se um serviço ambulatorial de atenção diária, com regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Este tipo de proposta considera que a especificidade clínica da população usuária, pela doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Portanto, organizam-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa frequentar o serviço diariamente.

São oferecidas uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por equipe interdisciplinar. Procura-se fornecer ao usuário a maior heterogeneidade de serviços e opções de atividades possível, seja nas pessoas com quem possa vincular-se seja nas atividades em que possa engajar-se. Dessa forma, segundo Tenório (2002, p.26), “o cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais”.

Os CAPS se constituíram na ampliação tanto na intensidade dos cuidados destinados às pessoas com transtornos mentais, quanto na diversidade de serviços ofertados, incluindo as especificidades de seus usuários e da cidade ou local onde estão inseridos. As modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de prática, que visa dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções que têm por objetivo assegurar sua reinserção no contexto social e familiar.

O CAPS é composto por equipe interdisciplinar composta por psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, monitores sociais, entre outros.

O contato mais imediato da equipe do CAPS com a realidade cotidiana do paciente ocorre através de entrevistas realizadas pelos profissionais com o próprio usuário ou com seus familiares. A entrevista permite o acesso a um conjunto de informações sobre o usuário que permitem a compreensão do fenômeno saúde-doença em termos ampliados e não se limitando à dimensão que define o processo de adoecimento em termos meramente biológicos.

Sendo assim o foco necessário para o diagnóstico, tratamento e cura abrange as dimensões emocional, familiar e social do paciente. Ao inserir-se no modo de vida do paciente, a causa da doença mental torna-se complexa e passa a exigir uma aproximação interdisciplinar, que a equipe do CAPS quando bem estruturada está apta a fazer.

Os serviços ofertados pelos CAPS propõem um funcionamento que tem como núcleo organizador a assistência, a reflexão sobre suas práticas e a transmissão de suas experiências a outros profissionais. Trata-se de uma dinâmica assistencial que pretende uma dupla instrumentalização: a dos profissionais que atuam neste campo, a fim de que possam lidar melhor com as patologias de maior complexidade, e a dos usuários, para a vida em sociedade.

A assistência é definida como de atenção integral, personalizada, exercida através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional, dentro de um enfoque multidisciplinar e pluri-institucional. O atendimento dos usuários está baseado em um projeto terapêutico singular e individualizado, ou seja, um planejamento do processo terapêutico em que o indivíduo e sua família estão envolvidos para a superação de suas dificuldades em razão a sua condição de saúde mental.

A intersectorialidade foi compreendida como aspecto fundamental à construção da rede de cuidados e de atenção na saúde mental, principalmente no que diz respeito à inclusão social dos pacientes e à articulação entre os diferentes locais onde eles são atendidos. A noção de intersectorialidade parte de um entendimento de saúde que considera as pessoas em sua totalidade, no sentido de demonstrar que ações resolutivas necessitam de parcerias entre diversos setores, como Educação, Trabalho, Habitação, Segurança.

Segundo a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, o CAPS deve possuir uma equipe multiprofissional constituída de psiquiatras, neurologista, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, monitores e estagiários, entre outros profissionais, sendo um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.

Percebe-se que a mudança de paradigma na atenção em saúde mental implica não só em práticas relacionadas estritamente à saúde, mas também em debates

sobre o sistema de saúde como um todo, por meio de relações interdisciplinares e intersetoriais que articulem os diversos aspectos envolvidos no cuidado e na atenção em saúde mental (LEÃO & BARROS, 2008).

Deve-se atentar para o fato de que os CAPS foram pensados não como um serviço institucionalizado, mas como estratégia de transformação do antigo modelo hospitalocêntrico. Os CAPS nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que propõem um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

No ano de 2012 entrou em vigor a nova Portaria nº 130/2012 do Ministério da Saúde trazendo modificações na regulamentação dos CAPS que devem passar a oferecer ações dirigidas aos familiares e estabelecer o comprometimento com a construção de projetos terapêuticos que visem a inserção social. Dessa forma, os tratamentos passam a ser, além de medicamentoso e de psicoterapia, ter a visita domiciliar e o atendimento à família.

Assim a nova organização dos serviços deve observar as seguintes determinações (BRASIL, 2012, p.17 a 21):

Tabela 1 Tipos de CAPS, equipe mínima e público-alvo dos serviços conforme quantidade de população referenciada.

Tipos de CAPS	Quantidade de população referenciada	Equipe mínima	Público-alvo
CAPS I	População entre 20.000 e 70.000 habitantes.	1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário, 4 profissionais de nível médio.	Pessoas de todas as faixas etárias.

CAPS II	População entre 70.000 e 200.000 habitantes.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.	Todas as faixas etárias, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
CAPS III	População acima de 200.000 habitantes e referência para um território com uma população de até 150.000 habitantes.	2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível universitário; 8 profissionais de nível médio.	Pessoas de todas as faixas etárias.
CAPS i II	População acima de 200.000 habitantes.	1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior; 5 profissionais de nível médio.	Crianças e adolescentes até 17 anos.
CAPS ad II	População acima de 70 000 habitantes.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, 4 profissionais de nível universitário; 6 profissionais de nível médio.	Pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, incluindo álcool.
CAPS ad III	População de 200.000 a 300.000 habitantes.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou	Pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais decorrentes do uso e

		formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário; 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio.	dependência de substâncias psicoativas, incluindo o álcool
--	--	--	--

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012)

Não há dúvidas de que a expansão da rede de CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. A cobertura assistencial vem melhorando progressivamente com a distribuição dos CAPS pelo país, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. A distribuição espacial dos CAPS ainda reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras, como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 2 Quantitativo de serviços da atenção psicossocial especializada por regiões do Brasil.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA						
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS INF.	CAPS AD	CAPS AD III
N	94	33	6	6	9	7
NE	501	144	22	45	84	25
CO	75	27	2	9	20	6
SE	274	200	55	108	135	29
S	191	84	7	42	67	21
BRASIL	1.135	488	92	210	315	88

Fonte: MACEDO, et al. (2017, P. 161)⁹

Conforme observa-se na tabela os dados indicam o Nordeste como sendo a região que concentra maior número de CAPS, independente da modalidade, seguido do Sudeste e o Centro-Oeste possui o menor número de serviços. Enquanto a distribuição dos CAPS I está mais concentrada no Nordeste e nas cidades de pequeno porte de forma geral, os CAPS II estão em maior quantidade no Sudeste e nas cidades

⁹ A tabela 1 foi retirada integralmente do texto “A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira”. Disponível em: *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 26(1), p. 161. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000100155&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 de julho de 2020

de médio pequeno porte e médio porte, em função dos parâmetros populacionais de implantação (acima de 15 mil habitantes no caso do CAPS I, e acima de 70 mil para CAPS II) (Brasil, 2011c).

Macedo (2017) ao apresentar o quadro sobre a atenção psicossocial especializada por regiões analisa que:

O processo de regionalização da saúde no país enfrenta inúmeros obstáculos devido à enorme desigualdade das condições socioeconômicas e à diversidade territorial nas diferentes regiões. Há particularidades em relação aos arranjos populacionais, bem como em termos do perfil de morbimortalidade que não podem ser desconsiderados quando se planeja a cobertura em saúde de forma regionalizada e equitativa. A desigualdade de condições das regiões não está descolada também das desigualdades observadas quanto à oferta de serviços, de infraestrutura física e de recursos humanos qualificados nas mesmas. (MACEDO, et al. 2017, P.168)

Ainda segundo este autor as especificidades de cada região vão consequentemente impactar na quantidade e qualidade do acesso e utilização dos recursos de saúde, na capacidade resolutiva das equipes, no cuidado continuado e na atuação no território.

Sobre os serviços prestados pelos CAPS destaca-se o atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, o acolhimento e atendimento as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, a promoção da inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, a regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, o oferecimento de suporte a atenção à saúde mental na rede básica, a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, a articulação estratégica com a rede e a política de saúde mental numa determinada área de abrangência e a promoção da reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012). Dessa forma, o CAPS será o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a

trajetória do seu tratamento. O serviço deixa de ser complementar ao hospital psiquiátrico, sendo substitutivo a esses serviços como foi previsto em sua criação.

As ações dos CAPS são realizadas de forma coletiva, em grupos, mas também ocorrem atendimentos individuais. Há ainda ações destinadas às famílias e ações comunitárias, que podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios.

De acordo com a Portaria MS/SAS nº 854/2012 (BRASIL, 2012^a) os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) devem acompanhar o usuário em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana e ultrapassar o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. Para a execução dos PTS os profissionais podem ser compostos de diferentes formas, de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, utilizando das seguintes estratégias:

Tabela 3 - Descrição das estratégias realizadas no Centro de Atenção Psicossocial.

PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
Acolhimento inicial	Consiste no primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada.
Acolhimento diurno e/ou noturno	Ação realizada nos CAPS objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
Atendimento individual	Atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva.
Atenção às situações de crise	Ações entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos e vivências causam intenso sofrimento e desorganização.
Atendimento em grupo	Ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.
Práticas corporais	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
Práticas expressivas e comunicativas	Estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos.

Atendimento para a família	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas.
Atendimento domiciliar	Atenção desenvolvida na moradia da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.
Ações de reabilitação psicossocial	Ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.
Promoção de contratualidade	Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana (casa, trabalho, contextos familiares, sociais, etc.) com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.
Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares	Atividades que fomentem a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede. É uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência	Apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental.
Ações de redução de danos	Conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
Acompanhamento de serviço residencial terapêutico	Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório	Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.
---	---

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012)

Dessa forma e de acordo com as estratégias de atendimento apresentadas acima podemos dizer que as práticas dos CAPS podem ser realizadas em ambiente de acesso a todos, acolhedor e inserido nos territórios dos municípios.

Segundo o Ministério da saúde os principais desafios da efetivação da reforma psiquiátrica no país são a acessibilidade e a equidade. Além da formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. Em várias localidades do país existe muita dificuldade para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos.

O essencial da reforma são as práticas de cuidado destinadas aos usuários da saúde mental visando à manutenção na vida social e que ele possa nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica exercer-se como sujeito. A adesão aos valores da reforma, contra a segregação social do usuário da saúde mental não deve nos impedir de reconhecer a tensão contida no binômio sociedade/doente mental. Deve-se reconhecer aí, a base do trabalho dos profissionais dos CAPS para que se possa fazê-lo com eficiência e para que oriente suas ações.

1.2. Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes

A criação de uma política de atenção à saúde mental específica para a população infantojuvenil está inserida no contexto macro do processo de reforma psiquiátrica e de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental. Antes do século XXI não existiam no Brasil políticas de saúde mental pensadas e planejadas para as crianças e os adolescentes. Até então as redes de cuidado voltadas ao público infantojuvenil ficavam a cargo das áreas da educação e do serviço social, que tinham

ações mais corretivas e reparadoras do que focadas nas reais necessidades biopsicossociais¹⁰ de cada indivíduo.

As crianças e os adolescentes com problemas mentais eram subjugados ao Estado, que pregava uma política de proteção social por meio de institucionalização em sistemas psiquiátricos asilares. (COUTO , 2004)

Como buscamos demonstrar, as mudanças e ampliações mais significativas ocorridas na área da saúde no Brasil tem como marco histórico a Reforma Sanitária, ocorrida no início da década de 1970, que envolveu todos os profissionais da saúde na busca por melhores condições de vida da população. O desenvolvimento dessa nova concepção de saúde decorreu tanto da Reforma Sanitária como da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e encorajou os profissionais da saúde mental a construir sua própria reforma, a Reforma Psiquiátrica com o intuito de rever tanto o tratamento quanto os direitos e a reinserção social das pessoas com algum transtorno mental.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira adquiriu aparatos de vital importância no final da década de 1990, com a regulamentação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e o surgimento dos serviços denominados residências terapêuticas já citadas anteriormente.

Outro avanço importante na consolidação de leis para proteção e assistência de crianças e adolescentes foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado através da Lei n. 8069/90. Esta legislação afirmou os direitos de crianças e adolescentes por meio do paradigma de proteção integral, reforçando o caráter de prioridade absoluta dos seres humanos em desenvolvimento, sob responsabilidade do Estado em atuação conjunta com a sociedade e as famílias. Nesse sentido, o art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, (Lei n.8.069/1990) dispõe que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL,1990)

¹⁰ Compreendida aqui como a saúde e a doença como resultado não somente da interação dos fatores biológicos do organismo do indivíduo, mas também do ambiente em que vive e das suas relações sociais (ENGEL, 1977)

Dessa forma, podemos dizer que as reflexões da Reforma Psiquiátrica e os mecanismos normativos que surgiram em razão desta, juntamente com o ECA e o SUS formam o arcabouço central das políticas públicas voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes, tendo a intersetorialidade como fundamento principal das ações de cuidado.

A saúde mental da criança e do adolescente assumiu maior destaque com a promulgação da Lei n. 10.216/2001 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (2001) foi crucial para levantar novas discussões voltadas a esse público. Ambas elevando o patamar de institucionalidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, ampliando o alcance de suas ações e o horizonte de aplicação de seus princípios. Com essa lei a saúde mental passou a constituir-se como uma política de Estado ancorada na defesa dos direitos de cidadania dos pacientes mentais e não apenas como um programa de governo.

Com a III CNSM o campo da saúde mental viu a validação do anseio social pela substituição no país do modelo de tratamento baseado na centralidade do hospital pelo modelo comunitário de atenção. O evento (Brasil, 2002^a) priorizou a saúde mental de crianças e adolescentes e buscou destacá-los como sujeitos plenos que podem se desenvolver, socializar e aprender. Neste sentido considerou que crianças e adolescentes, também são atravessados por problemas relacionados às suas histórias de vida e experiências particulares e expressam transtornos, sofrimento e adoecimento mental em acordo com sua idade diferentes dos adultos e desta maneira também devem ter o direito de serem cuidados.

Dessa forma, o evento levou municípios e estados a abrirem um amplo debate sobre a questão e convocou o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, afirmando a necessidade de esse cuidado ser pautado no reconhecimento delas como sujeitos psíquicos e de direitos.

As principais deliberações aprovadas na III CNSM indicaram a direção proposta pela sociedade ao Estado brasileiro para a construção da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) a observar os seguintes elementos: a) a SMCA deveria se orientar pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica; b) a criança e o adolescente deveriam ser considerados sujeitos psíquicos e de direitos; c) a política de SMCA deveria integrar a política geral de saúde mental, ter caráter intersetorial e orientar a construção de uma rede de cuidado, de

base territorial, sensível às particularidades das crianças e adolescentes e às peculiaridades dos municípios; d) a lógica do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (naquele momento, regulamentado apenas para atendimento de adultos) deveria ser estendida ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais; e) a intersectorialidade deveria ser a marca distintiva e estruturante da organização da rede de cuidados em SMCA; f) as ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização e institucionalização do sofrimento mental em crianças e adolescentes, que reduziam os problemas advindos da precariedade social a transtornos mentais; e, g) as práticas de atenção deveriam se opor à finalidade de controle e ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente (BRASIL, 2002a).

Ficou estabelecido que as ações prioritárias do SUS deveriam observar: a) a criação de dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, seguindo a lógica dos CAPS; b) a inclusão na pauta da SMCA os problemas da institucionalização de crianças em abrigos da assistência social e filantrópicos, especialmente os destinados às pessoas com deficiência, com vistas à superação definitiva desse processo; c) a priorização do atendimento na rede de atenção psicossocial os casos de maior gravidade e complexidade; d) a realização de mapeamento nacional sobre os serviços existentes nos diferentes setores públicos ligados à assistência de crianças e adolescentes, incluindo os filantrópicos e do judiciário, de modo a dimensionar os recursos existentes, possibilitar seu melhor aproveitamento nas redes locais e superar os descaminhos da institucionalização; e, e) a criação de mecanismos efetivos de participação, com composição intersectorial, incluindo trabalhadores, representantes da sociedade organizada, familiares e usuários para a formulação, acompanhamento e monitoramento da política de SMCA, nos moldes de um fórum interinstitucional a ser implantado nos municípios, estados e na esfera federal do SUS.

As deliberações da III CNSM deixam clara a aproximação com os princípios do ECA e da Reforma Psiquiátrica e ratificam a crença na possibilidade de um Estado que privilegie a proteção e o bem-estar social. Além disso indicam a incidência, pela primeira vez na história da saúde mental, da alteração estrutural operada na análise dos problemas relacionados aos cuidados com as crianças e os adolescente no Brasil. Neste sentido, portanto, podemos considerar que, o CAPSi foi o primeiro resultado concreto advindo do reconhecimento da criança e do adolescente com problemas de saúde mental como sujeitos psíquicos singulares.

Apesar de todos os avanços assinalados, no entanto o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), equipamento público voltado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, só foi normatizado pelo Ministério da Saúde em 2002, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Vale destacar que, nessa modalidade de CAPS para que a plena atenção à saúde mental de criança e adolescente se torne uma realidade no país é indispensável o envolvimento da rede de cuidados à saúde e da sociedade como um todo, englobando educação, justiça social e lazer.

Os CAPSi devem desenvolver o trabalho em rede pautado na noção de clínica ampliada e na lógica da atenção diária a crianças e adolescentes. As ações são realizadas por equipes multiprofissionais com o propósito de oferecer acompanhamento clínico e promover a reinserção social, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários de seus usuários. Afinal busca-se que crianças e adolescentes encontrem no CAPSi um espaço de cuidado e de atenção que promovam a saúde, a autonomia e o aumento da participação social. Essa deve ser a ação principal a ser empreendida por profissionais, gestores e sociedade. O serviço deve, portanto aproximar as políticas executadas à vida comunitária e aos serviços que, localizados nos territórios, têm a responsabilidade concreta pela transformação das relações entre os processos de saúde e doença de crianças e adolescentes, e suas possibilidades de exercício de ampliação de vida e de condições de construções de experiências mais coletivas e emancipatórias.

No campo da atenção à saúde mental infantojuvenil são notórios os avanços produzidos nas diferentes dimensões, com destaque para a criação e expansão dos serviços para essa população garantidos por meio da legislação e para as mobilizações sociais e políticas na busca por garantir a escuta e a voz de crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico.

Atualmente o campo da atenção psicossocial no Brasil vive uma crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica. O modelo de cuidado em saúde mental, pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, por muitos anos avançou lentamente tendo a rede de serviços de base comunitária e o orçamento para estes serviços crescendo pouco a cada ano. No entanto, a partir do ano de 2016 temos presenciado um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (DELGADO, 2019).

É impossível não constatar que muitos desafios encontrados para a efetivação da Reforma Psiquiátrica são produzidos pela crise econômica e política pela qual estamos atravessando, não só “crescentes desafios, mas retrocessos”, que segundo Vasconcelos (2016): “[...]são gerados pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial no final da década e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS. (VASCONCELOS, 2016, p.41)

Desse modo vimos que é esta perspectiva neoliberal, elitista e conservadora da atual política brasileira, que descuida das políticas afirmativas e assistenciais das classes populares, as quais necessitam e recorrem às políticas públicas de saúde mental, sendo o CAPS atingindo diretamente perdendo insumos e apoio.

Podemos dizer que o marco inicial dessa mudança política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Ela veio reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS.

Para Flash (2018), as medidas da Resolução 32 batem de frente com os propósitos da Reforma Psiquiátrica e aumentam recursos para o atendimento hospitalar.

É possível perceber que a proposta está pautada em medidas que fortalecem o tratamento na perspectiva da internação, ou seja, fora dos espaços de convivência e vida das pessoas, se configurando, na minha opinião e na dos numerosos coletivos que se manifestaram de forma contundente assim que a nova política se tornou pública, como um grande retrocesso clínico e político. (FLASH, 2018, p.03)

A Resolução 32 tem pontos críticos que vão de encontro com a proposição da Reforma Psiquiátrica que são:

- . A manutenção de vagas em hospitais psiquiátricos;
- . Os Hospitais Gerais poderão utilizar até 20% de sua capacidade para alas psiquiátricas (Essa ênfase na internação, com incentivo ao aumento de leitos, diminuindo o investimento nas estratégias de re-habilitação psicossocial desses sujeitos);
- . Os ambulatórios de Saúde Mental, que também não tinham mais lugar na RAPS, serão fortalecidos com a proposta de criação de equipes de assistência

multiprofissional em saúde mental de média complexidade (o retorno dos ambulatórios especializados desconstrói a lógica de cuidado no território, marcada pelo acolhimento, vínculo e responsabilização dos sujeitos acompanhados integralmente pelas equipes da atenção básica, em parceria com os serviços territoriais de Saúde Mental);

. Ampliação de Comunidades Terapêuticas credenciadas, de 4 mil para 20 mil, com enorme aporte de recursos (A internação nas diversas modalidades propostas – Hospital Psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas e grandes enfermarias em Hospitais Gerais parece ser o novo carro-chefe da ‘nova-velha’ política de saúde mental proposta).

Sobre as mudanças na Política de Saúde Mental aprovadas em dezembro de 2017, Amarante (2018) comenta:

Trata-se de uma resolução que vem de um governo fruto de um golpe de Estado, então, evidentemente, um governo que representa interesses perdedores da democracia nesse período todo e que está recuperando seus interesses de uma política que volta a privilegiar o modelo manicomial, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa, da indústria da doença, da indústria da loucura, que perdeu 60 mil leitos no país, substituídos insuficientemente, diga-se de passagem, por CAPS [Centros de Atenção Psicossocial] e outros recursos. E uma proposta que representa um grande retrocesso porque retoma um investimento muito grande no manicômio, nas comunidades terapêuticas, no modelo ambulatorial – que é medicalizante, individualizante, parte da ideia de que a doença é do indivíduo, com aquela consulta que é basicamente prescrição de medicamentos. (AMARANTE, 2018, p.05)

O texto da resolução afirma que leva em conta a lei federal 10.216/2001 (Brasil, 2011); no entanto, traz o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste.

Ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma nova orientação do modelo assistencial, que é anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária.

Portanto, podemos concluir que, o debate sobre o modelo assistencial faz-se urgente, e deve ser realizado em busca dos melhores caminhos para enfrentar os enormes desafios da atenção psicossocial.

Estamos sob o comando de um governo austero que vem tomando medidas que tiram os direitos conquistados pelos brasileiros e garantidos através da constituição de 1988 como: saúde e educação públicas garantidas pelo Estado.

O CAPS, enquanto um dispositivo do SUS, é diretamente impactado por todas as consequências advindas da conjuntura neoliberal, ameaçando os serviços prestados aos usuários. Estas mudanças na política de saúde mental representam uma séria ameaça às diretrizes que norteiam a Reforma Psiquiátrica.

1.2.- O Serviço Social na Saúde Mental

Compreender o Serviço Social no âmbito da Saúde Mental exige direcionar o olhar para o entendimento do Serviço Social como profissão na área da saúde OU SAÚDE MENTAL. A relação entre Serviço Social e saúde MENTAL surge ainda em meados de 1946. As primeiras instituições a terem Assistentes Sociais foram os Centros de Orientação Infantil (COI) e os Centros de Orientações Juvenis (COJ), instituições voltadas para a infância que tinham a finalidade principal o estudo de técnicas de trabalho e o treinamento de pessoal no campo da ajuda psicológica aos adolescentes desajustados e seus responsáveis.

Vasconcelos (2002) destaca que a ação do Assistente Social nestas instituições era bastante reduzida e seu trabalho profissional apresentava-se de modo subalternizado em relação a outros profissionais. Segundo a autora o Assistente Social atuava de maneira totalmente acrítica, exercendo seu trabalho sob uma visão assistencialista. Suas ações voltavam-se principalmente para levantamentos de dados sociais dos usuários e seus familiares; confecção de atestados sociais; encaminhamentos para a rede sócio assistencial e difusão de informação e orientação social, sobretudo para regularizar a documentação e acessar benefícios sociais e aposentadorias.

De acordo com Moura (2015) o serviço social nessa época era considerado como clínico e diagnóstico:

[...] possuíam um caráter de “Serviço Social Clínico”, em que se predominavam abordagens higienistas. Nesse processo, o Serviço Social atuava junto com as famílias do chamado “cliente” a fim de

ajudá-la a prover um ambiente adequado ao tratamento psiquiátrico da criança, além de fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, contato com os familiares para a preparação de alta, confecção de altas sociais e encaminhamentos. (MOURA, 2015, p.03)

Quanto ao trabalho do assistente social nas instituições psiquiátricas e segundo Bisneto (2007) a inserção de assistentes sociais se deu em meados da década de 1940 e apresentava um objetivo que não tinha como centro a problemática da saúde mental, mas a sua atuação era frente aos problemas relacionados à pobreza. Nessa época o estado estava sob o regime militar e a demanda que justificava a presença do Assistente Social no serviço de saúde mental era a necessidade de contribuir no controle e manutenção do estado ditatorial. Como aponta Bisneto (2007, p.25), “o Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda para as elites para atender aos ‘necessitados’”. Assim, na área da saúde mental, o desenvolvimento de políticas sociais também teve o objetivo de intervir nas questões que envolviam os trabalhadores que estavam desenvolvendo cada vez mais problemas ligados à saúde mental, devido às suas péssimas condições de trabalho e extensas jornadas. Dessa forma, a manutenção de assistentes sociais em instituições psiquiátricas tinha a finalidade de intervenção dos problemas que constituíam a sociedade capitalista.

Silva (2002, p. 29) ressalta que o Serviço Social brasileiro foi extremamente marcado por este período da Ditadura Militar, pois emergiu, durante este, uma vertente crítica que buscava a renovação profissional. Durante o regime militar o Serviço Social foi fortemente interpelado pela realidade social. Afinal os profissionais passaram a lidar com situações que levaram a categoria a repensar o seu papel social tendo em vista as condições de vida e trabalho da população-alvo das ações profissionais. Neste contexto a profissão passa a buscar novos referencias e estabelece um Movimento de Reconceituação que significou para o Serviço Social:

[...] um marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente [...] dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo- teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi. (IAMAMOTO 2015, p. 205-206)

O Movimento de Reconceituação do serviço social, ocorrido não só no Brasil, mas em toda a América latina, se caracterizou por um amplo movimento de reflexão sobre a profissão em diferentes níveis como o teórico-metodológico, técnico-operativo e ideopolítico. Todo este processo resultou no Brasil na emergência de três vertentes principais, a Modernização Conservadora, a Reatualização do Conservadorismo e a Intenção de Ruptura (NETTO, 2005). As duas primeiras propostas reforçavam, em diferentes aspectos, a atuação conservadora. Enquanto que somente a última tendência, a Intenção de Ruptura, apresentava uma proposta de Renovação para a profissão estabelecendo conseqüentemente um novo projeto profissional, comprometido com as demandas e interesses dos trabalhadores e das camadas populares usuárias das políticas públicas. (YAZBEK; MARTINELLI & RAICHELIS, 2008, p.16).

Diante disso Barroco (2010) afirma que neste período ocorreu a incorporação de possibilidades teóricas inovadoras para a profissão. De um lado, pela revisão crítica que ocorre no campo das ciências sociais; de outro, pela apropriação de correntes filosóficas vinculadas ao pensamento cristão progressista e pela interlocução com a tradição marxista, posta pela reconceituação. Assim foi no bojo deste movimento e em seus desdobramentos históricos que se definiram e se confrontaram diferentes tendências na profissão que incidiram nos seus fundamentos teóricos e metodológicos e na direção social da intervenção profissional. Dessa forma podemos dizer que o Serviço Social com o Movimento de Reconceituação, e mais especificamente a partir da renovação da profissão, realizou uma aproximação com os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica.

Vasconcelos (2008) analisa que a Reforma Psiquiátrica resultou no rompimento com saberes tradicionais, de forma que abriu espaços para práticas interdisciplinares. O autor ressalta que, “embora as profissões possuam uma identidade própria, com cultura, prática, estratégias e saberes diferenciados, as equipes de profissionais vêm encontrando condições de reelaboração profissional sendo mais flexível ao trabalho interdisciplinar “. (COUTINHO & SANTOS, 2016, P.96-97)

Nesse contexto, segundo Guimarães (2013):

O profissional não deve buscar apenas técnicas para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade

nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo. (GUIMARÃES apud, 2013, p. 6)

Bisneto (2007) evidencia que foi a partir das conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica que se abriu um vasto campo de atuação para o Serviço Social. A abertura de vários serviços alternativos a internação psiquiátrica fez com que o campo de atuação que vai tratar da loucura se ampliasse passando a requisitar outras áreas de conhecimento e profissões com saberes diferenciados daqueles inerentes apenas a psiquiatria. Tudo isso fez surgir a obrigatoriedade de diferentes profissionais na política de saúde mental, incluindo aí o assistente social, para compor equipes especializadas em saúde mental.

Com o surgimento dos CAPS, serviços substitutivos à internação psiquiátrica, novas propostas são desenvolvidas para um melhor tratamento das pessoas com transtornos mentais com um modelo de atenção descentralizado de atendimento proposto para a saúde mental e voltado para o usuário. Entre essas propostas apresenta-se o trabalho multiprofissional nas instituições com o objetivo de possibilitar um atendimento integrado aos usuários da política de saúde mental e entre os profissionais que vão compor as equipes multiprofissionais está o Assistente Social.

Rocha (2012) observa que este novo modelo de atendimento fez com que os/as assistentes sociais buscassem alcançar um melhor desempenho no agir profissional ao atender as demandas postas ao mesmo tempo em que a saúde inaugurava um novo modelo de atenção e a saúde mental passa a buscar a reabilitação psicossocial dos sujeitos com sofrimento mental (ROCHA, 2012). Conforme observa este autor:

A construção de um modelo de atenção descentralizado, no qual o manicômio não é o dispositivo central da rede de serviços, demanda cada vez mais a necessidade de profissionais comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, potencialmente capazes de contribuir para a materialização da política de saúde mental. (ROCHA, 2012, p.40).

Segundo Vasconcelos (2000) partindo das mudanças ocorridas na profissão era preciso basear o processo de trabalho na lógica da ação territorial, ação grupal e no trabalho em equipe. Era necessário organizar o trabalho de modo que a atuação profissional se articulasse com a proposta de trabalho multiprofissional e

interdisciplinar, para que o usuário pudesse ser visto nas suas maiores dimensões, e não apenas em ótica médica, da enfermidade e dos sintomas. Com isso podemos dizer que o assistente social, se insere como parte indispensável de técnicos que compõem as equipes multidisciplinares em saúde mental, trabalhando para a compreensão do caráter social do processo saúde/doença.

Nos anos de 1990, a implantação deste modelo descentralizado de assistência em saúde mental traz enormes desafios à contribuição do Serviço Social na Saúde Mental e para que o Assistente Social enfrente estes desafios que se institui com a Reforma Psiquiátrica, o seu fazer profissional passa a contar com o Código de Ética Profissional (resolução CFESS 273/93) e com a Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/93).

Novos processos de trabalho para o assistente social são requeridos exigindo novas técnicas e tecnologias e novas formas de trabalho em saúde e, particularmente em saúde mental. Trabalho esse realizado em equipe multiprofissional e interdisciplinar, no território de vida da pessoa enferma, na atuação em rede sócio-assistencial, intersetorial e no controle social para a promoção da cidadania e da autonomia possível de usuários e familiares.

Sobre a atuação do Assistente Social junto à equipe multiprofissional, Coutinho & Santos (2016) afirmam que:

O profissional precisa articular, não somente com a categoria profissional, mas também com a equipe multiprofissional, ampliando uma visão crítica acerca do processo de trabalho em saúde mental, da realidade social, da relação entre o desenvolvimento do capitalismo e a existência crescente de transtornos [...]. Exige-se, pois, a apreensão do sujeito em sua integralidade, considerando a relação com o meio em que está inserido. (COUTINHO & SANTOS, 2016, P.95-96)

Assim, segundo Bisneto (2007), é importante salientar que:

Historicamente, a entrada de assistentes sociais na Saúde Mental foi sobredeterminada pela criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico. Essas equipes não se constituíram apenas porque o Serviço Social seria uma nova forma de encaminhar o problema da loucura, mas também porque o Serviço Social atuaria como “apaziguador” das “questões sociais” emergentes na área manicomial e como barateador dos custos em assistência em geral. (BISNETO, 2007, p. 50).

De acordo com Ferreira & Araujo (2015) a atuação do assistente social na equipe multiprofissional é de suma importância devido as suas habilidades para atuar no acesso dos usuários aos serviços de saúde e na garantia de direitos da população:

Portanto, em razão do seu desempenho e saber profissional, sua atuação na equipe interdisciplinar é fundamental, pois contribui de forma enriquecedora e única no olhar “circular” e na intervenção “empática, acessível e resolutiva” junto ao usuário, sujeito principal do atendimento multidisciplinar e conseqüentemente do Sistema Único de Saúde – SUS. (FERREIRA & ARAUJO, 2015, p.21)

Sendo assim, o assistente social inserido na equipe multiprofissional poderá intervir na historicidade de vida dos usuários fazendo suas contribuições na equipe e agregando as contribuições das outras áreas ao seu fazer profissional.

O assistente social comumente é identificado pelos demais membros da equipe de saúde mental como o profissional que tem mais habilidade e competência para atuar diretamente com os grupos familiares. Neste sentido é demandado a realizar a orientação social, analisar a dinâmica familiar, fazer atendimento em grupo e realizar visita domiciliar.

Trabalhamos com famílias atuando no processo de viabilização dos direitos e dos meios de exercê-los. Requer considerar as relações sociais e a dimensão de classe que as conformam, sua caracterização sócio-econômica, as necessidades sociais e os direitos de cidadania dos sujeitos envolvidos, as expressões da questão social que se condensam nos grupos familiares, as políticas públicas e o aparato de prestação de serviços sociais que as materializam (CRESSRJ, 2004, p.39).

Para tanto o assistente social ao trabalhar com grupos familiares deve atuar de forma articulada com os demais setores, pois atuar em conjunto com as demais políticas públicas pode potencializar os resultados do trabalho realizado. Assim compreende-se que cabe ao Serviço Social, em ação articulada com outros segmentos que defendem a melhoria do SUS, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde.

É importante observar que a perspectiva de atuação aberta ao Serviço Social pelos projetos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica sintonizam-se com o direcionamento assumido pela categoria. Este ponto pode ser percebido por exemplo se considerarmos os princípios fundamentais descritos no código de ética dos assistentes sociais tais como o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes, a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, o posicionamento em favor da equidade e justiça social, o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças, a articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios daquele código e com a luta geral dos trabalhadores e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (CFESS, 1993).

Ao mesmo tempo_vale destacar que os aspectos ético-políticos presentes no Código de Ética do Assistente Social, não se esgotam somente em sua afirmação. É necessário que estejam mediados por estratégias e ações concretas, articuladas por uma competência teórica e técnica dos profissionais (BARROCO, 2004). Sobre isso Bravo e Matos (2009, p. 214) avaliam que uma atuação crítica e competente na área de saúde deve envolver, além do comprometimento com os princípios do Código de Ética da profissão, estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS. Nesta perspectiva cabe aos assistentes sociais facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, tentar construir e/ou efetivar espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas e elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido (BRAVO E MATOS, 2009, p. 214).

Esta mesma perspectiva compõe o texto “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2008. O documento é baseado nos fundamentos do SUS e reforça a relação do projeto da reforma Sanitária com o projeto profissional dos assistentes sociais. Em seu texto o documento ressalta a necessidade de

implementação do projeto da Reforma Sanitária e destaca os conceitos fundamentais para a ação dos profissionais na área da saúde como a concepção do conceito ampliado de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade. Neste sentido o material constitui importante contribuição para reflexão sobre a atuação de assistentes sociais na política de saúde. O texto ressalta o compromisso da categoria com a qualidade dos serviços prestados aos usuários e a compreensão de que a saúde é um direito de todos e somente pode ser concebida nesta lógica e como um dever do Estado.

Sendo assim os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) e o Código de Ética do Assistente Social (1993), juntamente com a lei de regulamentação profissional, as condições de trabalho, entre outros, configuram importantes norteadores para a ação profissional dos assistentes sociais na área da saúde que buscam o desenvolvimento de novas propostas para o fazer profissional.

Quanto a intervenção do Serviço Social na saúde mental (FERREIRA & ARAÚJO , 2015) avaliam que o assistente social é capaz de compreender a história do usuário e partindo disso acionar a rede socioassistencial com a intencionalidade de reinseri-lo em seu contexto sócio familiar:

A intervenção do Serviço Social na área de saúde mental é de grande relevância institucional, pois mediante o assistente social, que se (re)conhece a história de vida de cada usuário, por meio de instrumental específico da categoria, que viabiliza todo o seu traçado histórico, ou seja, procura-se resgatar a sua história, bem como seus projetos e interações. Após essa tentativa, busca-se intervir na rede social do usuário como forma de reinseri-lo em seu contexto sócio familiar, por meio da desmistificação da doença no meio social. (FERREIRA & ARAUJO, 2015, p.21)

Diante disso o Assistente Social é requisitado a atuar na política de saúde mental como um profissional que deve compreender o indivíduo em sua complexidade, considerando-o um sujeito interligado ao meio social e familiar e a atuar junto às demandas derivadas da sua condição de saúde:

Assim, faz-se necessário que o profissional consiga compreender o indivíduo em sua complexidade e para tanto, exige-se um posicionamento crítico, ao passo que, é preciso transcender às demandas imediatas que chegam e que estão voltadas para o adoecimento em si. Por isso, uma intervenção efetiva não deve

considerar apenas o sujeito e suas necessidades aparentes, mas enxergá-lo [...] superando os estigmas e construindo articulação com outros serviços da rede de saúde, educação, assistência, etc., com vistas alcançar a integralidade do atendimento aos usuários. (COUTINHO & SANTOS, (2016, P.102)

Desse modo espera-se que a pessoa com transtorno mental possa ser restituída em sua integralidade e que o foco da atenção dos profissionais de saúde mental se amplie, envolvendo não apenas os sintomas e o tratamento medicamentoso, mas também as dimensões sociais da vida. Neste quadro os determinantes sociais do processo saúde-doença ganham ênfase e o social passa a ser uma dimensão que ganha evidência na intervenção não só dos assistentes sociais, mas de todos os profissionais de saúde mental.

Portanto, o campo da saúde mental, para os profissionais de Serviço Social, é permeado de contradições, inerentes a dinâmica da sociedade de classes e da política social. No entanto esse mesmo campo é propício para a atuação que busca afirmar o projeto ético-político do Serviço Social, assim como a efetivação da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Para tal o assistente social deve atuar na compreensão do processo saúde/doença.

Assim, o Serviço Social ao pensar sua prática na saúde necessita compreender estas duas dimensões, fazendo leituras das demandas das instituições e dos usuários e identificar potenciais espaços de atuação, para evitar intervenções idealizadas, espontaneístas e restrita as relações interpessoais. (KRUGER, 2010, pg. 130-131).

Cabe ao assistente social, comprometido com uma atuação crítica, atuar na saúde mental buscando alcançar, além dos objetivos institucionais, enfrentar os desafios que se colocam na sua realidade de trabalho utilizando-se de sua capacidade crítica e reflexiva. Isto implica na busca pelo entendimento da relação do usuário com a sociedade que o cerca, isto envolve compreender a sua relação com a família e a comunidade afim de identificar e intervir nas situações que se configuram como demandas de sua prática profissional. Dessa forma o profissional estará colocando em prática o proposto pelo Código de Ética profissional, pois estará buscando garantir e consolidar o acesso das pessoas aos direitos, no caso, os usuários da saúde mental.

Segundo Ferreira & Araújo (2015) o trabalho do assistente social na saúde mental é de fundamental importância, pois o profissional do serviço social participa de todas as etapas de assistência ao usuário que vão desde o planejamento das ações, passam pela sua inserção ao serviço com vistas a atingir a sua reinserção social.

O assistente social participa de todas as etapas da atenção da saúde mental, desde o planejamento e execução das ações de promoção e prevenção das situações de risco de adoecimento mental, nas atividades de acolhimento, reabilitação e tratamento terapêutico até a consolidação da reinserção social do usuário. (FERREIRA & ARAÚJO, 2015, P.09)

Dessa forma podemos considerar que o assistente social inserido na política de saúde mental poderá intervir na historicidade de vida dos usuários a partir, tanto das suas contribuições à equipe como agregando as contribuições das outras áreas ao seu fazer profissional.

Assim, o seu desempenho junto à equipe não estará “só combatendo a doença, mas transformando de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeçaM de viverem outras coisas na sua vida”. (BRASIL, 2004)

Após refletirmos sobre a construção da política de saúde mental para crianças e adolescentes e sobre o papel do Serviço Social neste espaço, no próximo capítulo apresento os serviços da saúde mental voltado a este público no município de Ouro Preto. Mais especificamente trato do CAPS IJ e do trabalho do assistente social nesta instituição.

CAPÍTULO 2 - A Política de saúde mental em Ouro Preto/MG e o Serviço Social

No capítulo anterior, a partir de pesquisa bibliográfica, buscou-se construir a estrutura teórica que norteia este trabalho. Agora com o objetivo de consolidar a aproximação sobre a importância do trabalho do (da) Assistente Social no CAPS IJ no município de Ouro Preto/MG apresento as reflexões resultantes do recurso da observação participante, que permitiu conhecer o cotidiano dos profissionais, usuários e familiares, durante estágio supervisionado em Serviço Social naquele espaço. O trabalho se desenvolve buscando caracterizar a política de saúde mental em Ouro Preto, com destaque para o serviço de atendimento do CAPS IJ e para o trabalho do assistente social nessa instituição.

Cabe destacar que a observação participante, de acordo com Anguera (1985), “é uma técnica de investigação social em que o observador partilha, na medida em que as circunstâncias o permitam, as atividades, as ocasiões, os interesses e os afetos de um grupo de pessoas ou de uma comunidade” (ANGUERA, 1985, p.01). Assim sendo, o observador coloca-se como membro de determinado grupo, alvo da observação, coletando informações a partir da inserção no mesmo.

Durante o estágio a observação participante se deu durante o acompanhamento de todas as atividades realizadas pela assistente social, de seus atendimentos, acolhimentos, registros, visitas e ações dentro e fora da instituição. Ações essas que serão descritas nas atividades do assistente social no CAPS IJ e que correspondem à forma de organização e execução da mesma na instituição.

2.1- A Saúde Mental no município de Ouro Preto/MG

O município de Ouro Preto está localizado na região central do estado de Minas Gerais, na Região Sudeste do país. De acordo com o IBGE sua população estimada em 2019 era de cerca de 74.281 habitantes. O município conta hoje com 12 distritos: Amarantina, Antônio Pereira, Cachoeira do Campo, Engenheiro Correia, Glaura, Lavras Novas, Miguel Burnier, Santa Rita de Ouro Preto, Santo Antônio do Leite, Santo Antônio do Salto, São Bartolomeu e Rodrigo Silva.

Quanto aos cuidados da saúde mental da população, o município dispõe de 3 equipes de Saúde Mental: CAPSI, CAPSij e CAPS-ad, funcionando com as modalidades de atendimentos diários em regime não-intensivo, intensivo e semi-intensivo, atendendo como instituições públicas que devem atender pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os CAPS possuem uma equipe multiprofissional formada por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, monitores de oficina terapêutica (nível médio e superior), técnicos administrativos, além da coordenação e serviços gerais, podendo variar em quantidades de profissionais de acordo com o número de usuários de cada CAPS.

Segundo a Secretaria de Saúde do município¹¹ entre os princípios fundamentais dos CAPS estão a substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo

¹¹ Esta afirmativa pode ser acessada na página da prefeitura de Ouro Preto, pelo seguinte link: <https://www.ouropreto.mg.gov.br/>. Acesso em: 13 de Julho de 2020.

de atenção ao sujeito inserido no núcleo familiar e na comunidade, promovendo reinserção social e o funcionamento de portas abertas, atendendo a toda demanda referente à saúde mental.

O usuário de saúde mental no município poderá ser encaminhado por diferentes vias, tais como: médicos, escolas, pela Unidade básica de saúde, UPA, Hospital Geral, Policlínica, CRAS, CREAS, entre outros, ou poderá chegar ao serviço por demanda espontânea, onde será acolhido por um profissional de saúde mental e avaliado. Confirmado o “diagnóstico” é definido seu projeto terapêutico e o paciente é acompanhado.

Ainda segundo a Secretaria de Saúde do município, um dos grandes desafios dos dispositivos de toda Rede de atenção à saúde no município, principalmente a saúde mental é unificar os esforços para levar o atendimento de saúde a todas as pessoas, seja na área de prevenção ou atendimento. Para isso é necessário uma maior aproximação dos dispositivos de saúde, formulação conjunta de protocolos e fluxos, troca de experiências e capacitações. Além da saúde, os demais equipamentos públicos e não governamentais tem que ser provocados intensamente para ampliação da rede. Alguns já se fazem presentes como diversas secretarias municipais, poder judiciário e ministério público e conselhos municipais de saúde.

No município de Ouro Preto existe um grande número de casos de crianças com transtornos mentais, isso fez com que o Fórum Intersetorial da criança e do adolescente, espaço que conta com a participação do conselho tutelar, conselho da criança e do adolescente, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Ação Social criassem, no ano de 2008, o projeto de implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i).

O serviço foi implantado imediatamente após sua elaboração e iniciou o atendimento funcionando como Ambulatório da Criança e do Adolescente prestando assistência ampla e integrada às crianças e adolescentes com transtornos. A unidade oferecia cuidados clínico, psiquiátrico e de reabilitação psicossocial e educacional para os pacientes e familiares. Buscava-se promover a inserção dos usuários na família e na sociedade a fim de evitar ou diminuir as internações em hospitais psiquiátricos.

Esse foi o início da construção do CAPS para criança e adolescentes que desde o ano de 2008 se estruturou com excelência no tratamento desse público específico da saúde mental.

2.2- O CAPSIJ de Ouro Preto-MG

O Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil (CAPS IJ) é uma das Unidades de Saúde Mental do município de Ouro Preto. O CAPS IJ funciona, desde 2015, em uma casa alugada que pertence ao governo do estado de Minas Gerais e cedida à prefeitura de Ouro Preto na Rua Dom Helvécio, 423, no Bairro Cabeças. O serviço funciona de segunda a quinta-feira, das 7:00 às 17:00 e sexta-feira das 7:00 às 16:00. Trata-se de um serviço público com o papel de oferecer assistência a crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes.

A prestação dos serviços do CAPS IJ segue as determinações da lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em Ouro Preto a instituição atende atualmente cerca de 3000 crianças e adolescentes com situações de danos a sanidade mental de toda a sede do município de Ouro Preto e de seus 12 distritos. Os serviços são voltados também aos familiares ou responsáveis pelas crianças e adolescente atendidos pelo CAPS IJ.

A instituição recebe crianças e adolescentes encaminhados por diversos órgãos como escolas, Centro de Saúde, Conselho Tutelar, Ministério Público, entre outros. Os usuários passam pelo acolhimento realizado por todos os funcionários do CAPS IJ e são encaminhados para o serviço especializado (Psiquiatra, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo).

Em geral os usuário do CAPS IJ são crianças e adolescentes que não tem acesso à rede particular de saúde para realizar o tratamento. Poucos usuários do CAPS IJ são de classe média/alta, pois ainda existe muito preconceito quanto aos serviços ofertados pela prefeitura e vinculado ao SUS. O objetivo geral da instituição é o atendimento integral da criança e do adolescente com transtorno mental. Além disso, busca-se propiciar um espaço de tratamento que permita a reorganização pessoal e a reinserção social e educacional dos usuários.

O CAPS IJ se propõe a ser o serviço de saúde mental para crianças e adolescentes de referência da rede do SUS para atendimento dos casos graves em

saúde mental. Desta forma desenvolve ações de média e alta complexidade, além de oferecer atendimento em grupos, oficinas terapêuticas e acompanhamentos na comunidade. (MAGALHÃES, 2008)

Dentro das atividades propostas pelo CAPS IJ está a organização da demanda e construção de uma rede de serviços, da seguinte forma:

- .Construir articulações com a Santa Casa de Ouro Preto/ Hospital Geral e com a Unidade de Pronto Atendimento – UPA Ouro Preto para atendimento dos casos de maior complexidade ou de comprometimento clínico e servirem de suporte para o tratamento nos fins-de-semana, feriados e hospitalidade noturna quando necessário.
- .Incluir a criança e o adolescente em atividades comunitárias da rede social;
- .Incentivar alternativas para lazer, cultura, atividades físicas
- .Estimular a continuidade do Fórum da Criança e do Adolescente no Município, com a participação dos familiares
- .Incentivar a parceria com o Conselho Municipal da criança e do adolescente CMDA
- .Incentivar a parceria com o Conselho Tutelar da criança e do adolescente
- .Articular ações com as três esferas de poder: municipal, estadual e federal;
- .Articular ações para o atendimento integral da criança e do adolescente com transtornos. Por exemplo: com a Saúde bucal, com as instituições de ensino, com o CRAS, com PSF, moradia, assistência social, polícia, judiciário. Incluir e capacitar os profissionais para o acompanhamento escolar com educação inclusiva.
- .Construir um fluxograma institucional e os protocolos de atendimento e de referência e de contra-referência, de acordo com a complexidade do caso;
- .Estabelecer parceria com instituições e empresas locais para articulação de projetos voltados a criança e o adolescente;
- .Desenvolver atividades com as instituições de ensino, junto com as secretarias de Educação Municipal, Estadual e Federal;
- .Dar supervisão nas escolas de ensino regular, para desenvolver a educação inclusiva, e acompanhar os usuários do serviço nas instituições; que estão em acompanhamento no CAPSIJ. (MAGALHÃES, 2008)

De acordo com o Projeto de Implantação do CAPS de Ouro Preto (MAGALHÃES, 2008), o CAPS IJ deverá obedecer a alguns princípios básicos, tais como:

- Responsabilizar-se pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão

médico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas e a atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela com parcerias e uma assistência intersetorial e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço simultaneamente. (MAGALHÃES, 2008, p.04)

As necessidades de tratamento de cada usuário compõem um projeto terapêutico, elaborado pela equipe em diálogo com as famílias e que pode mudar a depender da evolução do quadro de cada usuário. Os projetos terapêuticos compreendem atividades organizadas de modo a atender os usuários que precisam passar o dia todo na Unidade, frequentá-la em parte do dia ou vir apenas para uma consulta. Os usuários que comparecem todos os dias estarão em atendimento de regime intensivo. Aqueles que têm atividades previstas em alguns dias da semana tem tratamento considerado em regime semi-intensivo e para aqueles que vão poucas vezes ao mês ao serviço, o tratamento se dá em regime não-intensivo.

As crianças e adolescentes que estão em tratamento recebem o acompanhamento de toda a equipe, de acordo com a necessidade de cada um. A família dos usuários participa do “grupo de família” que tem o objetivo de integrar os familiares ao tratamento, além de participarem de oficinas de artes e de receberem orientações sobre como lidar com os usuários considerando o tipo de adoecimento mental de cada criança e adolescente. Ocorre também a sua participação em eventos e datas comemorativas ao longo do ano na instituição.

No CAPS IJ são desenvolvidas diversas ações como atendimentos individualizados e grupais das crianças e adolescentes.

Nestes últimos os profissionais desenvolvem as oficinas terapêuticas com o objetivo de identificar as possíveis causas dos problemas apresentados à equipe e desta maneira podem elaborar respostas mais efetivas às demandas dos usuários. Além das oficinas terapêuticas, o CAPS IJ dispõe de diversas atividades terapêuticas como psicoterapia individual ou grupal, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias.

Para o desenvolvimento das ações o CAPS IJ conta com uma equipe de técnicos composta por 1 médico psiquiatra, 2 psicólogos, 1 fonoaudiólogo, 1 psicopedagogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 2 enfermeiros, 1 farmacêutico, 2 monitores, 2 secretários, 2 agentes administrativos e 2 auxiliares de limpeza. Conta também com os estagiários de Serviço Social, Medicina e Artes que são uma constante na instituição. Além da coordenação que se dedica ao cuidado da infraestrutura da unidade.

Cada um dos profissionais, de acordo com a área de competência de cada profissão, é responsável pela condução de algumas atividades individuais como acolhimento, triagem, atendimentos individuais, atendimentos à família e também atividades coletivas como a realização de diferentes tipos de grupos, oficinas ou atividades lúdicas e atendimento às escolas.

O espaço físico do CAPS IJ fornece a infraestrutura mínima para o desenvolvimento de todas as atividades oferecidas. Conta-se com 4 salas de atendimentos individualizados, uma secretaria, uma farmácia, uma sala de reunião, cozinha e uma pequena copa, uma sala social, um banheiro para funcionários e dois banheiros para o público em geral. Apesar de ser possível organizar o trabalho neste espaço isso ocorre de maneira insatisfatória. O Serviço Social, por exemplo, não conta com uma sala própria para os atendimentos individuais. A profissional tem que fazê-los nas salas que estiverem desocupadas no momento do atendimento ou até mesmo na sala de medicamentos, o que pode comprometer o seu trabalho, com a violação do sigilo profissional, além de causar constrangimentos e interrupções nos atendimentos. Além disso, não há arquivo privativo para que o assistente social possa guardar com segurança o material técnico sigiloso conforme prevê a resolução CFESS nº 493/2006.

Nas salas de atendimento individualizado também são realizadas as oficinas. Estas ocorrem dependendo da atividade, na sala de reuniões quando são para mais de um usuário ou na própria sala do profissional quando é uma atividade individual.

Em todas as salas existem armários com brinquedos e diversos materiais utilizados nos atendimentos individuais ou em grupo. Há um espaço externo bem grande que é utilizado quando possível para realização das atividades das oficinas quando estas envolvem brincadeiras ou muitos brinquedos. O espaço também é utilizado para os Grupos de Família, realizados pela assistente social.

As atividades terapêuticas são as principais formas de tratamento disponibilizadas aos usuários e são realizadas pelos psicólogos, psicopedagogos e técnicos de referência, de acordo com a idade e demandas dos usuários.

Os projetos terapêuticos dos CAPS devem ser singulares respeitando as diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. O CAPS deve considerar o cuidado intra, inter e transobjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradias, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial. (MAGALHÃES, 2008, p.05)

Sendo assim e, de acordo com o previsto no projeto do CAPS IJ, as crianças ou adolescentes atendidos são sempre acompanhados por algum membro da família. O cuidado envolve o paciente e o familiar, tanto no atendimento individual quanto coletivo. Por se tratarem de crianças e adolescentes que necessitam de um responsável tem-se a preocupação do responsável participar de todo o processo do tratamento para que melhor possa conduzir as ações necessárias ao tratamento, bem como se sintam amparados.

Conforme citado anteriormente a família do usuário também é acolhida pelo serviço. Assim os pais e/ou responsáveis são ouvidos por todos os profissionais da equipe. Compreende-se que o familiar é, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo, sendo considerados pelo CAPS IJ como parceiros no tratamento.

Enquanto as crianças e adolescentes estão em seus atendimentos individuais com psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo ou psicopedagoga, as outras crianças estão em oficinas terapêuticas e os familiares estão em grupos de família com a assistente social ou em oficina de artes com monitores.

Semanalmente acontecem reuniões de equipe para discutir os casos e demandas apresentadas com todos os profissionais da equipe, onde cada profissional em posse do prontuário ou da ficha de acolhimento repassa o caso para os outros e decidem juntos os melhores encaminhamentos a se fazer. Nessa reunião são decididos qual profissional irá acompanhar o usuário e em quais atividades de oficina serão inseridos. O acompanhamento destes espaços permitiu perceber que a equipe multidisciplinar funciona muito bem, com muito respeito e companheirismo entre os

profissionais. Cada um dos profissionais sabia ouvir e respeitar a opinião dos outros fazendo com que as decisões sobre o tratamentos dos usuários fossem tomadas conjuntamente e de acordo com a especialidade de cada um. Isto demonstra que ações desenvolvidas pelos profissionais do CAPS possui intencionalidade e por isso contam com planejamento para a sua execução.

A coordenação do CAPS IJ apresentou sintonia com os membros da equipe, uma vez que sempre apresentava as demandas coletivamente para a equipe avaliar e decidir como proceder. Não sendo percebido, portanto, uma postura autoritária.

As atividades que buscam a inserção do usuário em determinados espaços são realizadas com a colaboração de outras instituições por meio da articulação do serviço de saúde mental com as secretarias municipal, estadual, além do governo federal. Este tipo de ação acontece de acordo com a necessidade apresentada pelo usuário, seja ela relacionada a saúde ou de acesso a outros direitos. Busca-se com isso levar assistência integral às crianças e adolescentes, com transtorno psíquico ou com necessidade de suporte especializado.

Como a instituição realiza um trabalho em rede que, perpassa mais que o tratamento medicamentoso ou terapêutico, o atendimento no CAPS IJ contém uma dimensão educativa. Tal característica se coloca especialmente nas atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe do CAPS IJ junto às escolas do município. Participam destas atividades, além dos usuários, todos os estudantes das escolas atendidas.

A ação nas escolas se dá mediante solicitação da própria escola, do Conselho Tutelar, dos outros CAPS do município, da Secretaria de Educação Municipal ou Estadual, entre outros.

Quanto às atividades extras que acontecem no CAPS IJ têm-se as reuniões mensais com as redes de atendimento (Conselho Tutelar, Assistência do município, Fórum intersectorial da Infância e Adolescência, Conselho Municipal da Infância e da Adolescência) e parcerias com a Fundação de Arte de Ouro Preto (FAOP), Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Empresa INDALCO e o Projeto “CAPS IJ e a Educação” (MAGALHÃES, 2008).

Nas reuniões discutem-se os casos em andamento e dá-se o encaminhamento aos casos de maior complexidade, aqueles que precisam de providências extra-CAPS. São exemplo de tais situações os casos que envolvem a necessidade de indicação de cursos de artes na FAOP, busca ativa ou visita domiciliar com o apoio

do Conselho Tutelar, ajuda à família por intermédio da secretaria de assistência do município, internações, entre outros. Estas ações têm a característica de trazer para o cotidiano dos serviços a integração de políticas públicas, o que exige o empenho no diálogo e articulação com os diversos atores e recursos dos territórios para a efetiva produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos das pessoas em situação de vulnerabilidade, no contexto das políticas públicas promotoras de desenvolvimento local e inclusão social.

As reuniões entre a equipe do CAPS IJ e os serviços citados se mostraram relevantes ao trazer à tona discussões que diante de uma sociedade que estigmatiza pessoas com sofrimento mental, se tornam complexas e difíceis de conduzir. Nesses momentos os profissionais debatem com competência e seriedade sobre a política de assistência a crianças e adolescentes, trabalho infantil e crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade no município.

Por tudo isso pode-se dizer que o CAPS IJ promove a ampliação do serviço de saúde mental para a infância e adolescência em Ouro Preto. Os serviços prestados permitem que crianças e adolescentes com transtornos mentais tenham tratamento adequado e integral dos transtornos, deficiências, autismo, psicoses, neuroses e outros. Busca-se possibilitar aos usuários meios de perceber e seguir as regras vigentes de convivência na sociedade, na escola, no meio familiar e que possam exercer suas atividades sem serem excluídos do convívio social, familiar e educacional.

Há entre os profissionais do CAPS IJ a convicção de que a reinserção do paciente em seu meio familiar e social é condição fundamental para a sua cura. Esta postura percebe o tratamento e a cura como um processo que envolve não só a equipe de saúde, mas também o paciente e seu meio social e familiar. Partilhando desta perspectiva o serviço social atua na relação dos usuários com a sociedade e também como um viabilizador do acesso aos direitos garantidos constitucionalmente e oferecidos pelos diversos órgãos e serviços públicos. Além disso, o Serviço Social tem a possibilidade de inserir os usuários em espaços de reflexão e de contribuir no envolvimento das famílias em relação ao usuário e seu tratamento. Vejamos como isso se dá.

2.3- O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no CAPS IJ de Ouro Preto-MG

O Serviço Social é uma profissão que tem como objeto de atuação às expressões da questão social e suas múltiplas faces, que se manifestam através do preconceito, estigma, desemprego, falta de moradia, precarização do trabalho, dentre outras manifestações. As expressões da questão social são vivenciadas pelos variados sujeitos sociais entre os quais se colocam também as crianças e os adolescentes. Desta maneira, estes sujeitos e suas famílias são usuários dos serviços sociais nos quais se insere o Serviço Social.

O Serviço Social atua como viabilizador do acesso aos direitos, além de contar com a potencialidade para promover a participação dos usuários em espaços de reflexão e a promoção na interação com as famílias. No CAPS IJ o Serviço Social lida com diversas demandas que vão além daquelas relacionadas à assistência psiquiátrica. Na verdade as demandas se colocam mais fortemente vinculadas aos familiares dos usuários.

As principais demandas atendidas pela Assistente Social são relacionadas a prestação de informações e orientações sobre o acesso a benefícios assistenciais tais como orientação e encaminhamento sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e solicitação de vale-transporte para os usuários do serviço. Além disso, existe a necessidade de acompanhar a frequência dos usuários ao tratamento, neste sentido são realizadas visitas domiciliares e busca ativa.

A profissional do serviço social realiza ainda os Grupos de Famílias, acolhimentos, estudo social, atendimento às escolas, atividades comunitárias, campanhas socioeducativas, cadastramento socioeconômico e psicossocial para acesso dos usuários a diversos tipos de direitos, elaboração de relatórios e pareceres sociais quando solicitados principalmente pela justiça, notificação de ocorrências de situação de vulnerabilidade e risco social na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde, articulação intersetorial com a Rede de Atenção Psicossocial e Socioassistencial.

O acolhimento feito pela assistente social é organizado em duas etapas. Na primeira etapa ocorre uma conversa com o familiar responsável pelo usuário na qual são apresentados os serviços prestados pela instituição. Além disso, ocorre o preenchimento de um formulário com dados pessoais, sócio-econômicos e com a demanda relacionada ao usuário. Procura-se que o registro desta informação seja fiel ao relato do familiar e após o preenchimento do formulário é realizada a sua leitura

para o familiar a fim de que as informações colhidas estejam de acordo com aquilo que foi relatado. Logo após este procedimento pede-se permissão ao familiar para que seja realizada a segunda etapa do atendimento, que corresponde à uma conversa com o usuário, ou seja com a criança ou adolescente. A conversa busca perceber se o usuário sabe porque está ali e o que espera da instituição e dos profissionais.

Além dessas atividades a Assistente Social desenvolve atividades como Técnico de Referência (TR) tais como: marcação de consulta médica quando há necessidade, discussão de casos de usuários em reuniões técnicas, viabilização e orientação acerca de benefícios sociais para usuários e familiares, inserção de usuários em grupos terapêuticos e atividades externas (na comunidade).

A orientação e encaminhamento por parte da assistente social ocorrem por meio de atendimento individual do usuário e de seu familiar ou responsável através da escuta qualificada. Dependendo da demanda apresentada ou percebida pela profissional a intervenção pode resultar em uma orientação, explicação ou esclarecimento, solicitação de visita domiciliar ou institucional ou em um encaminhamento do usuário ou familiar ao serviço com condições de solucionar seu problema. É nesse momento que ocorre a articulação intersetorial em rede. O encaminhamento deve ser preenchido em formulário no qual especifica-se os dados dos usuários, o local para o qual o usuário deve ser encaminhado e o motivo do encaminhamento.

Para realização das ações referentes a alguns serviços realizados pela assistente social são necessários alguns instrumentos técnico-operativos, como: o relatório social, o parecer social, o questionário socioeconômico, a entrevista, o registro em prontuário e registro diário das atividades em formulário próprio do serviço.

O formulário de registro diário de atividades é o instrumento no qual são registradas todas as ações realizadas, assim como os objetivos, metodologias, demandas, providências, participantes e quem está envolvido. Esse instrumento é importante para dar continuidade às ações, detalhar informações específicas do usuário e é utilizado não só pela assistente social como por todos os profissionais da instituição.

Assim como os demais técnicos da equipe, a assistente social realiza o acolhimento duas vezes na semana. Durante o procedimento os profissionais, além de ouvirem o relato dos usuários e seus familiares, realizam o registro das informações relatadas em formulário próprio para posteriormente serem repassadas à equipe.

Após a inserção do usuário no serviço o seu caso será discutido pelos profissionais da equipe em reunião semanal. Neste espaço também ocorre a definição das oficinas terapêuticas para cada usuário de acordo com a sua faixa etária e necessidades observadas pela equipe. Nas reuniões de equipe os casos são discutidos por todos os presentes, profissionais do CAPS IJ, estagiários de Serviço Social e de Medicina, além de participantes externos à instituição que às vezes acompanham estas reuniões, tais como representantes de escolas, Conselho Tutelar, entre outros. Neste momento é requisitado ao assistente social o acompanhamento de alguns casos com ações específicas do serviço social, dentre elas, as mais solicitadas são a visita domiciliar e busca ativa.

Foi possível observar que durante a discussão dos casos pela equipe que não existe a preocupação de resguardar o sigilo das informações obtidas nos atendimentos. Isso ocorre com todos os profissionais. Mas considerando o previsto no código de ética do assistente social sobre o sigilo profissional parece haver um afastamento entre o previsto na legislação da profissão e aquilo que é executado nas reuniões de equipe em relação a divulgação de informações fornecidas pelo usuário. Sobre isso vale destacar que lê-se no Capítulo V do Código de ética profissional:

Art. 15 – Constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional.

Art. 16 – O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único – Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Art. 17 – É vedado ao assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 – A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade.

Parágrafo único - A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento.

Dessa forma, podemos dizer que, o sigilo profissional do Assistente Social é preconizado como um direito e que além de um direito também é um dever do

profissional, visto que deverá preservar informações para a proteção da integridade física e moral do usuário. Portanto, o dever do sigilo estará garantindo a dignidade da pessoa humana, com a preservação da sua intimidade para que não cause prejuízos na relação de confiança estabelecida entre profissional e usuário.

Sendo assim, o sigilo profissional é compreendido como direito e dever do/a assistente social. O/a assistente social toma conhecimento de aspectos íntimos da vida pessoal e privada dos/as usuários/as, tais como: questões familiares, violências, conflitos, questões judiciais, doenças crônicas e/ou transmissíveis, orientação sexual, uso de substâncias psicoativas ilícitas, entre inúmeras outras situações que fazem parte da história e dinâmica familiar, e por isso, é dever do/a profissional manter sigilo sobre os fatos que tomar conhecimento, a fim de evitar ferir ou prejudicar o respeito à intimidade, a honra e imagem e as garantias individuais dos sujeitos. Destaca-se que, de acordo com Sampaio e Rodrigues (2014, p. 86), “o sigilo profissional trata de uma informação a ser protegida, impõe uma relação entre privacidade e publicidade, cujo dever profissional se estabelece desde a se ater ao estritamente necessário ao cumprimento de seu trabalho, a não informar a matéria sigilosa”. (CRESS/SC, 2019)

Considero que resguardar o sigilo das informações prestadas pelos usuários tem sido um dos principais desafios postos ao serviço social no CAPS ij. Afinal percebe-se que se reflete nesta situação tanto a condição de trabalhador assalariado do assistente social, quanto à falta de reconhecimento das leis que subsidiam a profissão por parte dos outros profissionais. O acompanhamento deste espaço de discussão indica que existe grande dificuldade no cumprimento do código de ética da profissão, quanto ao sigilo profissional. Sobre isso considero que se torna importante fornecer à equipe informações acerca da legislação do Serviço Social.

No trabalho com o Grupo de Família, realizado pela Assistente social, pelas Enfermeiras e pelos estagiários de Serviço Social e de Medicina, são abordados assuntos tais como: orientação de benefício sócioassistencial, saúde da mulher, diferenças de gênero, inclusão, dificuldade de aprendizagem, influência do capitalismo nas relações, Dias das Mães, a importância do incentivo aos estudos por parte dos pais, vida saudável (alimentação/ exercício físico), Barragem/ Ocupação, História da

Reforma Psiquiátrica e os avanços no tratamento na saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), Depressão, Auto-extermínio, entre outros.

Os assuntos tratados no Grupo de Família algumas vezes são solicitados pelas famílias ou são trazidos pela Assistente social. Essa atividade ocorre enquanto os responsáveis aguardam as crianças e adolescentes, que estão em atividade nos grupos terapêuticos e atendimentos especializados. Sobre a participação do Serviço Social no Grupo de Família destaca-se o fato de que um dos papéis do serviço social é levar informação aos usuários quanto aos seus direitos e sobre os serviços públicos. Assim, este espaço se torna importante na medida em que busca instruir sobre temas que favoreçam a relação e os cuidados dos familiares com as crianças e adolescentes com sofrimento mental. Dessa forma, o serviço demonstra que é preciso que os usuários e familiares sejam protagonistas na luta pelos seus direitos, principalmente no acesso às políticas públicas de qualidade, sem distinção de classe social, cor e gênero.

O trabalho no Grupo de Família também é realizado com a participação de profissionais de outras áreas, sejam eles da instituição ou convidados. Às vezes as famílias solicitam palestras ou mesmo um bate-papo com algum profissional da área médica para tratar de temas ligados àquela área. Nesses casos a assistente social que é responsável pelo grupo convida um especialista para falar, mas sempre com a mediação da mesma que procura tomar conhecimento do assunto anteriormente. Percebe-se aqui que a assistente social ao recorrer a contribuição de outros profissionais cumpre o previsto na Resolução CFESS Nº 569/2010 que determina que o Assistente Social deverá ater-se às suas habilidades, competências e atribuições conforme a lei 8662/93 que regulamenta a profissão, além de promover dessa forma um trabalho em equipe.

Relevante ressaltar que no grupo de família a assistente social oportuniza a participação dos estagiários de Serviço Social e Medicina levando-os a contribuir nas discussões e reflexões acerca do tema proposto. Algumas vezes o direcionamento do grupo fica por conta desses estagiários, garantindo assim um ganho na aprendizagem dos estudantes.

O planejamento e organização do grupo de família é atribuição do serviço social e busca cumprir a Política Nacional de Assistência Social, a qual define que as ações da Assistência Social devem priorizar a matricialidade familiar, ou seja, a família no centro das ações, definida ainda como “um espaço privilegiado e insubstituível de

proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida” (PNAS, 2004, p.41).

Outro trabalho de responsabilidade da assistente social é a organização do atendimento das escolas do município através do projeto “CAPS IJ vai à Escola”. O projeto surgiu devido a situações nas quais crianças e adolescentes praticam automutilação e/ou tentativa de autoextermínio ou se existe o risco de tais ocorrências fazendo com que os responsáveis pelas escolas buscassem um suporte para lidar com tais questões junto ao serviço de saúde especializado no atendimento de saúde mental de crianças e adolescentes.

A execução do projeto conta com a participação dos demais técnicos da equipe do CAPS IJ e dos estagiários de Serviço Social e de Medicina, que participam das atividades dependendo do tema tratado a cada semana/mês.

A proposta do projeto é a de se trabalhar e intervir na dinâmica organizacional, nas relações interpessoais e de poder das escolas, entendendo estas como a estrutura sobre a qual se estabelecem as relações sociais e pessoais, que são o cerne do processo pedagógico, sob o princípio da intersectorialidade, numa perspectiva de um trabalho conjunto com uma proposta de trabalho consoante ao princípio da inclusão que permeia tanto o campo da saúde mental quanto da educação.

Considerando a distância entre o CAPS IJ e as escolas do município e buscando dialogar com a maior quantidade de estudantes possíveis, as ações do projeto se desenvolvem nas escolas. Desta maneira profissionais e estagiários se deslocam até as escolas para a discussão de temas levantados pela assistente social com os profissionais da educação e também com os próprios estudantes durante a execução do projeto.

O projeto se inicia com o psiquiatra indo à escola e fazendo um primeiro encontro com os alunos para detectar que estratégias e/ou assuntos serão necessários abordar. Depois deste encontro inicial a assistente social conduz as ações a serem realizadas. O psiquiatra realiza o acompanhamento das atividades pelo relato da profissional e no final do projeto faz um último encontro para encerrar as ações.

Percebe-se que tanto no grupo de família quanto no projeto “CAPS IJ vai à Escola”, a assistente social é quem protagoniza tanto do planejamento quanto das ações desenvolvidas, uma vez que tudo fica sobre a sua total responsabilidade, mesmo havendo outros profissionais envolvidos. Nesses momentos pode-se perceber

o reconhecimento do profissional do serviço social por parte da equipe multiprofissional do CAPS IJ.

A esse respeito denota-se que saúde mental é entendida como prática além dos muros na medida em que para o melhor funcionamento desse serviço é necessário o trabalho em parceria com várias instituições.

Assim, compreende-se que no CAPS IJ cabe ao Serviço Social uma ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS e a formulação de estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito à saúde.

Nas ações citadas acima se percebe que o serviço social é considerado como a profissão do CAPS IJ que possui as habilidades necessárias para atuar na saúde mental de forma a compreender a realidade do sujeito além do aparente, identificando o contexto das relações sociais nas quais se insere o sujeito que vivencia o transtorno mental.

Apesar da relevância do trabalho realizado, o Serviço Social enfrenta algumas dificuldades no CAPS IJ. Uma das principais dificuldades enfrentadas pela profissional é a questão do serviço não oferecer uma infraestrutura mínima adequada para a realização dos atendimentos e guarda do material técnico do Serviço Social, de acordo com o que preconiza a Resolução CFESS 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Segundo esta normativa:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados,

Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo.

Art. 4º - O material técnico utilizado e produzido no atendimento é de caráter reservado, sendo seu uso e acesso restrito aos assistentes sociais.

Art. 5º - O arquivo do material técnico, utilizado pelo assistente social, poderá estar em outro espaço físico, desde que respeitadas as condições estabelecidas pelo artigo 4º da presente Resolução.

Outro limite que se mostra muito presente no trabalho da assistente social no CAPS IJ relaciona-se a falta benefícios eventuais aos usuários. A profissional é responsável pelo fornecimento de vale-transporte aos usuários, entretanto o recurso é insuficiente para a demanda dos usuários, pois é repassado ao CAPS IJ um quantitativo reduzido, inferior a necessidade dos usuários. Isso ocorre pois a secretaria responsável pelo fornecimento do benefício não considera o quantitativo real de vale-transporte necessário para o atendimento dos usuários do serviço. Desta maneira a assistente social precisa selecionar as famílias que irão receber o vale-transporte a cada mês/ semana.

Além disso, existe muita dificuldade com relação ao transporte para realização das visitas domiciliares e busca ativa. O carro disponibilizado pela prefeitura para o CAPS IJ tem sido utilizado exclusivamente para o transporte das crianças e adolescentes atendidos pelo serviço. Este serviço acaba ocupando a maior parte do horário de trabalho, inviabilizando seu emprego para outras ações. Logo existe grave prejuízo nas ações da assistente social, que deixa de realizar muitas visitas por conta da ausência de transporte.

Mesmo assim, na maioria das vezes, mesmo com a restrição de recursos e com a precarização das condições de trabalho, a profissional vem ocupando função relevante e diferenciada na equipe multidisciplinar, sendo capaz de responder, dentro do possível, as necessidades sociais das pessoas com transtorno mental e de seus familiares.

Observa-se que a atuação do Serviço Social no CAPS IJ vem sendo realizada com o principal objetivo de promover a emancipação e autonomia do indivíduo no acesso aos seus direitos e ao atendimento qualificado aos serviços de saúde mental. Isso nos aponta que existe um esforço de alinhamento dessa atuação profissional ao horizonte posto pelo Projeto Ético-Político da profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente TCC teve como proposta analisar o trabalho do Assistente Social na saúde mental, mais precisamente no CAPS IJ de Ouro Preto, destacando os desafios e limitações enfrentados pelo profissional na execução das

suas atividades na instituição, na perspectiva do Código de Ética da profissão, de seu projeto ético político e dentro da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, percebe-se que o trabalho do Assistente Social na instituição tem se voltado para a efetivação da garantia de direitos sociais e de cidadania das pessoas com sofrimento mental, bem como de seus familiares, pois demonstra possuir habilidades para compreender a realidade do sujeito além do aparente, visando identificar o contexto das relações sociais e a dimensão do sujeito que vivencia o transtorno mental, atuando ainda na identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito, tendo em vista a contribuição na redução das desigualdades e injustiças sociais e, pelo trabalho de articulação com a rede sócio assistencial, onde pode contribuir para a promoção da autonomia e reinserção social da pessoa com transtorno mental em seu território.

Através da pesquisa realizada ressalta-se que o Serviço Social no âmbito da saúde mental tem trabalhado de forma a compor equipes multiprofissionais, com práticas interdisciplinares, sem, contudo, perder de vista a particularidade do exercício profissional do assistente social. Entretanto, os assistentes sociais ainda estão alocados substancialmente na assistência direta aos usuários. Cumprindo os objetivos da pesquisa, evidenciou-se que as demandas destinadas ao assistente social em saúde mental, são preponderantemente demandas sócio-assistenciais e de articulação com a rede. No entanto, seu conhecimento, sua participação nos planejamentos e visão para questões sociais são elementos extremamente necessários na saúde mental.

É importante reconhecer esses profissionais pelo trabalho que fazem no contato com os usuários e na função que exercem no encaminhamento dos mesmos. Nesse sentido, pode-se afirmar que a objetivação do trabalho do assistente social do CAPS IJ é determinada tanto pela concepção de saúde prevalecente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços, o que faz esse profissional ocupar um lugar multidisciplinar, plural, de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares.

Para que o profissional exerça uma prática crítica e propositiva é fundamental o Assistente Social entender a lógica do trabalho interdisciplinar, sem perder as diretrizes norteadoras da profissão, analisar os determinantes e a lógica institucional dos serviços substitutivos, não se submetendo a práticas burocráticas e rotineiras e

atualizar a compreensão de conceitos legitimadores da Reforma Psiquiátrica, tais como clínica ampliada e reabilitação psicossocial.

No trabalho com as famílias, embora não seja atribuição exclusiva do Serviço Social, podemos afirmar que entre as categorias profissionais da equipe de saúde mental do CAPS IJ, é esta profissão que tem o maior conhecimento e trato nessa área. Cabe ao assistente social, não só orientar sobre direitos, mas estimular os familiares dos usuários, que aqui são crianças e adolescentes, para que os mesmos possam reivindicar uma melhor qualidade dos serviços a eles oferecidos, como forma de garantir a efetivação da cidadania. Pode visualizar essa postura profissional na Assistente Social durante a realização da observação participante pois a mesma objetiva a garantia digna do tratamento do usuário e usa de todas as possibilidades que estejam ao seu alcance para proporcionar ao usuário a inclusão social com base em seus direitos. Essa afirmação se baseia no trabalho de intersectorialidade presente no cotidiano da assistente social, onde, por exemplo, realiza contato com outros setores ou outros profissionais em busca de efetivar direitos dos usuários, seja na própria prefeitura ou em entidades na comunidade conforme citados anteriormente (assistência social do município, profissionais de outras áreas convidados para reuniões e palestras, FAOP, UFOP, etc.).

A observação participante permitiu identificar como muitas vezes as ações desenvolvidas, tais como, as orientações ao BPC, ao Bolsa Família, a disponibilidade para dar um telefonema e pedir uma cesta básica, por exemplo, resultam em grandes conquistas, melhoria do atendimento e da qualidade de vida dos usuários. Assim, criou-se o entendimento de que a atuação profissional do Assistente Social não se concretiza somente em uma ação, mas sim dentro de complexo quadro da vida cotidiana que envolve os cuidados com as pessoas com transtorno mental.

Esse profissional ocupa função relevante e diferenciada na equipe multidisciplinar, sendo capaz de responder às necessidades sociais das pessoas com transtorno mental que se traduzem através das inúmeras demandas. Pode-se constatar que o Serviço Social no CAPS IJ realiza um trabalho indispensável, pois é um profissional capaz de decifrar a realidade na perspectiva de efetivação dos direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano, mesmo diante das limitações, conforme discutido anteriormente o uso do transporte para visita domiciliar, a distribuição do vale transporte, o espaço limitado para realizar seu trabalho, entre

outros, executa suas ações de forma democrática na garantia dos direitos sociais das pessoas com transtorno mental.

O assistente social da instituição enfrenta vários desafios na vida profissional cotidiana, e cada vez mais é chamado a fornecer respostas condizentes com a realidade institucional. Desafios como executar um trabalho sem transporte, onde muitas vezes paga o ônibus com o próprio dinheiro, além de ter que atender as demandas da instituição e dos usuários sem causar prejuízos a nenhum dos dois. No campo da saúde e atuando no âmbito do SUS, ele se depara com desafios quanto à materialização de suas intervenções, tendo em vista a dificuldade em acessar os bens e serviços do sistema nacional de saúde, como foram observadas o acesso a médicos para atendimento na Santa Casa de Saúde no caso das urgências e emergências para internação de usuários com tentativa de auto-extermínio. Muitas vezes os usuários são rejeitados, cabendo notificação aos médicos de plantão que se recusam a realizar a internação dizendo ser de responsabilidade do Psiquiatra da instituição, atitude essa que quebra com a rede de acesso aos serviços. Dessa forma, o exercício profissional esbarra na fragmentação e focalização das políticas públicas, na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede. Além de outros empecilhos como falta de profissionais, de estrutura física e de acesso dos serviços.

De acordo com Appel (2017):

Na atuação do Serviço Social no campo da Saúde Mental, deve-se preservar a sua autonomia profissional e sua identidade, sem negar a interdisciplinaridade. No entanto, irá ter casos da historicidade de vida do usuário que é de caráter sigiloso, aonde vem acarretar risco social para o mesmo e não deve ser compartilhado com a equipe multiprofissional. (APPEL, 2017, p.12)

No trabalho do profissional no CAPS IJ observei que há uma dificuldade na garantia do direito da autonomia e de sua identidade, bem como, quanto ao sigilo profissional por parte do Assistente Social pela falta de espaço e pelo modo como são colocadas as informações durante a discussão dos casos nas reuniões de equipe. No entanto, essas questões no trabalho do profissional têm a garantia do seu direito respaldada na Resolução CFESS 493/2006, nos art. 1º ao 5º que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

A mesma Resolução CFESS 493/2006, orienta o profissional quanto ao seu direito no art. 7º, bem como lhe informa da sua obrigação/punição em caso de descumprimento do mesmo:

Art. 7º - O assistente social deve informar por escrito à entidade, instituição ou órgão que trabalha ou presta serviços, sob qualquer modalidade, acerca das inadequações constatadas por este, quanto às condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional, sugerindo alternativas para melhoria dos serviços prestados. Parágrafo Primeiro - Esgotados os recursos especificados no “caput” do presente artigo e deixando a entidade, instituição ou órgão de tomar qualquer providência ou as medidas necessárias para sanar as inadequações, o assistente social deverá informar ao CRESS do âmbito de sua jurisdição, por escrito, para intervir na situação. Parágrafo Segundo - Caso o assistente social não cumpra as exigências previstas pelo “caput” e/ou pelo parágrafo primeiro do presente artigo, se omitindo ou sendo conivente com as inadequações existentes no âmbito da pessoa jurídica, será notificado a tomar as medidas cabíveis, sob pena de apuração de sua responsabilidade ética. (CFESS 493/2006)

O que se espera dos Assistentes Sociais é uma postura profissional em seu cotidiano de trabalho, de um compromisso ético e político com os princípios democráticos que norteiam a profissão. Portanto, o trabalho do Assistente Social quer seja na Saúde Mental ou em qualquer outro local deve estar apoiado no Código de Ética e nas Leis que regulamentam a profissão para a garantia da autonomia relativa. Pois, o atendimento ao usuário vai ser um posicionamento sustentado pelo Projeto Ético Político ou não.

A autonomia relativa depende da capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que o assistente social demonstra nas demandas que se apresentam em seu cotidiano, tanto quanto aos seus empregadores quanto dos seus usuários. Esse debate está de acordo com os autores Iamamoto & Carvalho (1998), Raichelis (2011), Mota (2014), Simões (2012), entre outros.

Ao finalizar o trabalho, ousei dizer que, as minhas questões foram respondidas tanto com a pesquisa bibliográfica quanto com a observação participante realizada a partir do acompanhamento do trabalho da Assistente Social e da equipe de profissionais do CAPS IJ durante o estágio. Os novos conhecimentos foram

importantes instrumentos de aprendizado e crescimento, fechando um importante ciclo de formação acadêmica.

Faz-se necessário que o assistente social, atuante na área de saúde mental, possa problematizar as demandas e as intervenções, a fim de viabilizar o acesso aos direitos dos usuários com transtorno mental. A prática deve tornar-se um exercício constante de análise crítica para que, além de garantir a qualidade no atendimento aos usuários, a profissão possa se fortalecer como categoria atuante nessa área.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142p.

_____. **Loucura, cultura e subjetividade**: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. 324 p.

_____. *et al.* (col.) 1998b. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/Fiocruz. 136p.

_____.(org.) 2003. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora. 216p.

_____. **Retrocessos à vista no campo da saúde mental no Brasil**. Revista Eletronica Ecodebate: Cidadania e Meio Ambiente. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2016/02/11/retrocessos-a-vista-no-campo-da-saude-mental-no-brasil/>. Acesso em: 13 de março de 2020.

_____. **Projeto Análise de Políticas de saúde no Brasil (2013-2017)**. Jornal BOLETIM. Disponível em: https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/imgs/boletim/topo_boletim_vazio.png. Ano 4, Edição nº 15, janeiro/fevereiro 2018. Observatório de análise política em saúde. Acesso em: 16 de abril de 2021

ANGUERA. **Observação participante**. Observação participante in Infopédia [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-09-01 13:46:34]. Disponível na Internet. Disponível em: [https://www.infopedia.pt/\\$observacao-participante](https://www.infopedia.pt/$observacao-participante). Acesso em: 27 de junho de 2020.

APPEL, Nicolle Montardo. **O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção**. VIII Jornada internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>. Acesso em: 12 de setembro de 2020.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social**. Em: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, v.24 nº 79, (set.2004), p.27-42

_____, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2010. Parte I, Capítulo I, p.23-70

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. **Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira**. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, (2017), p.155-170

BASÁGLIA, F. 1985. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Ed.Graal. (Obra original em Italiano 1968).

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011. 216p.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília & TEIXEIRA, Mônica. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [online]. 2008, vol.11, n.1, pp.21-28. ISSN 1984-0381.

BISNETO, José. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007. 224p.

BOBBIO, Noberto. **A Era dos Direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer- Nova Edição, Rio de Janeiro, editora Campus, 2004. 240p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, 2005. 72p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada**. Brasília, 2004b. 18p. Disponível em: http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Cl%C3%ADnica%20Ampliada.pdf. Acesso em: 01 de agosto de 2020.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Dados referentes à reforma psiquiátrica: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar**. Acesso em: 22/10/2019. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências à Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm#:~:text=Regulamenta%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,interfederativa%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 15 de julho de 2020.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva / Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental – 1990-2004**. 5ª Ed. Brasília, 2004a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leg_saude_mental_2004.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2020.

_____. **Lei nº 3657 de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 30 de maio de 2020.

_____. **Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1990 jul. 16. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 02 de janeiro de 2020.

_____. **Lei nº 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. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 02 de junho 2020.

_____. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 22 junho de 2020.

_____. **Lei nº 8662 de 07 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm Acesso em: 01 de maio 2020.

_____. **Lei nº 11802 de 18 de janeiro de 1995**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=828-lei-estadual-mg-n%C2%BA-11802-de-18-01-1995-sesmg&task=download. Acesso em: 11 de novembro de 2019.

_____. **Lei nº 12684 de 01 de dezembro de 1997**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=831-lei-estadual-mg-n%C2%BA-12684-de-01-12-1997-sesmg&task=download. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

_____. **Lei 9867, de 10 de novembro de 1999**. Dispõe sobre a criação e funcionamento de cooperativas sociais, visando a integração social dos cidadãos, conforme específica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm. Acesso em: 13 de fevereiro de 2020.

_____. **Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

_____. **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm Acesso em: 01 de maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. Brasília, 2008.

Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI3MA==>. Acesso em: 24 de junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **O Sistema Único de Saúde**. ENSP, Fiocruz. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 09/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Portaria GM/MS nº 3408, de 05 de agosto de 1998**. Instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/pnass.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

_____. **Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Diário Oficial da União 1992; 30 jan. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836. Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

_____. **Portaria GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=837-portaria-gm-ms-n%C2%BA-251-de-31-01-2002-esmg&task=download. Acesso em: 12/11/2019

_____. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=838. Acesso em: 13/11/2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 07 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 20 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 25 março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 04 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde, 1987. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Ministério da Saúde, Brasília, 1987. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Acesso em: 14 de julho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. 1994. **Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relafinal.pdf. Acesso em 24 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/III_conferencia.pdf. Acesso em 18 de junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. 2010. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em: 12 junho 2020.

_____. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2003-2006: **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 15 de julho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são e para que servem**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/residencias.html>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: . Acesso em: 4 abril 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/component/content/article/851-saude-mental/41066-publicacoes>. Acesso em: 08 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 14 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / - Brasília 2004c.** Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 17 de junho de 2020.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004;** Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 19 de abril de 2020.

BRAVO, M. I. e MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma sanitária:** elementos para o debate. In. MOTA, Ana Elizabete, et al (org.). Serviço Social e Saúde. 4ª ed. São Paulo, Cortez, 2009. Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

CAVALCANTI, M.T. **Reforma Psiquiátrica brasileira:** ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, vol.24, n.9, Rio de Janeiro, set, 2008.

CFESS; CFP. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social.** Brasília: CFESS / CFP, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Finalgrafica.pdf. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

_____. **Código de ética do/a Assistente Social.** Lei 8862/93 de regulamentação da profissão. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 13 de dezembro de 2019.

_____. CRESS. **Atribuições privativas do assistente social e o “Serviço Social Clínico”.** Rio de Janeiro: CRESS. 2004. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf. Acesso em: 18 de fevereiro de 2020.

_____. CRESS 12ª REGIÃO. Portaria nº 020/2018, de 21 setembro de 2018/SC, 2018. **ORIENTAÇÃO TÉCNICA CRESS/SC Nº 01/2019.** Dispõe acerca do sigilo profissional do Serviço Social no âmbito da atuação na assistência estudantil, em instituições federais, com base na realidade catarinense. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2019/05/ORIENTA%C3%87%C3%83O-T%C3%89CNICA-CRESS-01.2019-OFICIAL-Para-envio-%C3%A0s-institui%C3%A7%C3%B5es-e-%C3%A0-base.pdf> Acesso em: 20/01/2021.

_____. CRESS 7ª RJ. Assistente social: ética e direitos. **Coletânea de leis e resoluções.** 4ª Ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª R – RJ, 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/LEGISLACAO_E_RESOLUCOES_AS.pdf. Acesso em: 22 de março de 2020.

_____. CRESS 12ª REGIÃO. Portaria nº 020/2018, de 21 setembro de 2018/SC, 2018. **ORIENTAÇÃO TÉCNICA CRESS/SC Nº 01/2019.** Dispõe acerca do sigilo profissional do Serviço Social no âmbito da atuação na assistência estudantil, em instituições federais, com base na realidade catarinense. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2019/05/ORIENTA%C3%87%C3%83O-T%C3%89CNICA-CRESS-01.2019-OFICIAL-Para-envio-%C3%A0s-institui%C3%A7%C3%B5es-e-%C3%A0-base.pdf> Acesso em: 20/01/2021.

_____. **Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993.** Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf. Acesso em: 18 de janeiro de 2020.

_____. **Resolução CFESS, n. 493/2006, de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf. Acesso em: 05 de agosto de 2020.

COUTINHO, Adalsiza C. M. & SANTOS, Rosemeire dos. **O trabalho do/a assistente social na saúde mental:** atribuições privativas e competências profissionais em debate. Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 03- Nº 1/Jan-Jun. 2016.

COUTO, M.C.F. **Por uma política de Saúde Mental para crianças e adolescentes.** In: FERREIA, T. (org.) A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004, p.61-74.

CRESS-RJ. **O Serviço Social Clínico e o projeto ético político do Serviço Social.** Em foco. Rio de Janeiro: CRESS, 2003. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/em-foco-servico-social-clinico.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

DAL POZ, Mario Roberto; LIMA, José Carlos de Souza; PERAZZI, Sara. **Força de trabalho em saúde mental no Brasil:** os desafios da reforma psiquiátrica. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/11/2019.

DEBERT, GG. **Ideologia e populismo:** Adhemar de Barros, Miguel Arraes, Carlos Lacerda, Leonel Brizola [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. Introdução. p. 6-12. ISBN: 978-85-99662-72-4. Available from SciELO Books .

DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 15/11/2019

DELGADO, P. *et al.* 2007. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre, Artmed. Pp. 39- 83.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela:** Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: TeCorá, 1992. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=b97c3433-302e-41c4-9b81-c2183dbee5cd>. Acesso em: 12 de abril de 2020.

FERREIRA, Alexandre B. & ARAUJO, Kesia M. S. de. **A importância do Serviço Social na assistência a saúde mental.** Periódico Científico Projeção, Direito e Sociedade | v.6 | n.1- jun. 2015

FREITAS, Maria Raquel Lino de. **Desenvolvimento e Políticas Sociais no Brasil:** Considerações sobre as Tendências de Universalização e de Focalização. In.: 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. 2005. Disponível em: <https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/portal/download/diamantina-2014/a-evolucao-das-politicas-sociais-no-brasil.pdf>. Acesso em: 15 de maio 2020.

GUIMARÃES, PEREIRA, S. L. B. GUIMARÃES, S. J. **Serviço Social e saúde mental**. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas - O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação, 2013, São Luís. Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2013. v. 1. p. 1-9.

GONÇALVES, A M, Sena R R. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Ver Latino-am Enfermagem. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20/10/2019.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. Universidade Luterana do Brasil- Gravataí. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036. Acesso em: 20/10/2019.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997. Disponível em: http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/altineia.neves/planejamento-e-gestao-em-servico-social/iamamoto-m-renovacao-e-conservadorismo-no-servico-social/at_download/file. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

_____, Marilda. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5ªed. São Paulo: Cortez, 2015. 326 p.

_____. **Espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). Direitos sociais e competências profissionais, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação históricometodológica**. 12. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 1998.

KRUGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. In: Revista Serviço Social & Saúde. Unicamp, Campinas, v. IX, nº 10, dez. 2010.

LEÃO, A. & BARROS, S. (2008). **As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social**. Saúde e Sociedade (on-line), 17(1), 95-106. n.1, pp.95-106. ISSN 1984-0470. Acesso em: 01 de julho de 2020.

LIMA, L. D. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16p.

MACEDO, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Saúde e Sociedade (on-line), São Paulo, 26(1), 2017, p.155-170. ISSN 1984-0470. Acesso em: 01 de maio de 2020.

MACHADO, Ana Lúcia. **Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 483-491, June 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200024&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 de novembro de 2019.

MACHADO, Scheffer Graziela. **A singularidade e a pluralidade do serviço social no processo de trabalho em saúde mental**. Dissertação (mestrado) - UFRJ /ESS/ Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro. UFRJ: ESS, 2007.

MAGALHÃES, Christine V. A. **Projeto de Implantação do Centro de Atenção da Criança e do Adolescente do Município de Ouro Preto/MG**. 2008.

MATOS, Maurílio. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 74, 2003.

MINAS GERAIS – Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238p.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Vânia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. Rev. Escola de Enfermagem – USP(online), 2013, vol.37, n.2, p. 43-50. ISSN 1980-220X.

MOTA, A. E. *et al* (Org.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez Ed., 2010.

MOTA, Ana E. **Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 120, p. 694-705, out./dez. 2014. Disponível em: Acesso em: 02 ago. 2020.

MOURA, Heline C. *et al* (org.). I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. **A atuação do Serviço Social na política de saúde mental brasileira: desafios contemporâneos**. Londrina PR, de 09 a 12 de Junho de 2015.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da questão social**. Temporalis, Ano 2, n. 3 (jan-Jul 2001), Brasília: ABPESS, grafline, 2001. 88 p.

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

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós – 64**. 8ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. (1996). **Transformações Societárias e serviço social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. In: Revista de Serviço Social e Sociedade Nº 50 – Ano XVIII, Abril.

PASSOS, Fernanda & AIRES, Suely. **Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. Physis [online]. 2013, vol.23, n.1, pp.13-31. ISSN 0103-7331. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002>. Acesso em: 19 de junho de 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO. (site). Disponível em: <https://www.ouropreto.mg.gov.br/>. Acesso em 15 de janeiro de 2020.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). Direitos sociais e competências profissionais, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 107, p.

420-437, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/img/en/fbpeologp.gif>. Acesso em: 05 ago. 2020.

_____. **Intervenção profissional do assistente social e condições de trabalho no SUAS**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 104, Especial, out./dez. 2010.

REIS, A. O. A.; da FONSECA, F. L.; NETO, M. L. R.; DELFINI, P. S. S. **As Crianças e os Adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil**. São Paulo. Schoba. 2012. v. 1. 280 p. Saúde em Debate, vol. 37, núm. 96, jan-mar, 2013, pp. 189-190 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil.

REVISTA OLYMPIA. **Cadernos de Saúde Mental de Ouro Preto**. Ano I- Nº 01- agosto de 2004.

RIBEIRO, Sérgio L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1414-9893&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

ROCHA, T. S. **A Saúde Mental como Campo de Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012, p. 40- 59. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaude mentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

ROSA, L. C. S. **Política Pública Brasileira de saúde mental: cenários e atores no contexto neoliberal**. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2009, São Luís. Anais... São Luís: EDUFMA, 2009. p. 1-9.

ROTELLI, F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/40739024/desinstitucionalizacao-rotelli>. Acesso em: 04 de abril de 2020.

SAMPAIO, J. J. C. et al. **O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. ISSN 1413-8123.

SANT'ANNA, D., FONTOURA, E.C.A. **Desinstitucionalização: com a palavra a família**. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 1996. Monografia. Especialização em Terapia Familiar.

SARACENO, B. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1994. 83p.

_____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 1999. 176 p.

SAÚDE, Conselho de. **Resolução CNS n. 287 de 1988**. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 20 de maio de 2020.

SCHRANK, Guisela & OLSCHOWSKY, Agnes **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Rev. esc. enferm. USP, Mar 2008, vol.42, no.1, p.127-134. ISSN 0080-6234

SILVA, M. *et al.* **A saúde mental e a crise econômica**. In: SANTANA, P. Territórios e saúde mental em tempos de crise. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2015. p. 61-74

SILVA, Maria Ozanira. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 5 ed. São Paulo:Cortez, 2009. 376 p.

SILVA, ATMC, Barros, S, OLIVEIRA MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1): 4-9

SILVA, Jackeline. **O trabalho do assistente Social na saúde mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo10/o-trabalho-do-assistente-social-na-saude-mental-experiencia-de-estagio-no-caps-ii-leste-em-teresina.pdf>. Acesso: 23 de janeiro de 2020.

SILVEIRA, Marília Rezende. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário**. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-7SPGCY> . Acesso em: 28de março de 2020.

SIMÕES, Nanci Lagioto Hespanhol. **Autonomia profissional x trabalho assalariado: exercício profissional do assistente social**. 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal De Juiz De Fora (UFJF). Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <https://editoraappris.com.br/>. Acesso em: 20 julho de 2020.

TAVARES, R. C. & SOUSA, S. M. G. (2009). **Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental**. Saúde em Debate, 33(82), 252-263. ISSN: 0103-1104

TENÓRIO, F. 2002. **A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais**. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, 9. vol.9, n.1, pp.25-59. ISSN 1678-4758. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. Sistema de Bibliotecas e Informação. **Guia para normalização bibliográfica de trabalhos acadêmicos**. Ouro Preto, 2017. Disponível em: www.ufop.com.br . Acesso em: 23 de outubro de 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos et al. (orgs.). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4.ed – São Paulo: Cortez, 2008. P.35-67.

_____,(organizador). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora; 2010. 168 p.

_____. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000-2002. 328 p.

YAZBEK, Maria C.; MARTINELLI, Maria L.; RAICHELIS, R. **O Serviço Social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 95, 2008.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [tese]**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

