



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DESSO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Jéssica Caroline Moreira da Costa

**Uma reflexão sobre o Serviço Social na saúde mental: a experiência do CAPS I de
Mariana/MG**

Mariana - MG

2022

Jéssica Caroline Moreira da Costa

**Uma reflexão sobre o Serviço Social na saúde mental: a experiência do CAPS I de
Mariana/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço social

Orientadora: Professora Dr^a Cristiane Silva Tomaz

Mariana - MG
2022.

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

C837r Costa, Jessica Caroline Moreira Da.

Uma reflexão sobre o Serviço Social na saúde mental [manuscrito]: a experiência do CAPS I de Mariana/MG. / Jessica Caroline Moreira Da Costa. - 2022.

91 f.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Tomaz.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Competências essenciais. 2. Psiquiatria - Pesquisa. 3. Saúde mental. 4. Serviço social. I. Tomaz, Cristiane. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 364.4

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa-Bibliotecário Coordenador
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL



FOLHA DE APROVAÇÃO

Jéssica Caroline Moreira da Costa

Uma reflexão sobre o Serviço Social na saúde mental: a experiência do CAPS I de Mariana/MG

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 07 de dezembro de 2022

Membros da banca

Prof. ^a Dr.^a Cristiane Tomaz - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. ^a Dr.^a Adriana Andrade Mesquita - Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. ^a Ms.^a Sheila Dias - Universidade Federal de Ouro Preto

[Cristiane Tomaz, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 22/12/2022]



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Silva Tomaz, CHEFE DO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**, em 22/12/2022, às 15:02, 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 **0450984** e o código CRC **A7C91B05**.

" O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários. "

Marilda V. Yamamoto

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha amada filha Ana Luíza, pois esta me apoiou desde sempre! Filha, você é a razão de tudo.. Te amo demais!

Agradeço aos meus pais Rose e Marcos, por todo amor, carinho e por me apoiarem e acreditarem em mim desde sempre.

À minha Irmã Júlia, por todo companheirismo e cumplicidade, espero que sejamos sempre a inspiração uma da outra, tenho orgulho demais de você!

Ao meu Primo João, eu dedico essa graduação! Nós dois sabemos que se não fosse você, a me inscrever no ENEM e me subornar a fazer as provas, a minha realidade hoje seria outra. Você não só acreditou em mim, como me incentivou a nunca desistir. E olha que foram vários os obstáculos enfrentados. Obrigada João!!!

Agradeço as minha amadas avós.. vó Zinha, que cuidou de mim com os lanches mais gostosos do mundo nas madrugadas de estudos e vó Dadinha (in memoriam), que por um descuido de Deus não esteve presente fisicamente para prestigiar conosco o início e o fim desta jornada, uma avó que sempre me amou como uma filha durante todos os dias de nossa intensa e amorosa convivência.

Agradeço a toda a minha turma da graduação! E Jaqueline.. como deixar de citá-la né? Afinal foi você, a minha companheira de todo o curso. Obrigada por nunca ter soltado a minha mão! Desejo vê-la alçando voos magníficos, você será uma profissional espetacular, não tenho dúvidas disso. A Graduação não teria sido a mesma sem você, Sidneia e Kelly, que foram outras pessoas espetaculares que tive o prazer de conviver. Levarei a amizade de vocês para vida!

À minha orientadora, professora Cristiane Tomaz, quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional, por ser uma profissional extremamente qualificada e capaz. Cuja dedicação, conhecimento e orientações foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Agradeço aos membros da Banca de Defesa, professora Adriana Mesquita e professora Sheila Dias, vocês são inspiradoras!!! Além de serem grandes exemplos de vida e de pessoas. Ambas, grandes referências profissionais!

Agradeço a Rita De Cássia, que me supervisionou enquanto estagiária no CAPS I de Mariana, contribuindo não só com o meu processo de formação, mas se tornando também uma grande amiga.

Agradeço a toda a equipe do CAPS, afinal, me acolheram com muito carinho. E é lógico.. agradeço também aos pacientes! Ali, tive o prazer de conviver com pessoas maravilhosas do qual sentirei uma saudade imensa!

Sendo assim, agradeço a todos que por sorte do acaso, a vida colocou ao meu lado. Cada um à sua maneira contribuiu para que eu chegasse até aqui..

Muitíssimo Obrigada !!!

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1- RAPS/ Rede de Atenção Psicossocial</i>	<i>38</i>
<i>Figura 2- Quadro 1 - Descrição dos CAPS por nível:</i>	<i>40</i>
<i>Figura 3- Mapeamento dos distritos de Mariana/MG</i>	<i>52</i>
<i>Figura 4- Linha do Tempo da Rede de Atenção Psicossocial de Mariana/MG</i>	<i>53</i>
<i>Figura 5- Convite da Iª Conferência Municipal de Saúde Mental da Mariana/MG</i>	<i>55</i>
<i>Figura 6 - Quadro 2 - Equipe CAPS I de Mariana/MG</i>	<i>57</i>
<i>Figura 7 - Mapeamento dos serviços de saúde mental / Matriciamento</i>	<i>59</i>

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social, cujo objetivo principal foi identificar e problematizar a atuação do Serviço Social na saúde mental, a partir da experiência como estagiária do (CAPS I) de Mariana/MG. Além de analisar e identificar as possibilidades, os impasses e os desafios postos ao Serviço Social no referido espaço de trabalho. Os objetivos específicos foram: resgatar a trajetória sócio-histórica do Serviço Social brasileiro, apontando os desafios contemporâneos para a profissão; apresentar o debate acumulado pela categoria acerca das competências e atribuições privativas de assistentes sociais, passando pelo o conjunto de normativas sobre o exercício profissional; apresentar a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira; apresentar o debate acumulado pela categoria acerca da atuação de assistentes sociais na política de saúde e na saúde mental; apresentar a atuação do Serviço Social no CAPS I de Mariana, a partir da forma como a profissional e a equipe do referido serviço captam o trabalho realizado pelo Serviço Social, buscando problematizá-la ante o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico interventivo do Serviço Social nos últimos 40 anos. A metodologia consistiu em pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo com 9 profissionais do CAPS I de Mariana, dentre eles, 1 Assistente Social, identificando como a profissional capta o seu exercício profissional e a/as concepção/ões que a equipe tem/êm sobre o Serviço Social na saúde mental (funções, competências, atribuições, papel, etc.)

PALAVRAS-CHAVE - Serviço Social; Atribuições Privativas e Competências Profissionais; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica;

ABSTRACT

This is a research for the Completion of a Graduate Course in Social Work, whose main objective was to identify and problematize the performance of Social Work in mental health, based on the experience as an intern at (CAPS I) in Mariana/MG. In addition to analyzing and identifying the possibilities, impasses and challenges posed to Social Work in that workspace. The specific objectives were: to rescue the socio-historic trajectory of Brazilian Social Work, pointing out the contemporary challenges for the profession; present the debate accumulated by the category about the competences and attributions exclusive to social workers, through the set of regulations on professional practice; present the trajectory of the Brazilian Psychiatric Reform; present the debate accumulated by the category about the role of social workers in health policy and mental health; to present the performance of Social Work in CAPS I of Mariana, from the way in which the professional and the team of that service capture the work carried out by Social Work, seeking to problematize it in view of the theoretical-methodological, ethical-political and interventional technical accumulation of Social Work in the last 40 years. The methodology consisted of documentary research, bibliographical research and field research with 9 professionals from CAPS I in Mariana, among them, 1 Social Worker, identifying how the professional captures her professional practice and the conception/s that the team has/ about Social Work in mental health (functions, competences, attributions, role, etc.)

KEYWORDS - Social Work; Private Attributions and Professional Skills; Mental health; Psychiatric Reform;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social;

BPC - Benefício de Prestação Continuada;

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais;

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial;

CAPS Ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas;

CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil;

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social;

CRESS MG - Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais;

GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial;

MTSM - Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental;

MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;

MS - Ministério da Saúde;

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial;

OMS - Organização Mundial da Saúde;

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde;

PTS - Plano Terapêutico Singular;

PD - Permanência dia;

PEP - Projeto Ético Político;

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial;

UBS - Unidade Básica de Saúde;

SMS - Secretaria Municipal de Saúde;

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos;

SUS - Sistema único de Saúde;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
 CAPÍTULO I - Breve resgate do Serviço Social brasileiro e do debate acerca das competências e atribuições profissionais.	
1.1 - A trajetória sócio-histórica do Serviço Social Brasileiro: desafios contemporâneos ...	15
1.2 - O debate acumulado pela categoria acerca das competências e atribuições privativas de assistentes sociais e suas particularidades no âmbito da saúde.	23
 CAPÍTULO II - Saúde, Saúde Mental e Serviço Social .	
2.1 - A Reforma Psiquiátrica brasileira	32
2.2 - A constituição da RAPS e os desafios contemporâneos ante o retrocesso neoconservador	38
2.3 - Saúde Mental e Serviço Social: Impactos na contemporaneidade	44
 CAPÍTULO III - O Serviço Social no CAPS I de Mariana: possibilidades, impasses e desafios.	
3.1 - Caracterização do município de Mariana e um breve resgate histórico da constituição do Centro de Atenção Psicossocial de Mariana.....	51
3.2 - A experiência do estágio supervisionado em Serviço Social no CAPS I de Marina ...	61
3.2.1 - O Serviço Social no Caps I de Mariana: Na perspectiva da profissional	62
3.2.2 - O Serviço Social no Caps I de Mariana: Na perspectiva da equipe	65
3.3 - Uma reflexão crítica acerca das possibilidades, os impasses e os desafios em torno da atuação profissional dos assistentes sociais na atualidade	72
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
 ANEXOS	87

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em um estudo sobre a atuação profissional do Serviço social no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Mariana/MG, bem como a compreensão em torno das competências e atribuições deste profissional através do que foi compreendido a partir da inserção no estágio obrigatório¹ em Serviço Social.

O interesse por esse debate nasceu de uma inquietação, por ter notado uma certa (in)compreensão em torno do que de fato é o papel do Serviço Social na saúde mental. A equipe do CAPS I trabalha dentro da proposta de trabalho interdisciplinar, que é um dos conceitos de trabalho interprofissional, e essa proposta deixou por vezes, uma ideia de que não há diferenciação entre as profissões, ou seja, uma ideia de que “todos devem fazer de tudo”.

O estágio então se deu Centro de Atenção Psicossocial CAPS I, serviço especializado de atendimento de usuários e/ou familiares que são acompanhados pela instituição situada na cidade de Mariana, havendo um vínculo de atuação em rede na cidade de Mariana, entre Secretaria da Saúde, Ministério Público, Rede sócio- assistencial, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil CAPS IJ e Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas CAPS AD dentre outros aparelhos públicos, realizando então um acompanhamento e orientação de cada caso.

O CAPS é serviço integrante do sistema único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, garante no inciso § 2º que “Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Compreende-se então que o CAPS, localizado na cidade de Mariana, pela sua capacidade de atendimento territorial se enquadra no nos critérios que definem as atribuições do tipo (CAPS I), conforme legislação em vigor:

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas: 4.1 - CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes

¹ O estágio obrigatório é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de Estágio, tendo como referência a Lei 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar. (DIRETRIZES GERAIS PARA O CURSO DE SERVIÇO SOCIAL.1996.p.19)

características [...] Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: a - 01 (um) médico com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro; c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; (Ministério da saúde, 2001)

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi o de refletir sobre as possibilidades, os impasses e os desafios da atuação da profissional do Serviço Social na saúde mental, a partir da experiência do (CAPS I) de Mariana. E como objetivos específicos: resgatar a trajetória sócio-histórica do Serviço Social brasileiro, apontando os desafios contemporâneos para a profissão; apresentar o debate acumulado pela categoria acerca das competências e atribuições privativas de assistentes sociais, passando pelo o conjunto de normativas sobre o exercício profissional; apresentar a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira; apresentar o debate acumulado pela categoria acerca da atuação de assistentes sociais na política de saúde e na saúde mental; apresentar a atuação do Serviço Social no (CAPS I) de Mariana, a partir da forma como a profissional e a equipe do referido serviço captam o trabalho realizado pelo Serviço Social, buscando problematizar-la ante o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico interventivo do Serviço Social nos últimos 40 anos.

Utilizando como método o materialismo histórico dialético, realizamos uma pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, sendo esta, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ouro Preto, CAAE Nº 63109022.5.0000.5150.

Conforme Chiara (2008):

A pesquisa bibliográfica é então feita com o intuito de levantar um conhecimento disponível sobre teorias, a fim de analisar, produzir ou explicar um objeto sendo investigado. A pesquisa bibliográfica visa então analisar as principais teorias de um tema, e pode ser realizada com diferentes finalidades. (CHIARA, KAIMEN, et al., 2008)

A referida pesquisa bibliográfica se deu sobre os seguintes temas: a trajetória sócio-histórica do Serviço Social brasileiro, apontando os desafios contemporâneos para a profissão; a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira; a atuação de assistentes sociais na

política de saúde e na saúde mental; as competências e atribuições privativas de assistentes sociais, passando pelo o conjunto de normativas sobre o exercício profissional.

A pesquisa de campo teve como proposta inicial entrevistar a equipe do (CAPS), composta por: 6 psicólogos, 5 psiquiatras, 01 Coordenador, 02 Terapeutas Ocupacionais, 2 Enfermeiros, 01 Assistente Social, somando um total de 16 profissionais, buscando identificar a/as concepção/ões que estes profissionais têm sobre o Serviço Social na saúde mental, como (funções, competências, atribuições, seu papel, etc.).

No entanto, o resultado da referida pesquisa apresentada nos tópicos 3.2 e 3.3, se deu a partir das entrevistas que foram possíveis de serem realizadas, levando em conta a indisponibilidade de alguns profissionais que no período das entrevistas, estiveram de férias ou ausentes do Serviço por questões diversas. Diante disto, contamos com a participação de 9 profissionais, sendo estes: 6 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeiro e 1 assistente social.

Trata-se de uma pesquisa eminentemente qualitativa uma vez que, segundo Minayo (1994), este tipo de pesquisa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. O que difere o método qualitativo do quantitativo é que o primeiro apreende os fenômenos visíveis, já a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações. Assim,

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Essas afirmações aqui colocadas, no entanto, não são pacíficas. Elas correspondem a uma postura teórica que se opõe a outras correntes de pensamento como, por exemplo, a positivista. (MINAYO, 1994. p. 22)

A partir da pesquisa realizada pudemos inferir que a equipe do CAPS I de Mariana possui, sim, compreensão sobre a importância do Serviço Social no âmbito da saúde mental. No entanto, não compreendem com precisão quais são as competências e atribuições específicas dos profissionais assistentes sociais. Consideramos que o rumo que a pesquisa empírica seguiu, destacou mais fortemente as controvérsias em torno do trabalho interdisciplinar, que é um dos conceitos da proposta de trabalho interprofissional na saúde mental, e que tem por finalidade a junção de vários saberes com “objetivos múltiplos e identificação de uma problemática comum” entretanto essa proposta de trabalho interprofissional abarca outros conceitos, como a: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Com a pesquisa

iremos compreender se a equipe do CAPS I de Mariana realmente está dentro da proposta de trabalho interdisciplinar, e como se dá essa relação na prática profissional, pois como podemos observar:

(...) o trabalho em equipes interprofissionais merece um especial destaque. Hoje é comum encontrar o assistente social, partilhando atividades com outros profissionais - o pedagogo, sociólogo, o psicólogo, o médico, o arquiteto, o advogado, o economista. — na coordenação de ações comunitárias, nos programas de saúde mental, nas empresas, em ONG's etc. É necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. Em outros termos, a equipe condensa uma unidade de diversidades. Nesse contexto, o assistente social, mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o distingue do médico, do sociólogo, do psicólogo, do pedagogo etc. (CFESS, 2012. p.64)

Já na pesquisa bibliográfica, foram apresentados elementos que acreditamos justificar essa ideia de incompreensão em torno do que cada profissional deve ou não fazer, e que muitas vezes deságua na sensação de que todos parecem exercer as mesmas funções. Sobre esses elementos, o que mais se destaca é o “Técnico de Referência”, forma como a equipe de saúde mental se organiza (Com exceção dos médicos). Este remem, como aponta Tomaz (2018) tem “função genérica e inespecífica”. No entanto, a referida autora também deixa claro que “esse modelo de atendimento não se trata de uma escolha direta dos profissionais e sim dos serviços que adotaram tal modelo, e que aponta tanto aspectos negativos quanto positivos.”

Realizamos também pesquisa documental para apresentar o resgate histórico da constituição do Centro de atenção Psicossocial de Mariana/MG.

É oportuno reforçar o momento crítico e atípico que se deu não só a inserção ao campo de estágio, quanto a construção deste trabalho. Momento em que vivenciamos a pandemia do Covid-19. Cenário de grandes incertezas e de um medo que ainda hoje abarca todo o mundo. Pandemia que tem nos feito refletir sobre a importância dos serviços públicos, principalmente da saúde pública em nosso país.

Cenário que fez com que as demandas ligadas à saúde mental crescessem de forma exponencial, afinal a pandemia agiu como um catalisador para os casos psiquiátricos, por fatores como o desemprego, o isolamento social e o luto.

CAPÍTULO I : Breve resgate do Serviço Social brasileiro e do debate acerca das competências e atribuições profissionais

Neste capítulo, pretendemos apresentar um breve resgate da trajetória sócio-histórica do Serviço Social Brasileiro, destacando elementos que foram fundamentais para o serviço social se construir enquanto profissão crítica, além de perpassar pelos desafios que a profissão enfrenta desde a sua gênese até a contemporaneidade. Por fim, apresentaremos o campo da saúde e suas particularidades (um dos espaços de atuação dos assistentes sociais), passando pelo debate acumulado pela categoria acerca das competências e atribuições privativas de assistentes sociais e suas particularidades no âmbito da saúde.

1.1 - A trajetória sócio-histórica do Serviço Social Brasileiro: desafios contemporâneos.

O Serviço Social surge como profissão no Brasil em 1930 vinculado a Igreja Católica, tendo sua inserção no mercado de trabalho marcada, sobretudo, nas instituições vinculadas ao Estado, executando políticas sociais provenientes do Estado, fundamentais para o refreamento das expressões da Questão Social², e para a manutenção e estabilidade do padrão de acumulação capitalista.

Yazbek (2009, p. 8), aponta que :

(...) nesse momento, a "questão social" é vista a partir do pensamento social da Igreja, como questão moral, como um conjunto de problemas sob a responsabilidade individual dos sujeitos que os vivenciam embora situados dentro de relações capitalistas. Trata-se de um enfoque conservador, individualista, psicologizante e moralizador da questão, que necessita para seu enfrentamento de uma pedagogia psicossocial, que encontrará, no Serviço Social, efetivas possibilidades de desenvolvimento.

Desde o início da profissão, os assistentes sociais brasileiros tinham como fundamento, orientar suas práticas profissionais por uma dimensão política conservadora e tradicional, influenciados tanto pela Doutrina Social da Igreja Católica (Tomismo e Neotomismo³), quanto pelo Positivismo, que se propunha a orientar a classe trabalhadora com

² A Questão Social é expressão das desigualdades sociais constitutivas do capitalismo. Suas diversas manifestações são indissociáveis das relações entre as classes sociais que estruturam esse sistema e nesse sentido a Questão Social se expressa também na resistência e na disputa política.(Yazbek.2009.p.3)

³ Segundo Yazbek (2009.p.8): “Os referenciais orientadores do pensamento e da ação do emergente Serviço Social brasileiro têm sua fonte na Doutrina Social da Igreja, no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino (séc. XII): o tomismo e o neotomismo (retomada em fins do século XIX

um viés disciplinar de acordo com uma suposta moralidade.

Neste período o Serviço Social se baseava no Serviço social de Caso, instituído pelas teorias de Mary Richmond, Porter Lee e Gordon Hamilton, com foco na personalidade do cliente, essas teorias buscavam a mudança do indivíduo. O indivíduo era visto como algo que deveria ser trabalhado para ser integrado no meio social. Ao longo da trajetória da profissão, o Serviço Social teve como base a sociologia e a psicologia para entendimento do meio social onde o indivíduo está inserido e entender e explicar seus comportamentos contribuindo para o tratamento para com ele, colocando em foco então a pessoa em situação.

O assistente social procura compreender o diagnóstico do indivíduo através de sua opinião profissional ou através do problema apresentado, o profissional através de seu conhecimento formula um diagnóstico preciso e adequado para o tratamento, em Serviço Social de caso procura melhorar a situação do indivíduo para que haja ajustamento social. O Serviço Social de caso conta com instrumentos e técnicas que proporciona dois níveis de intervenção direta ou indireta. (ANDRADE, 2009. p.282)

No ano de 1947, a Escola de Serviço Social do Brasil começou a instruir um método novo de intervenção compondo o currículo o Serviço Social de Grupo utilizado em uma perspectiva educacional, que procurava o fortalecimento da personalidade do indivíduo através da ênfase dada à capacidade de liderança, à tomada de decisão e ao aspecto psicossocial. E nessa perspectiva o Serviço Social em grupo procurava fazer com que os indivíduos se auto desenvolvessem e se ajustassem ao meio social onde estivessem inseridos.

O Desenvolvimento de comunidade se assemelhava com os processos anteriores, tendo como objetivo o ajustamento social do indivíduo em simultâneo, em que se realiza o trabalho assistencial. Durante as décadas de 50 e 60 o Serviço Social adotou uma política desenvolvimentista em seu ensino, dando ênfase na aceleração econômica incentivada pela industrialização e pela modernização sob influência dos EUA. O Desenvolvimento de Comunidade foi lançado visando progresso social, que visava preservar o mundo livre de ideologias não democráticas. Tentaram colocar este [método] como uma medida que surgiu para reconhecimento da comunidade de suas necessidades e para assumirem a responsabilidade para solucionar seus problemas.(ANDRADE, 2009. p.285)

Essa atuação dos assistentes sociais a partir do método de Desenvolvimento de Comunidade, oportunizou que esses profissionais tivessem contato com outras áreas do conhecimento, amplificando o campo de compreensão da profissão e saindo de uma condição endogenista. A ação profissional junto às faixas populacionais mais ampliadas despertou a crítica e a condição de subdesenvolvimento do País, consequentemente, levando a interpelar a

do pensamento tomista por Jacques Maritain na França e pelo Cardeal Mercier na Bélgica tendo em vista "aplicá-lo" às necessidades de nosso tempo".

profissão e o modo de produção capitalista.

Dessa forma, houve a primeira tentativa de ruptura com o conservadorismo, que ocorreu em meio a um processo de ditadura na América Latina. Neste momento, há um marco decisivo na história da profissão, que leva o Serviço Social para aproximação ao método materialista-histórico-dialético⁴, levando a uma visão crítica do modo de produção capitalista e as “expressões da questão social”, que foi o Movimento de Reconceituação do Serviço Social.

O Movimento de Reconceituação teve sua emergência nos anos de 1960, de acordo com Iamamoto (2000), o contexto da América Latina da época foi determinante para o surgimento do movimento. Este contexto marcado por lutas sociais e pela expansão do capitalismo pelo mundo, fez com que, não apenas no Serviço Social, mas as ciências sociais no geral, buscassem novas respostas aos desafios históricos emergentes. Segundo Iamamoto (2000,p.205) é neste momento que “o pensamento social latino-americano busca reconciliar-se com sua própria história, questionando teorias exógenas e subordinando sua validação à capa”.

O Movimento de Reconceituação surge como uma consequência dos fatos históricos, como: a Segunda Guerra Mundial; a emergência do fascismo e do nazismo; a guerra fria e ditaduras militares na América Latina, como a que ocorreu no Brasil a partir de 1964, com o golpe-civil- militar, que instaurou a autocracia burguesa no Brasil.

As ditaduras militares, patrocinadas e implantadas pela burguesia, instaurou governos repressivos violentos em toda a América Latina como Brasil, Uruguai, Bolívia, Argentina, Paraguai, Bolívia, Chile, Colômbia, Venezuela, entre outros países. Esses fatos impulsionaram na profissão o questionamento sobre práticas profissionais e o tradicionalismo presente na profissão desde sua emergência. Em alguns casos, esse esforço de ruptura com o tradicionalismo profissional redundou numa (in)compreensão do assistente social como

⁴ Conforme Berwing (2018.p.5): “A apropriação do marxismo no Serviço Social não se deu de forma unilateral, ou homogênea, foi resultado de um processo longo e desgastante de debates e disputas internas e externas nos espaços de organização profissional e acadêmica do Serviço Social. Diferentes posições e aspectos metodológicos foram amplamente discutidas e defendidas no conjunto da categoria profissional, o que não torna a posição de assumir a orientação marxista um postura homogênea, mas hegemônica. O pensamento marxista emerge de forma mais clara a partir do aumento de pensamentos mais pluralistas, o marxismo vai ganhando espaço na interlocução com os profissionais assistentes sociais, contribuindo na realização de leituras e análises críticas da realidade social. A contribuição da obra marxiana foi sendo reconhecida pela categoria, na medida em que envolve elementos que podem ser mediados para a efetivação de processos de análise e intervenção. (...) Destaca-se como produção importante que marca a contribuição marxista na produção intelectual do Serviço Social brasileiro o estudo de Iamamoto e Carvalho (1985) “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – esboço de uma interpretação histórico-metodológica”, que apresenta uma releitura da origem e da institucionalização do Serviço Social no Brasil.”

“agente de mudança”, como se fosse destinado a exercer um papel de liderança no processo de transformação social .

Do ponto de vista geopolítico a Reconceituação foi um movimento de abrangência latino-americana. O Serviço Social (denominado Trabajo Social nos países de língua espanhola) de norte a sul no continente se desenvolve de maneira tão diversa quanto é vasto seu território, propiciando uma rica multiplicidade de experiências e processos de formação e desenvolvimento da profissão que, entretanto, perfilam a busca de identidade do Serviço Social na América Latina e uma articulação acadêmica e político-profissional no seu âmbito. (IAMAMOTO e SANTOS, 2016, p.13)

Assim, a partir do Movimento de Reconceituação, Netto (2001) aponta que é desenvolvida uma disputa entre projetos políticos que divergem no interior da profissão. Tal disputa é polarizada por três vertentes teórico-metodológicas denominadas: Modernizadora, Reatualização do Conservadorismo e Intenção de Ruptura. No que tange a esta última, conforme o autor, o movimento de reconceituação foi um momento de Intenção de Ruptura com o conservadorismo profissional e assim a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social⁵ (PEP).

Em 1970 acontece o que Netto (2001) denomina de Reatualização do Conservadorismo, de forma que os assistentes sociais “necessitariam” defender as ações disciplinadoras do Estado, tendo em vista o cenário político social instaurado com a ditadura militar.. Mesmo assim, o autor afirma que este movimento não intimidou toda a luta contra o conservadorismo. Destaca ainda, que o Movimento de Reconceituação abriu a possibilidade do pluralismo na profissão e a interlocução crítica com as Ciências Sociais. No entanto, é somente com a redemocratização que se tem a condição política para a crítica radical, a partir da interlocução direta com o marxismo levando à construção de um novo projeto profissional progressista e democrático, denominado Projeto Ético Político do Serviço Social.

O Serviço Social como profissão e, sobretudo, como área de produção do conhecimento, desde o final dos anos 1970, vem substanciando seu protagonismo intelectual e político na construção de uma cultura que se opõe à hegemonia dominante. Evidentemente, a profissão não se restringe a essa dimensão, existem outras dimensões socialmente construídas e reconhecidas no processo de institucionalização do Serviço Social no Brasil, como por exemplo: a dimensão da formação; a dimensão da intervenção da produção do conhecimento e de organização política da categoria profissional. Esse processo tem filiação teórico-metodológico com a matriz marxiana e plasma uma direção ético-política, cujo

⁵ Ver mais em :TEIXEIRA, Joaquina. Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS. 2009, p.186-199.

produto intelectual, compreende a ruptura com bases tradicionais da profissão e possibilita o surgimento de uma cultura e de uma ideologia profissional progressista, que dialeticamente nega as investidas do conservadorismo na profissão.

Nesse sentido, vale destacar uma grande contribuição que marcou este período, que foi o Congresso da Virada (ato simbólico), que ocorreu em 1979, onde a vanguarda profissional, parte da luta e da resistência, dispensa a mesa representações governamentais da Ditadura e substitui por nomes advindos de Movimentos Sociais.

(...) O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) que ocorreu de 23 a 28 de setembro de 1979, conhecido como Congresso da Virada, se demarca uma ruptura com o conservadorismo profissional ao assumirmos enquanto categoria a defesa dos interesses históricos da classe trabalhadora. (CFESS, 2020. s/p)

As implicações do III CBAS para a profissão foram extremamente ricas, tanto do ponto de vista do exercício profissional, quanto da formação. Segundo CFESS (2020) *apud* Mota & Rodrigues (2020):

(...) elas repercutiram na revisão dos conteúdos da formação profissional, na aderência às pautas e reivindicações dos movimentos sociais, inflexionando a adoção dos referenciais teórico-metodológicos e temáticas que transitaram da doutrina social da igreja e da sociologia funcionalista para a adoção do pensamento crítico de inspiração marxista. Forjou uma nova cultura profissional que, continha e contém, uma direção social estratégica que colide com os interesses do grande capital, expressa na atuação política das entidades representativas da categoria profissional, nos parâmetros jurídico-políticos da formação e atuação dos assistentes sociais (Códigos de Ética de 1986 e 1993; na lei de regulamentação da profissão 8662/93, nas Diretrizes Curriculares de 1982 e 1996) e na produção teórica mais consolidada da área do Serviço Social.

Então foi assim, na ruptura com o conservadorismo, que tivemos o Código de 1986, o primeiro a apresentar uma interlocução com a perspectiva histórica e crítica, pautando-se na teoria social marxista, posicionando as/os Assistentes Sociais politicamente na defesa dos interesses da classe trabalhadora.

A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que, reconhecendo contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isso é, dos setores dominados da sociedade. Não se reduz a um movimento “interno” da profissão. Faz parte de um movimento social mais geral, determinado pelo confronto e a correlação de forças entre as classes fundamentais da sociedade, o que não exclui a responsabilidade da categoria pelo rumo dado às suas atividades pela forma de conduzi-las. (IAMAMOTO, 2007, p.37)

E com esse desabrochar da profissão, nos dias atuais, temos como norteador da profissão o Código de Ética de 1993, que já traz uma aproximação ainda mais afincada às matrizes marxianas, estabelecendo as balizas do exercício profissional.

A profissão se orienta pelo materialismo-histórico-dialético para analisar a realidade social, entender as relações sociais e construir propostas de trabalho, pois nem sempre o que percebemos na aparência é o que se tem na essência, por existirem inúmeros determinantes para a realidade concreta.

O Código de 1993 é considerado um dos instrumentos jurídicos a materializar o PEP, e apresenta pontos importantes, como: a questão da igualdade, da liberdade, da democracia, do pluralismo, do posicionamento contra a exploração de classe, etnia, gênero, resguardando também a autonomia e emancipação humana. Demarca a busca pelo rompimento com as bases conservadoras, com um viés político claro, sem espaço para neutralidade. Dessa forma, temos a dimensão política e ideológica, de modo que o (PEP), pode ser tanto um aspecto tanto conservador como progressista, “lembrando que a profissão surge como “uma atividade com bases doutrinárias e não científica, no interior de um movimento de cunho reformista-conservador” (IAMAMOTO, 2004. p.21). Ou seja, o PEP é mutável e plural, sendo assim, não é um documento tangível e sim um norteador para a prática profissional.

Após os anos de 1980, as transformações ocorridas na profissão foram marcadas pela necessidade de conhecer e acompanhar as mudanças políticas, sociais e econômicas do mundo contemporâneo e da própria conjuntura do Estado e do Brasil. Nessa perspectiva o Serviço Social no final do século XIX consegue conquistar sua hegemonia e garantir um PEP crítico e revolucionário, ao mesmo tempo em que se confronta com uma trajetória histórica de luta com a chegada do neoliberalismo, que estabelece uma política de dismantelamento do Estado, que se sobreponha o econômico em relação ao social, precarizando os direitos, as garantias sociais e as privatização das instituições públicas.

Dessa forma, fica claro que o PEP do Serviço Social brasileiro, apresenta uma direção social da profissão na contemporaneidade de uma forma crítica e revolucionária, que destaca o Serviço Social como uma profissão interventiva, apuradora e investigativa, o que torna essa profissão de extrema importância e, por isso, se faz tão necessária e relevante uma formação acadêmica crítica, para que as/os futuros assistentes sociais possam notar até mesmo em si, essa forte presença do senso comum, mas que sejam capazes de cumprir o papel profissional sem deixar que sejam reproduzidos em meio a sociedade e que de forma nenhuma seja reproduzido de maneira errônea no âmbito do exercício profissional. Já que a colocação

desses preceitos no dia a dia da profissão é de extrema importância para que não aconteça dissolução entre a prática e a teoria.

Yazbek (2009) chama atenção para a questão do reconhecimento legal da profissão como profissão liberal pelo Ministério do Trabalho pela Portaria n. 35 de 19 de abril de 1949. Apontando que:

(...) embora o Serviço Social tenha sido regulamentado como profissão liberal no Brasil, o assistente social não tem se configurado como profissional autônomo no exercício de suas atividades, não dispondo do controle das condições materiais, organizacionais e técnicas para o desempenho de seu trabalho. No entanto, isso não significa que a profissão não disponha de relativa autonomia e de algumas características que estão presentes nas profissões liberais como a singularidade que pode estabelecer na relação com seus usuários, a presença de um Código de Ética, orientando suas ações, o caráter não rotineiro de seu trabalho, a possibilidade de apresentar propostas de intervenção a partir de seus conhecimentos técnicos e, finalmente, a Regulamentação legal da profissão (Lei n. 8.662 de 7 de junho de 1993 – que dispõe sobre o exercício profissional, suas competências, atribuições privativas e fóruns que objetivam disciplinar e defender o exercício da profissão – o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS e os Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS). É necessário também lembrar que o serviço social ainda mantém traços de profissão em cuja origem estão presentes elementos vocacionais como: a valorização de qualidades pessoais e morais, o apelo ético, religioso ou político e o discurso altruísta e desinteressado. (YAZBEK, 2009. p 12)

Ela ainda complementa dizendo que :

Esses enquadramentos da intervenção muitas vezes obscurecem para o assistente social o fato de que sua atividade profissional se insere numa relação de compra e venda de sua força de trabalho, que se torna mercantilizada (mediante assalariamento), estabelecendo-se aí um divisor entre o trabalho profissional e atividade assistencial voluntária. Nesse sentido, o campo de trabalho do assistente social no mercado de trabalho se estabelece por meio de relações contratuais que vão definir as condições concretas do exercício profissional. O Serviço Social assume, neste contexto, um lugar no quadro das profissões justificado e legitimado particularmente pelo crescimento das instituições públicas geridas ou subsidiadas pelo Estado, que, conforme pesquisas recentes, até os dias de hoje, mantém a posição de maior empregador dos assistentes sociais no país. (YAZBEK, 2009. p 12)

Sendo assim:

Cabe ainda assinalar que essas condições históricas concretas que possibilitam o exercício profissional do assistente social no Brasil, no contexto da divisão social e técnica do trabalho, é que vão demarcar as possibilidades do projeto profissional, apontando seus limites e suas especificidades no interior do processo de reprodução social da vida dos segmentos mais empobrecidos da sociedade. (YAZBEK, 2009. p.12)

Quando partimos para alguns dos grandes desafios postos na contemporaneidade, Mota (1995) chama a atenção ao debate e acúmulo dos assistentes sociais no que diz respeito

à contradição da modernização capitalista frente ao processo de barbarização da vida social, onde adotamos a expressão “questão social” para qualificar as diversas manifestações materiais, culturais e sociais da precarização da vida do trabalhador. Nossa categoria assume uma posição crítica frente aos avanços neoliberais, que se utiliza de contrarreformas para ameaçar ainda mais os direitos da classe trabalhadora e tratar os serviços sociais como um campo de lucro e negócios.

Com o avanço das medidas neoliberais, vemos a redução dos benefícios do tripé da seguridade social, apontando para uma tendência de privatizar os programas de previdência e saúde e ampliar os programas assistenciais. Mota (1995, p.129) aponta que as políticas que integram a seguridade social brasileira, apesar de não serem um amplo e organizado mecanismo de proteção, conformam uma unidade contraditória: “enquanto a mercantilização da saúde e da previdência precariza o acesso aos benefícios e serviços, a assistência social se amplia, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social”.

A conjuntura recente com o avanço das contrarreformas e o crescente aumento da desigualdade social no país são fatores que impactam de forma direta e severa na vida dos trabalhadores e também dos profissionais assistentes sociais, que fazem parte dessa classe. Ainda mais quando levamos em conta esse atual governo que tem bases profundas e históricas com o reformismo conservador, que acabam redefinindo e retomando algumas marcas de origem da profissão. Fazendo com que cada vez mais a “questão social” e suas diversas expressões sejam tratadas com ações minimalistas em face de uma “questão social” maximizada.

Na atual conjuntura de precarização e subalternização do trabalho à ordem do mercado e de mudanças nas bases da ação social do Estado, as manifestações "questão social", matéria-prima da intervenção profissional dos assistentes sociais, assumem novas configurações e expressões, entre as quais destacamos a insegurança e vulnerabilidade do trabalho e a penalização dos trabalhadores, o desemprego, o achatamento salarial, o aumento da exploração do trabalho feminino, a desregulamentação geral dos mercados e outras tantas questões com as quais os assistentes sociais convivem cotidianamente: são questões de saúde pública, de violência, da droga, do trabalho da criança e do adolescente, da moradia na rua ou da casa precária e insalubre, da alimentação insuficiente, da ignorância, da fadiga, do envelhecimento sem recursos, etc. Situações que representam para as pessoas que as vivem, experiências de desqualificação e de exclusão social, e que expressam também o quanto a sociedade pode "tolerar" e banalizar a pobreza sem fazer nada para minimizá-la ou erradicá-la. (YAZBEK, 2009. p.17)

Outro aspecto importante a ser ressaltado, tanto na esfera pública estatal como no setor privado, apontado por Yazbek (2009, p.18)

(...) é a partilha de demandas que a profissão enfrenta, com as perspectivas desregulamentadoras dos mercados de trabalho e as crescentes tendências ao trabalho interdisciplinar, que permeiam as relações de trabalho na contemporaneidade.

(...) o trabalho do assistente social está profundamente condicionado pela trama de relações vigentes na sociedade e, sem dúvida, o atual cenário do desenvolvimento capitalista coloca para o Serviço Social contemporâneo novas demandas e competências, quer no nível de conhecimentos, quer no plano concreto da intervenção e negociação política no âmbito das Políticas Sociais. (YAZBEK, 2009. p.18)

Estes são apenas alguns dos incontáveis desafios postos para a profissão na atualidade. Uma profissão que, segundo Yazbek (2009, p.19) “alcançou a maturidade e que vem se constituindo em interlocução privilegiada em seus diversos espaços de ação”, e como a própria autora destaca, não a desqualifica em nada enquanto profissão, apenas coloca para o Serviço Social brasileiro constantes transformações societárias complexas.

1.2 . O debate acumulado pela categoria acerca das competências e atribuições privativas de assistentes sociais e suas particularidades no âmbito da saúde.

Para a análise do Serviço Social e Saúde na atualidade é necessário recuperar os avanços e lacunas ocorridos na profissão a partir dos anos de 1980. Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente se inserem, na sua maioria, nas universidades e têm pouca capilaridade nos serviços (NETTO, 1996a; BRAVO, 1996 *apud* CFESS, 2010).

Maurílio (2015) destaca que desde a ruptura com o conservadorismo que caracterizou a emergência da profissão, foi sendo construído um projeto profissional em que a questão social é produto do Modo de Produção Capitalista e não pode ser enfrentada de forma moralizante e de responsabilidade individual, esse enfrentamento deve ser coletivo.

O Código de Ética da profissão tem o compromisso com a liberdade como valor ético central e a defesa dos direitos humanos e da democracia. Daí a importância do projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária e na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/1993), especificamente nos artigos 4º e 5º que são tratadas as atribuições e competências privativas dos profissionais do Serviço Social. O Código de Ética também é responsável por assegurar os direitos e deveres dos profissionais no cumprimento das atribuições e competências e das instituições que os empregam..

Trazer para o debate não apenas as atribuições privativas, mas as competências profissionais, coloca em cena não somente aquilo que, pela lei, é função exclusiva do Serviço

Social, mas também aquilo que potencialmente podemos/devemos desenvolver no trabalho profissional, seja no campo da saúde ou em qualquer outro espaço sócio-ocupacional. Essa discussão é essencial e estar ancorados nas legislações é fundamental para um melhor e mais eficiente exercício profissional.

De acordo com um documento publicado pelo CFESS (2010.p.30) e intitulado como: “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos;

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;

- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos;

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

- desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;

A atuação profissional baseada numa perspectiva crítica e totalizante requer do assistente social uma intervenção que seja orientada pela leitura crítica da realidade, com capacidade para identificar as condições materiais de vida e buscar respostas no âmbito do Estado e da sociedade. Tudo isso deve ser acompanhado de um fortalecimento das lutas do povo trabalhador, defendendo seus direitos e construindo juntos estratégias para modificar a realidade.

Para tratar dos artigos 4º e 5º, da Lei de Regulamentação da Profissão, vale destacar que em 1998 o CFESS lançou um parecer jurídico de N.º 27/98, apontando uma análise das competências das/dos Assistentes Sociais, em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art. 5º de acordo com a Lei 8662/1993: que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional.

Incumbiu-nos o D. Conselho Federal de Serviço Social de prolatar parecer jurídico acerca da visível e inquestionável dubiedade e contradição existentes nos incisos do artigo 4º da lei 8662/93 em relação ao artigo 5º da mesma lei, este último que estabelece as atribuições privativas do assistente social. (CFESS, 1998.p.91)

Segundo o parecer do CFESS (1998) tal questionamento teve sua origem a partir das observações lançadas no documento produzido pelo Conselho Federal de Serviço Social, através das conselheiras Ana Maria Arreguy Mourão e Beatriz de Paiva, denominado “ O Serviço Social como trabalho: uma contribuição ao debate sobre as competências e atribuições profissionais” onde vem consignado:

(...) Assim, escreve-se o desafio da fiscalização do exercício profissional, que é amplificado pela dubiedade de sentidos de alguns incisos do artigo 4º em relação às situações previstas no artigo 5º, em que se estabelecem as atribuições que são privativas do Assistente Social, ou seja, que só ele pode executar. Ao se delimitarem as atividades do art. 4º, em alguns incisos mais fortemente (II, VI, VIII e X) percebe-se uma maior aproximação com o campo privativo do Serviço Social, o que exige uma interpretação mais cuidadosa, no sentido de prevenir possíveis equívocos, pois trata-se igualmente de competências que só o Assistente Social pode executar." (CFESS, 1998.p.91)

No mesmo documento é feita análise minuciosa sobre o que de fato poderia ser considerado Atribuição Privativa e Competências dos profissionais assistentes sociais, passando inclusive pela definição contida no Dicionário Aurélio, que interpreta o real sentido de cada uma dessas palavras. Como apontado abaixo:

ATRIBUIÇÃO - 1 - Ato ou efeito de atribuir. 2 - Prerrogativa - apanágio - Faculdade inerente a um cargo.

COMPETÊNCIA - 1 - Faculdade concedida por lei a um funcionário, juiz ou tribunal para apreciar e julgar certos pleitos ou questões, 2 - Qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certos assuntos, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade. (Novo Dicionário Aurélio - 1 Edição - Editora Nova Fronteira)

No referido documento o CFESS identifica alguns incisos onde o sentido das expressões são tênues, ora não podendo ser identificados com Atribuição privativa e ora não podendo ser identificado com Competência. Como se vê, na situação em análise, a atribuição é faculdade inerente à profissão, e é por isto que o exercício de algumas atividades especificadas pelo art. 5º da lei 8662/93 são prerrogativas do assistente social, e consequentemente, somente ele poderá executá-la.

Consideramos relevante ressaltar que o presente parecer pretende contribuir para o debate sobre as competências e atribuições privativas dos profissionais assistentes sociais, até porque a questão técnica inserida na matéria é bastante ampla, a exigir um

posicionamento de tal ordem, face à dimensão do conteúdo de técnica de cada das atividades previstas nos incisos dos artigos 4º e 5º da Lei 8662/93. (CFESS, 1998.p.102)

Sendo assim, seguimos destacando o que cada um dos artigos traz como prerrogativas. Art. 4º, da Lei nº 8662 (1993), define que constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Dito isto, compreendemos que o referido parecer jurídico de N. 27/98, teve como propósito analisar minuciosamente cada competência em relação às atividades privativas, a fim de identificar nos artigos 4º e 5º da lei 8662/93, o que cabe somente aos profissionais assistentes sociais e o que pode ser realizado por outros profissionais. Assim, a conclusão deste parecer, foi de que as competências que se repetem nas atribuições privativas, ou que estão implícitas nas atribuições privativas, passam a ser consideradas atribuições privativas, já que estas se sobrepõem às competências.

Embora as competências e atribuições privativas estejam todas asseguradas pela Lei que Regulamenta a Profissão e pelo Código de Ética, exercê-las pautadas no Projeto Ético Político ainda é um processo desafiador. Sabemos que o Projeto Ético Político é hegemônico, o que não significa que não existam outras correntes de pensamento dentro da profissão. Outro ponto importante a se destacar é que o Assistente Social é um trabalhador, que também sofre os efeitos da precarização e muitas vezes fica fadado a questões que vão para além do próprio querer.

Com a proposta de aprofundar o trabalho do/a assistente social ao atuar em diferentes espaços sócio-ocupacionais, considerando as diversas políticas sociais, em 2008 deu-se início à construção de documentos com o objetivo de traçar diretrizes profissionais, considerando a

especificidade profissional. Este processo envolveu a realização de Seminários Nacionais, precedidos de eventos regionais, com a publicização dos eventos nacionais; composição de grupos de trabalho e construção de parâmetros e subsídios para atuação profissional.

É importante registrar a adoção de uma concepção de totalidade na discussão do trabalho profissional nos diferentes campos de atuação profissional, tendo como referência as manifestações da “questão social”.

A cartilha já citada acima, produzida pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2010 e intitulada como: “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”, nela são apontados elementos fundamentais para a ação profissional dos assistentes sociais nesse espaço sócio-ocupacional, como, a concepção de saúde, a integralidade, a participação social e a interdisciplinaridade. Sobre a concepção de saúde:

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE, 2010. p. 39)

Debater a prática dos assistentes sociais no campo da política social não se confunde com o debate da prática profissional travado no campo de conhecimento do Serviço Social. Embora a intervenção do assistente social no campo da política social seja determinada pelo fazer profissional, ela se recobre de características que vão exigir não somente um alinhamento a determinado projeto profissional.

Exige-se assim que a profissão coloque em movimento o debate do fazer profissional em um processo que ainda não havia direção, mas buscando assim uma relativa autonomia. O trabalho no campo da política social, sob a ótica de um projeto crítico estratégico, nos termos de Netto (1996), requer o detalhamento das mediações necessárias para que o profissional decida de forma interna sua prática.

(...) profissional de serviço social é formado para trabalhar em diversos tipos de ações, em empresas, em comunidades, em saúde, em serviços de infância e na Justiça, entre outros. Seu leque de opções no mercado de trabalho é variado, embora seja insuficiente o número de profissionais contratados. Sua capacitação, que o habilita a estar à frente das mais diversas realidades, ajuda-o a trabalhar com a saúde, que envolve de tudo um pouco. Vale lembrar que a questão social está presente em todos os lugares e expressa-se nas mais diversas formas, trazendo impasses para as equipes

multidisciplinares. Para o enfrentamento dessa realidade, portanto, faz-se necessário o trabalho do assistente social, que ocupa assim um lugar estratégico e diferenciado nessas equipes. (LEME, 2013. p. 14)

O profissional atual precisa estar preparado teórica e metodologicamente em diversas áreas, uma vez que a concepção do serviço social é voltada para todas as áreas da sociedade onde o cidadão, usuário dos serviços sociais vivenciam as expressões da da “questão social”, e a saúde é uma delas, uma vez que apesar de constar no Brasil expressamente um sistema conceitual universal, seu acesso por conta de problemas estruturais e econômicos do estado não é garantido em sua plenitude.

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde. (BRAVO, 1996. p.25).

Segundo o (CFESS 2010.p.41) na cartilha - Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde “o assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações” e são exatamente essas particularidades que diferencia o trabalho deste profissional dos demais profissionais que atuam na saúde, como os médicos e enfermeiros. Isso nos leva a pensar em um dos grandes desafios da atualidade, o “Serviço Social Clínico”, que é colocado como:

(...) decorrente de um movimento composto de um grupo de assistente sociais com formação especializada em diversas abordagens clínicas: holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal. É um grupo heterogêneo que reivindica das entidades da categoria e unidades de ensino o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional. (CFESS, 2010. p.28)

De acordo com o referido documento do (CFESS 2010) sobre esses pontos, cabem algumas reflexões, afinal é compreendido a importância dos profissionais de Serviço Social buscarem maior compreensão na área da saúde, não sendo este fato um problema, no entanto:

O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos, entre outros) e não mais as identifica como as de um assistente social. (CFESS, 2010. p.28)

Diante de todo o exposto, fica evidente a grande importância em fomentar reflexões sobre o trabalho em equipe na área da saúde, assim como em diversos outros espaços, propiciando principalmente a divulgação e compreensão em torno atribuições dos assistentes sociais para as equipes de trabalho, “resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.” (CFESS, 2012. p.46)

Para uma melhor abordagem sobre o trabalho interdisciplinar faz se necessário adentrar sobre debate acerca da proposta de trabalho interprofissional⁶ na saúde, que é definido a partir dos conceitos de: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. No entanto, por agora, iremos nos preocupar apenas com a definição do conceito da interdisciplinaridade, nos capítulos que se seguem trataremos dos demais.

Sendo assim, segue a definições de Vasconcelos (2000, p.45) acerca da interdisciplinaridade:

A Interdisciplinaridade seria um grupo de disciplinas conexas, com objetivos múltiplos e identificação de uma problemática comum, apresentando dois níveis hierárquicos, com uma suposta tendência à horizontalização das relações de poder e criação de um campo de saber autônomo, onde haveria reciprocidade e enriquecimento mútuo.

Diante disto, este conceito de interdisciplinaridade “indica também o respeito à convivência entre os diversos saberes para a construção da prática interdisciplinar e que [a] convivência não [poderá] interferir na autonomia e na criatividade interna dos vários campos de conhecimento.”(TOMAZ, 2018. p.138).

No tópico 3.2 e 3.3 deste trabalho, faremos um resgate acerca da proposta de trabalho interprofissional, de acordo com os resultados obtidos com a pesquisa realizada. Enquanto no capítulo que se segue, iremos apresentar a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a constituição da RAPS e os desafios contemporâneos ante o retrocesso neoconservador, além de discorrermos sobre a Saúde Mental e Serviço Social na contemporaneidade, junto ao debate acumulado pela categoria acerca da atuação de assistentes sociais na política de saúde e na saúde mental.

⁶ Segundo (TOMAZ, 2018. p.134) O debate sobre o trabalho interprofissional no âmbito da saúde mental no Brasil tem como um dos seus principais expoentes o Professor Eduardo Vasconcelos - cuja produção teórica é direcionada tanto para a formação de recursos humanos quanto para a formação política e militante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, ao qual é vinculado. (...) esse debate teve início com sua obra Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da Subjetividade e interdisciplinaridade, lançada no ano 2000.

CAPÍTULO II : Saúde, Saúde Mental e Serviço Social

Neste capítulo faremos um debate em torno da Saúde, da Saúde mental e sobre o Serviço social no referido espaço de atuação. Dividimos os temas que irão abarcar os conteúdos deste capítulo em 3 tópicos, a considerar: no tópico 1, trataremos de forma breve, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, enquanto no tópico 2, abordaremos o debate sobre a atuação de assistentes sociais na política de saúde e na saúde mental, resgatando o debate da categoria profissional em torno deste assunto para endossar a análise e para que no tópico 3, possamos trazer o debate sobre as competências e atribuições privativas de assistentes sociais, passando pelo o conjunto de normativas sobre o exercício profissional.

2.1 - A Reforma psiquiátrica brasileira

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que impulsionou as políticas de saúde mental contemporânea, recebeu influências de experiências que emergiram a partir de algumas visitas que Franco Basaglia, considerado pioneiro da reforma psiquiátrica na Itália, e que esteve no Brasil no fim da década de 1970. A experiência daquele país europeu iniciou-se no ano de 1961, através do processo de transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia em uma comunidade terapêutica. E esse processo permitiu que outros espaços com essa natureza surgissem sendo o exemplo mais representativo na cidade de Trieste. Em seu pioneirismo nas duas experiências, Basaglia se negava a definir a doença mental e suas causas tendo como proposta realizar a definição do campo ético da ação em saúde mental e assim, tratar os doentes como sujeitos e não objetos institucionalizados (TOMAZ, 2018).

Franco Basaglia realizou três visitas ao Brasil na década de 1970, mais precisamente nos anos de 1975, 1978 e 1979. Entretanto, sua última visita teve maior repercussão junto aos trabalhadores da saúde mental, uma vez que o momento político nacional era muito favorável à maior participação social e política, em função do contexto de abertura política que o País vivia naquele momento, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental encontrava-se organizado e reivindicava mudanças no âmbito da assistência à pessoa com transtorno mental, fazia crítica à cronificação do tratamento manicomial, bem como a regularização da situação trabalhista e aumento salarial.(...) No entanto, as propostas de Basaglia de desinstitucionalização encontraram alguma resistência entre os brasileiros influenciados pela psiquiatria clínico-positivista, por interesses mercantilistas, argumentando a falta de rigor metodológico de suas propostas. Assim, o modelo de assistência psiquiátrica norte-americano encontrou mais espaço para sua inserção no País. (TOMAZ, 2018. p.34)

No ano de 1978, se inicia o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o qual os Estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, são precursores de grandes mudanças no âmbito da Saúde Mental, articulando-se através de encontros e congressos de categorias profissionais da saúde.

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1995. p.101)

É fundamental salientar que os estados supracitados são precursores, também, do momento que antecede a reforma. O período denominado como holocausto brasileiro, é apresentado por Daniella Arbex (2013) em seu documentário “HOLOCAUSTO BRASILEIRO”⁷, demonstrando como as populações em vulnerabilidade eram tratadas.

“Holocausto Brasileiro” é sobre pessoas que foram torturadas, espancadas, violentadas, dormiam ao relento e morriam de frio. Comiam ratos, bebiam água de esgoto e urina. É sobre como a sociedade, autoridades, políticos, funcionários, entidades religiosas e por que não as pessoas comuns, deixaram que essas barbaridades acontecessem com seres humanos, seus filhos, filhas que tiveram seu destino traçado ao embarcarem no “trem de doido”, que cortava as montanhas de Minas, abarrotados por aqueles taxados como “loucos”. Os sintomas? Timidez ou tristeza, perda da virgindade, gravidez indesejada. Moças desobedientes eram enviadas ao Colônia. Empregadas que engravidavam dos seus patrões, também. Homossexuais tinham como destino, o hospital. Pessoas encontradas sem documentos, vagando nas ruas da capital, ganhavam uma passagem no “trem de doido”, que também tinha espaço até para crianças. (ARBEX, 2013. s/p)

Foi após os seus primeiros anos que o MTSM amadurece e o seu viés sociopolítico germina, ao desvelar o espaço manicomial como um sintoma de controle e reprodução do modo de produção capitalista, propondo serviços substitutivos, que se definem por serviços de porta aberta, substituindo a lógica manicomial, sendo porta de entrada para a atuação de uma equipe multiprofissional, família e usuário para a construção de tratamento pautado na liberdade.

A passagem de Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena fomentou a recusa e denúncia às práticas violentas lá executadas, sendo que ele pautava propostas contra a

⁷ Holocausto Brasileiro é o desdobramento de uma série de reportagens, produzidas pela jornalista Daniela Arbex, para o jornal Tribuna de Minas. A história foi tão impactante que virou um livro-reportagem. Nele, a jornalista apresenta por meio de relatos, fotos e documentos oficiais, várias histórias de pessoas que, consideradas “loucas” foram enviadas ao maior hospício do Brasil, o Hospital Colônia, na cidade de Barbacena. O que se descobre é que o Colônia era uma fachada para atrocidades, um depósito de pessoas indesejadas na sociedade.

violação dos corpos asilados, bem como a mercantilização da loucura. Foi nesse movimento de enfrentamento contra as protoformas no interior do país, que as categorias profissionais da saúde, com o apoio do MTSM, são direcionadas a apoiar e cobrar a humanização de corpos violados. Além disso, reivindicaram melhores condições de trabalho - capacitação, remuneração - dos profissionais, e melhoria da prestação dos serviços as/os usuários com a expansão de serviços ambulatoriais de Saúde Mental em Hospitais Gerais, diminuindo o número de leitos psiquiátricos em Manicômios, para garantir o bem-estar, a humanidade e cuidado aos usuários desses serviços.

Sobre isto Tomaz (2018, p.36) aponta que:

(...) na segunda metade da década de 1980, o MTSM transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), redirecionando seus objetivos para o fim dos manicômios e pela criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, assumindo o lema Por uma Sociedade sem Manicômios. Isto quer dizer que, para o movimento não bastava a humanização do manicômio e sua reforma, vislumbrava-se a extinção no modelo de assistência à saúde mental centrado no hospital, na internação, no asilamento e na segregação do louco.

Nesse sentido, há um entrelaçamento de movimentos que surgem após a redemocratização como a reforma sanitária. Uma das pautas em comum era um sistema de saúde regionalizado, integrado e hierarquizado, sendo conhecido em 1983 como a ação integrada de saúde. Foi a partir desta ação que surgem as equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental, o controle e humanização desses setores hospitalares são implementadas pelo Estado após o enfrentamento e organização do MTSM entre 1980 a 1987.

Segue-se então o II Congresso Nacional de Saúde Mental em 1987, que ocorre em Bauru e abre debate para um novo período da Reforma Psiquiátrica no país, originando-se a carta de Bauru, com princípios norteadores da reforma. A partir deste marco, destaco um trecho que fortalece e endossa a direção deste trabalho (CARTA DE BAURU, 1987):

O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.

Vislumbra-se, em decorrência a esse histórico de modificações importantes para a reforma sanitária e psiquiátrica, que houve uma forte contribuição para a formação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), amadurecido por espaços formativos e

deliberativos fundamentais para a constituição de um modelo sanitarista de saúde pública, gratuita e de qualidade no país.

Entre 1987 e 1992 ocorre a emergência da Luta Antimanicomial trilhando para a desinstitucionalização psiquiátrica, mas, neste momento o MTSM, encontra empecilhos para os avanços da luta, pois os entraves políticos causados pelo Governo Sarney a nível nacional, Fleury em São Paulo e Milton Cardoso em Minas Gerais, com suas políticas conservadoras e neoliberais, impedem uma confluência de políticas que elencam a reforma psiquiátrica, já em contrapartida, neste mesmo período, há a criação da Constituição Federal, em 1988 e a Lei Orgânica de Saúde, em 1990, que aponta em anos consecutivos a construção do SUS.

Durante esse período o MTSM percebe a necessidade de se alinhar à luta de outros movimentos sociais, à classe trabalhadora e à opinião pública, adota-se assim uma bandeira de luta “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”, traçando a implantação de serviços substitutivos em hospitais psiquiátricos convencionais. Houve também um marco que foi a Conferência de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, e cria uma vinculação latino-americana de Reforma Psiquiátrica.

Nos anos de 1992 a 1995 há um avanço considerável na desinstitucionalização psiquiátrica, e surge a partir daí também a “desospitalização saneadora”⁸, a implantação da rede de serviços de atenção psicossocial e criação de associações de usuários e familiares.

A “desospitalização saneadora” significou um esvaziamento de leitos psiquiátricos de hospitais privados e públicos, traduzindo em números 27,6%, totalizando em média 27 mil leitos (VASCONCELOS, 1996), mas não significa que esse processo tenha garantido a qualidade dos serviços prestados e que esses usuários que desocuparam os leitos, tiveram assistência imediata.

Entretanto em paralelo ao processo de desospitalização, foram abertos mais de 2 mil leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e cerca de duzentos serviços de atenção psicossocial (Hospitais – dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de atenção psicossocial

⁸ “O movimento pela Reforma Psiquiátrica realizado em alguns países da Europa e EUA difere potencialmente do movimento italiano. Nos EUA e na Europa, a reforma limitou-se à desospitalização do doente, enquanto que na Itália houve a desinstitucionalização com seus conteúdos de mobilização dos sujeitos sociais como partícipes do processo, de transformação das relações de poder entre instituição e paciente, de reconstrução de uma estrutura de saúde mental que pudesse substituir inteiramente a internação que “nascem da desmontagem e da reconversão dos recursos materiais e humanos” (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 18). Já o modelo de desinstitucionalização usado pelos norte-americanos, desospitalizou o doente, mas criou outras instituições de pequeno porte com mais higiene e humanização, mas que reproduziram a lógica da exclusão/segregação, porém, fora do modelo asilar.” (TOMAZ.2018.p.35)

(NAPS), compondo o processo de substituição gradativa por serviços abertos. (SCHECHTMAN, Alves e Silva, 1996)

Até esse momento na história não havia uma lei nacional promulgada que estabelecesse normativas para a criação e execução dos serviços de atenção psicossocial, a implementação, destes, se dá através de leis municipais, regionais e estaduais, pautadas nos princípios da reforma psiquiátrica, bem como a organização de familiares e usuários através de suas associações que construíram o III Encontro nacional de Entidades de usuários e familiares da Luta Antimanicomial, sendo passíveis não só de escuta, mas também de vozes que ocasionam mudanças, chama-se atenção a construção de uma carta de direitos e deveres dos usuários e familiares.

Tomaz (2018, p.16) aponta que:

A saúde mental, através da Reforma Psiquiátrica, vem construindo uma nova prática na assistência à pessoa com transtorno mental. Prática esta realizada através dos serviços substitutivos ao manicômio e da incorporação dos familiares no tratamento e na luta pela extinção do hospício e do modelo manicomial, bem como através do reconhecimento da pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos.

Em 1995 os usuários, familiares e trabalhadores vêem os limites de uma política neoliberal, que não havia como prioridade mais uma vez a implementação de uma Política Nacional de Saúde Mental, nem uma política de combate às novas expressões da “questão social” como o desemprego, miséria, violência e etc. neste momento, há um desestímulo enorme na liderança do MTSM, tendo em vista o desafio que os freava, para o avanço das propostas e consolidação da reforma psiquiátrica. Até que, a Doutora Ana Pitta, médica psiquiátrica, militante do MTSM, incumbe-se da liderança do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, assumindo os desafios postos, obtendo então conquistas recentes, de uma luta histórica, como: a legislação federal sobre cooperativas sociais, para inclusão no trabalho de indivíduos dependentes, e a portaria do ministério da saúde sobre serviços residenciais terapêuticos (VASCONCELOS, 2008).

Até que em 2001, a Lei nº 10.216, proposta pelo deputado federal Paulo Delgado⁹, também conhecida como Lei Paulo Delgado, instituiu um novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais no Brasil, e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Além do Programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (CNS, 2012).

Depois de apresentarmos brevemente alguns aspectos gerais sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir do legado de Basaglia, partiremos para uma reflexão efêmera sobre a profissão do Serviço Social, e sobre como se dá a atuação destes profissionais no âmbito da saúde mental. Sobre a profissão, Robaina (2010) dirá que :

Uma profissão se legitima frente à sociedade a partir de um processo de inserção histórica na divisão sociotécnica do trabalho. É o conjunto de sua produção teórica e de seus instrumentos operativos que lhe garantem reconhecimento e um mandato social — o que justifica a existência do Serviço Social como especialidade no mundo do trabalho é a questão social. É desse lugar que o assistente social está legitimado frente ao empregador e aos usuários de seu serviço. (ROBAINA, p.345)

Em seguida, a autora irá complementa dizendo que na área da saúde mental verificam-se “ duas matrizes de atuação do assistente social: uma, identificada com a atividade “clínica”, que se subordina à homogeneização dos saberes psi e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica.” e a outra perspectiva que irá dizer sobre o tipo de atuação profissional que “preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos

⁹ “Neste processo em curso, em 1989, o então Deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei que previa, em especial, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e proibia a construção em todo o território nacional de novos hospitais psiquiátricos públicos. No entanto, essa proposta foi avaliada extrema diante do quadro de mercantilização da loucura instaurado no Brasil a partir dos anos de 1960. Este projeto transitou por 12 anos no Congresso Nacional, não sendo aprovado, até que um segundo projeto - este mais —amenol do ponto de vista político e econômico -, foi proposto pelo Senador Sebastião Rocha, substituindo aquele de 1989. Este segundo projeto foi aprovado no ano de 2001, transformando-se na Lei da Reforma Psiquiátrica de no 10.216, que —dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (TOMAZ.2018.p.37)

determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito.” (ROBAINA.p.345)

Dito isto, fica explícito que o campo da saúde mental pode ser considerado um campo que apresenta grandes desafios em torno da atuação profissional dos assistentes sociais. Sendo assim, mais adiante, no tópico 2.3 abordaremos esse conteúdo com maior ênfase, e mais adiante, no tópico 3.3, traremos essa discussão atrelada às possibilidades, os impasses e os desafios postos para o Serviço Social no CAPS I de Mariana.

2.2 - A constituição da RAPS e os desafios contemporâneos ante o retrocesso neoconservador.

Figura 1- RAPS/ Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Ministério da Saúde

Segundo o Ministério da Saúde, dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), “propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.”

As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (Ministério da saúde)

Juridicamente, a RAPS foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde, número 3088 de 23 de dezembro de 2011, e que descreve dentre outras questões, as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, a saber:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011a).

A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, é composta por:

- Serviços da Atenção Primária à Saúde (UBS/ESF/NASF) / Com apoio do matriciamento);
- Atenção Psicossocial Especializada (CAPS, Ambulatórios);
- Atenção de Urgência e Emergência;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Atenção Hospitalar;
- Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Destaca-se que, “o dispositivo selecionado pelo Ministério da Saúde para a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos foram os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que se tornaram o modelo central na experiência brasileira”. (PASSOS, 2016, p. 145).

Os CAPS são serviços regulamentados pela Portaria GM 336/02 do Ministério da Saúde, funcionam de portas abertas, atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e tem como premissa o cuidado em saúde mental no território, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos. (MORAES.2018.p.5)

Cabe também aos CAPS “regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica (SCHEFFER, 2013, p. 140)”.

É válido informar que existem três modalidades de CAPS de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III. Também temos os serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais – CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil), e os serviços especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas – CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas). (MORAES.2018.p.5)

Sendo assim, buscamos fazer uma breve apresentação de como estes serviços se organizam:

Figura 2 - Quadro 1 - Descrição dos CAPS por nível:

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos, leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, é reafirmado os CAPS como dispositivos fundamentais do modelo de atenção psicossocial substitutivos ao hospital psiquiátrico, “ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais.” (IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2020. p.69)

Os CAPS, serviços na comunidade, devem operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersetorial, realizar apoio matricial, atuar de modo articulado com as demais políticas públicas, e não reproduzir práticas manicomiais. É fundamental, também, que os CAPS garantam o acesso, com horário estendido e porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, e a realização de visitas domiciliares. (IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.2020.p.69)

Fazendo um recorte para a cidade de Mariana/MG, Santos; Carvalho e Penido (2021), apresentam a inserção de novos elementos dentro desse processo de constituição da RAPS, enquanto instrumentais metodológicos, como: a presença da arte e da cultura e de práticas integrativas em saúde. A RAPS, é reconhecida enquanto uma estratégia importante na construção das ações de respostas em saúde mental.

Santos; Carvalho e Penido (2021) relatam que referente ao atendimento das vítimas do rompimento da Barragem de Fundão em Mariana no Estado de Minas Gerais, quando houve grande destruição da cidade, tais ações¹⁰, foram experiências essenciais para a expressão, ressignificação e elaboração do processo de busca de autonomia junto às comunidades atingidas.

Outra estratégia importante dentro da RAPS está no apoio Matricial, em descentralizar o atendimento dos CAPS, para as Unidades Básicas de Saúde, fazendo com que apenas os casos de urgência e emergência permaneçam nos CAPS. No entanto, embora seja uma estratégia valiosa, há o que se considerar, pois como aponta Tomaz (2018) existem alguns desafios para o matriciamento e materialização da atuação na RAPS:

Para a realização do matriciamento e construção da RAPS, são necessárias ações para além dos muros dos serviços - ações externas e comunitárias -, que demandam tempo dos técnicos envolvidos e meios para sua realização, como, por exemplo, a disponibilização de recursos materiais, como veículo para deslocamento dos técnicos até os serviços da comunidade. Além disso, há também as demandas internas do serviço que precisam ser atendidas.

(...) Nessa disputa, as demandas internas são consideradas mais urgentes porque estão relacionadas à necessidade de estabilização dos usuários em crise, ao acompanhamento do uso correto da medicação, etc., são priorizadas. Com isso, o trabalho externo fica relegado a segundo plano. (TOMAZ,2018.p.76)

Dito isto, vemos como desafio, a imediatividade imposta pelo próprio processo organizativo de trabalho, onde as demandas imediatas são colocadas como prioridade, bem como outros fatores que refletem na dificuldade encontrada em realizar as ações de matriciamento.

¹⁰ A presença da arte e da cultura e de práticas integrativas em saúde.

Outro aspecto que demonstra desafios na atualidade, diz respeito ao neoconservadorismo contemporâneo, expresso em diversos ataques do governo atual e até em governos anteriores, que nos colocaram diante de grandes retrocessos e num imenso cenário de obscuridade.

Podemos ver esse cenário de obscuridade aparecer mais fortemente na última década, especialmente a partir da articulação de um “grande acordo nacional” para o restabelecimento da direita tradicional com o vice-presidente Michel Temer (PMDB) que culminou no impeachment da então presidente Dilma (PT). No período pós-golpe, o governo Temer teve como primeira medida contrarreformista a chamada “PEC do Fim do Mundo” (PEC 55/2016) que limitava por 20 anos os gastos públicos primários e instituiu um nefasto mecanismo de gastos federais. Essa medida impediria investimentos públicos, agravaria as recessões e prejudicaria principalmente os mais pobres, ao diminuir recursos em diversas áreas, como exemplo, a área da saúde.

Atualmente, vivemos um governo ainda mais repressivo, que busca a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro e que investe no aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior.

Como exemplo, podemos citar o decreto N° 11.098 expedido em junho de 2022, que determinou o fim da coordenação de saúde mental do ministério da saúde, colocando -a como subordinada à Rede de atenção primária.

Em 2021, o CFESS manifestou nota de repúdio, aos novos ataques à política de saúde mental, onde vimos notícias veiculadas pela mídia nacional, que apontavam que o governo federal pretendia revogar portarias e atos normativos que poderiam significar o encerramento de diversos programas de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS),

(...) A proposta do governo federal de revisão da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e de mudanças no modelo assistencial em saúde mental é baseada no documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”, que veio a público recentemente e nitidamente inspirado em um modelo biomédico e hospitalocêntrico, oposto ao que os movimentos de defesa do SUS público estatal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil defendem.

(...) É nítido que o governo [atual] intensifica os ataques à política de saúde mental, acelerando as contrarreformas que já vêm ocorrendo ao longo dos anos, como o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o fortalecimento de comunidades terapêuticas, entidades privadas e restritivas de liberdade, e a total a desconsideração da participação popular na construção Política de Saúde Mental, que ocorre por meio dos conselhos e conferências de saúde. (CFESS, 2020. s/p.)

O Conjunto CFESS-CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais) reafirma seu compromisso na:

(...) defesa de pautas fundamentais, como a luta pela efetivação da Reforma Psiquiátrica e dos mecanismos de atenção à população usuária dos serviços da saúde mental, álcool e outras drogas; a defesa da base comunitária e de orientação com a política de redução de danos, em articulação com o controle social e os movimentos sociais; a luta pela ampliação e consolidação de uma rede substitutiva capaz de sustentar uma ação integral e antimanicomial, com ênfase no território e respeito aos direitos humanos; o enfrentamento à internação compulsória, em comunidades terapêuticas, reafirmando posicionamento contrário ao financiamento público para instituições privadas; a defesa do SUS e das condições de trabalho de assistentes sociais, na perspectiva de responsabilização do Estado na condução das políticas sociais.

(...) a defesa da liberdade como um valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes, a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais são princípios que pautam a atuação profissional da categoria de assistentes sociais.(CFESS, 2020. s/p.)

Assim, fica evidente as adversidades encontradas no âmbito da saúde mental, e como essas questões impactam diretamente na materialização dos CAPS e consequentemente em toda a rede de atenção psicossocial. Questões que refletem diretamente no trabalho do Assistente social, pois todas essas dificuldades impõe uma série de desafios cotidianos no que tange uma participação mais ativa na constituição da RAPS, onde seria possível uma maior afinidade com o projeto de profissão do Serviço social.

São incontáveis os prejuízos à população brasileira ante o retrocesso neoconservador, prejuízos que não se esgotam na saúde e na saúde mental, e que impactam de forma severa em nossas vidas.. Ainda mais quando levamos em conta esse atual governo que tem bases profundas e históricas com o reformismo conservador, que acabam redefinindo e retomando algumas marcas de origem da profissão. Fazendo com que cada vez mais a “questão social” e suas diversas expressões acabem sendo tratadas com ações minimalistas em face de uma “questão social” maximizada.

2.3 - Saúde Mental e Serviço Social na contemporaneidade.

Podemos dizer que a intervenção profissional de assistentes sociais no campo da saúde mental, na interface com a questão social, se conecta com os direitos do usuário enquanto cidadão, ou seja, o exercício profissional da/o assistente social repousa sobre uma “trama das relações loucura/exclusão/ discriminação e política de saúde mental/políticas

públicas, que vão se delineando e se particularizando, no cotidiano, na questão social” (MACHADO, 2009. p. 83).

A partir da última década, a Reforma Psiquiátrica iniciada no País, após um longo movimento de questionamento e superação do modelo de atenção à saúde mental centrado no hospital psiquiátrico, levou à abertura e expansão da rede de serviços substitutivos ao manicômio e os serviços de saúde mental brasileiros vêm se expandindo como espaços sócio-ocupacionais para o Assistente Social, principalmente a partir da aprovação da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (TOMAZ, 2018. p.45)

Robaina (2010, p.345) aponta que, "uma profissão se legitima frente à sociedade a partir de um processo de inserção histórica na divisão sociotécnica do trabalho. (...) é o conjunto de sua produção teórica e de seus instrumentos operativos que lhe garantem reconhecimento e um mandato social”, colocando a “questão social” como a justificativa da existência do Serviço Social enquanto especialidade no mundo do trabalho. “É desse lugar que o assistente social está legitimado frente ao empregador e aos usuários de seu serviço.”(Robaina, 2010. p.345)

Além disso, ela irá complementar, destacando que verificam-se na área da saúde mental duas matrizes de atuação do assistente social:

(...) uma, identificada com a atividade “clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes psi e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético-político e deixa uma lacuna histórica no projeto da Reforma Psiquiátrica. Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica. Assim, o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças! Não se trata aqui de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos — o que se está colocando em questão é o fato de o assistente social tomar por objeto esta subjetividade!. (ROBAINA,2010.p.345)

(...) uma outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito. Neste particular, a ofensiva neoliberal e a forma como essas forças têm se apropriado da Reforma Psiquiátrica brasileira ao materializá-la enquanto política social têm colocado enormes desafios à contribuição do Serviço Social.(ROBAINA,2010.p.345)

Dito isso, é ressaltada a importância e os desafios para atuação do Assistente Social no campo da saúde mental na contemporaneidade, um desses desafios é a interdisciplinaridade. Vimos no item 1.2 (p.31) que o trabalho em saúde parte da perspectiva do trabalho interdisciplinar, afirmando que :

(...) o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010. p. 26)

Este documento também é enfático ao afirmar que para se “pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde [é fundamental] (...) buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde” (idem, p.30)

No âmbito específico da política de saúde mental, desde a instituição do Movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), grupo construído de maneira heterogênea no que tange às áreas de conhecimento, composto por trabalhadores e pesquisadores da saúde mental, vem reverberando a necessidade da interdisciplinaridade, sobre isso Amarante cita no item 3 de sua obra *“Loucos pela Vida”* :

A discussão deste item se fará no sentido de relatar, por intermédio de algumas 'histórias' de diversos atores, práticas que criaram tensão no campo da saúde mental. Estas 'histórias' não se propõem a ser um continuísmo em relação às práticas em psiquiatria, mas sim à possibilidade de abertura deste saber, por vários recortes de diferentes atores. O que importa, aqui, é que os atores, divididos em grupos (muitas vezes bastante heterogêneos), sejam percebidos muito mais por suas práticas de construção de olhares diferentes sobre a loucura e não por se enquadrarem em determinado status ou classe social. Importa, também, considerar a tensão destes grupos na composição dos diversos cenários de resistência ou manutenção das formas hegemônicas de lidar com a loucura. (AMARANTE. 1995. p.176.)

Desta forma, se constitui um saber, a partir da reforma psiquiátrica, pautado no conceito de interdisciplinaridade visando a troca e intersecção dentro das equipes de modo a construir estratégias coletivamente, descentralizando o conhecimento e assim supostamente possibilitando a potencialização das relações interdisciplinares.

Ao mesmo tempo em que para o Serviço Social, de acordo com os Parâmetros para atuação na política de saúde “O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.”(CFESS, 2010, p. 46).

Este mesmo documento traz uma afirmação da professora Iamamoto a respeito do tema, quando a mesma afirma que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. Assim a autora considera que “são as

diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, *apud* CFESS, 2010, p.46).

Assim, seja pela via da Reforma Psiquiátrica, ou pelo acúmulo do Serviço Social em relação ao trabalho no âmbito da saúde, a perspectiva da interdisciplinaridade se põe como fundamental para realização do trabalho nesta política.

Entretanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira, espelhada na reforma Italiana, apresenta algumas lacunas passíveis de críticas. De acordo com Tomaz (2018) as idéias de Basaglia foram parcialmente incorporadas, sendo excluídos pela Reforma Psiquiátrica brasileira elementos e ações que tratavam especialmente do âmbito social, da dimensão material e objetiva da vida dos sujeitos, que estaria para além da condição patológica, onde atuariam mais fortemente os Assistentes Sociais. Então, o que vemos ainda, é a centralidade na condição “*psi*” mais potente do que na condição social, o que infere diretamente na atuação profissional e interdisciplinar.

Conforme Tomaz (2018, p.132),

“O debate sobre o trabalho interprofissional no âmbito da saúde mental no Brasil tem como um dos seus principais expoentes o Professor Eduardo Vasconcelos - cuja produção teórica é direcionada tanto para a formação de recursos humanos quanto para a formação política e militante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, ao qual é vinculado. Há muito, Vasconcelos (2000 e 2002) vem promovendo esse debate no âmbito da saúde mental e sua interface com o Serviço Social.”

De acordo com a autora,

Vasconcelos (2000 e 2002), afirma que a proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental está fundamentada pelo pluralismo no âmbito da produção de conhecimentos e esta proposta, supostamente plural, estaria ancorada nas elaborações de Coutinho (1991) acerca do pluralismo. Contudo, (...) identificamos algumas distorções em relação à incorporação das ideias originais de Coutinho, ou seja, identificamos que não há correspondência à totalidade de suas elaborações. Diante disso, nos questionamos acerca da natureza dessa proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental, supostamente, ancorada numa concepção de pluralismo científico, uma vez que, a princípio, nos pareceu mais afeita ao ecletismo. (TOMAZ, 2018. p.171.)

Assim, a autora identifica que as abordagens de Vasconcelos se assemelham mais com Pluralismo Metodológico e com o Ecletismo, do que com o Pluralismo defendido por Coutinho, o que pode refletir na forma como as equipes incorporam o conceito de interdisciplinaridade. Nessa direção Tomaz (2018, p.180) afirma que .

(...) a proposta de trabalho inter/transdisciplinar da saúde mental, a nosso ver, tendo como substrato teórico-metodológico o pluralismo metodológico – que mais se assemelha ao ecletismo do que ao pluralismo científico –, apresenta fragilidades e limites, tendo em vista que esse substrato é produto da onda pós-moderna, donde verifica-se o aprofundamento da crítica epistemológica ao marxismo, no campo das Ciências Sociais, cujo horizonte é o neoconservadorismo profissional. O que tem impactado no âmbito específico da saúde mental, (...) e tem refletido no trabalho do Assistente Social.

Segundo a referida autora, esta análise acerca da interdisciplinaridade contemporânea tem relação com a atuação do chamado “Técnico de Referência”, cuja função é de caráter genérico e inespecífico¹¹, onde “todos” fazem de “tudo” nos CAPS. Por “todos”, entende-se Assistente Social e os demais profissionais de nível superior (exceto os psiquiatras) podendo ser os Psicólogos, Terapeuta ocupacional, e em alguns casos os enfermeiros. De acordo com Tomaz, esta função ganhou centralidade na organização do trabalho em equipe na saúde mental, onde a mesma verificou uma subsunção da atuação profissional especializada [de Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais], a essa função genérica e inespecífica, onde “todos podem fazer de tudo” partindo de uma ação onde cada profissional se torna referência técnica dos sujeitos usuários do serviço, e essa atuação se materializa em acompanhamentos de cunho subjetivo e terapêutico alinhado a práticas baseadas na escuta individual dos usuários e no cuidado dos mesmos..

Sobre o Técnico de Referência, vale ressaltar que:

(...) a função de Técnico de Referencial significa que cada profissional da equipe vai ter um determinado grupo de usuários que estarão sob sua referência, para os quais deverá criar um projeto terapêutico singular. Este projeto, supostamente, tem por finalidade dar a direção do tratamento do usuário, (...) articular o trabalho realizado [no serviço] com a comunidade na qual o usuário vive e com os demais serviços sociais, sejam estes serviços na área da saúde e/ou assistência social, com os quais o usuário tenha algum tipo de vínculo.
(TOMAZ.2018.p.111)

O que acaba impondo a todos os profissionais que atuam como técnico de referência, a necessidade de especialização em conhecimentos sobre psicanálise e psicopatologia o que no caso do Assistente Social, vai totalmente na contramão do que é postulado pela direção atual da profissão, contrariando também as legislações promulgadas pelos órgãos que regulamentam a profissão.

¹¹ Ver mais em : TOMAZ, Cristine Silva.. “*O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência” possibilidades de uma atuação crítica?*” / Cristiane Silva Tomaz. - 2018. 253 f.

Com relação à atuação profissional no interior dos CAPS's, sinalizo a importância dos profissionais não perderem sua especificidade. É de suma importância o trabalho em equipe, desde que, cada profissional contribua com o olhar da sua profissão. Vejo que no campo da saúde mental, muitos profissionais acabam se tornando “técnico em saúde mental”, ou seja, desempenhando diferentes funções, e as mesmas funções que os demais profissionais, exceto o médico que continua exercendo suas atribuições privativas. (MORAES.2018.p.9)

Neste tocante, o CFESS traz em sua Resolução CFESS Nº 569, de 25 de março de 2010, a disposição sobre:

"A VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social", assegura os direitos dos usuários que devem ser atendidos por profissionais qualificados teórico-metodológica/política e eticamente em matéria do Serviço Social. E também contribui para assegurar direitos do/a assistente social que não podem realizar nem se responsabilizar por atuações que demandam conhecimentos específicos para os quais não estão devidamente habilitados no âmbito de sua formação – Serviço Social.

Desta maneira, pode-se concluir que: a atuação profissional se encontra criticamente precarizada¹², potencializada pela ofensiva neoliberal agudizando a idéia de atuação em áreas múltiplas, pautada na idéia de que “todos podem fazer de tudo” o que além de potencializar a exploração do trabalho pode implicar diretamente nas atribuições e competências profissionais, o que acaba sendo negativo e dificultando o exercício profissional.

É importante ressaltar também que, neste sentido, a participação dos Assistentes Sociais na RAPS, é de extrema importância, pois essa rede possui mais afinidades com as dimensões ético política, técnico instrumental e teórico-metodológica, adotadas pela profissão, o que deve ser tido como um mirante para os profissionais que atuam como técnico de referência nestes espaços.

Entendemos que, no sentido dos Assistentes Sociais terem como horizonte um trabalho de construção do matriciamento e da RAPS, caberia uma redefinição na perspectiva dos serviços diante das funções de Técnico de Referência, do ponto de vista da forma de compreensão da organização do trabalho na saúde mental e na constituição das equipes interprofissionais. Assim, seria possível para os Assistentes Sociais caracterizar sua atuação como Técnicos de Referência, a partir dos elementos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da formação em Serviço Social, que poderiam contribuir para o trabalho de matriciamento e de construção da RAPS, por exemplo, sem que tivessem a necessidade de conhecimentos no campo da psicanálise e psicopatologia, como demonstraram. (TOMAZ, 2018. p.229)

¹² Sobre a precarização da profissão, é uma máxima que atualmente atinge o mundo do trabalho. E de que trabalho falamos? O trabalho que se assenta na órbita do capital, então, com todas as precarizações, há os mais precarizados. Então quem trabalha com mulheres, negres, indígenas, pessoas com deficiência e saúde mental, estão no limbo da sociedade.

A partir desse pressuposto, é possível dizer que a organização do trabalho em equipe como vem sendo realizada pelos equipamentos, desconsidera como prioridade essas ações de matriciamento, relacionadas ao Serviço social, colocando que são consideradas mais urgentes as demandas relacionadas aos acompanhamentos, e estabilização de crise dos usuários, além do fato de que essa atuação mais ativa demanda recursos materiais que muitas vezes não estão disponíveis, o que se relaciona diretamente com o financiamento das políticas que compõe o tripé da Seguridade Social, e que na conjuntura atual vem sofrendo uma série de desmontes e ataques levando ao sucateamento destes serviços, incluindo o da Saúde mental.

Desta maneira, segundo Tomaz (2018), podemos dizer que a proposta de trabalho interdisciplinar na saúde mental reflete influências do Pluralismo Metodológico, composto por diferentes perspectivas teórico-metodológicas, que descarta a eficiência teórico metodológica de correntes clássicas, inclusive o Marxismo, e que distorcem a finalidade e objeto do serviço social, se voltando para um viés subjetivista, que na prática, destoa da perspectiva crítica que é imprescindível para analisar a realidade, principalmente para uma atuação crítica do Assistente Social.

Com este tópico pudemos nos aproximar do debate sobre o Serviço Social na saúde mental, destacando algumas problematizações em torno da atuação dos assistentes sociais dentro deste espaço sócio-ocupacional. Essa discussão irá embasar as reflexões que traremos nos tópicos seguintes (3.1 / 3.2 e 3.3), onde iremos trazer a pesquisa realizada com a Equipe e a Assistente Social do CAPS I de Mariana.

CAPÍTULO III

O Serviço Social no CAPS de Mariana: possibilidades, impasses e desafios.

3.1 - Caracterização do município de Mariana e Breve resgate histórico da constituição do Centro de Atenção Psicossocial de Mariana.

De acordo com o IBGE/ Estatísticas (2021), atualmente o município Marianense possui 61.830 habitantes. Destaca-se que este mesmo território, através da Carta Régia em 23 de abril de 1745 se tornou a primeira cidade do Estado de Minas Gerais.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde da localidade, foi em 1745 que o Rei de Portugal, Dom João V, elevou a vila à categoria de cidade, a nomeando como Mariana, uma homenagem à rainha Maria Ana D'Austria, sua esposa. Anteriormente a vila era nomeada como Arraial de Nossa Senhora do Carmo.

Desde a data de 1945 a cidade tornou-se monumento nacional, que abriga uma arquitetura colonial, acompanhada da cultura municipal regidas por pintores, músicos e poetas. Conhecida também por projetar talentos como Manoel da Costa Ataíde (pintor sacro), Cláudio Manoel da Costa (poeta e inconfidente) e Frei Santa Rita Durão (autor do poema Caramuru).

O município faz parte da zona metalúrgica, junto a outros 22 municípios e em seus limites, encontram-se as cidades de Ouro Preto, Santa Bárbara, Catas Altas, Alvinópolis, Barra Longa, Acaiaca, Diogo de Vasconcelos e Piranga. Sua área territorial é de aproximadamente 1.194,208 km². A cidade está há 697 metros do nível do mar, Rio Gualaxo do sul e Ribeirão do Carmo.

Mariana possui sete distritos, sendo esses: Santa Rita Durão, Camargos, Monsenhor Horta, Cachoeira do Brumado, Furquim, Passagem de Mariana, Bandeirantes, Padre Viegas e Cláudio Manoel. Como demonstra o mapa abaixo :

Figura 3- Mapeamento dos distritos de Mariana/MG.



Fonte: registro / Jornal Lampião

Para além dessas localidades, se incluem os subdistritos.

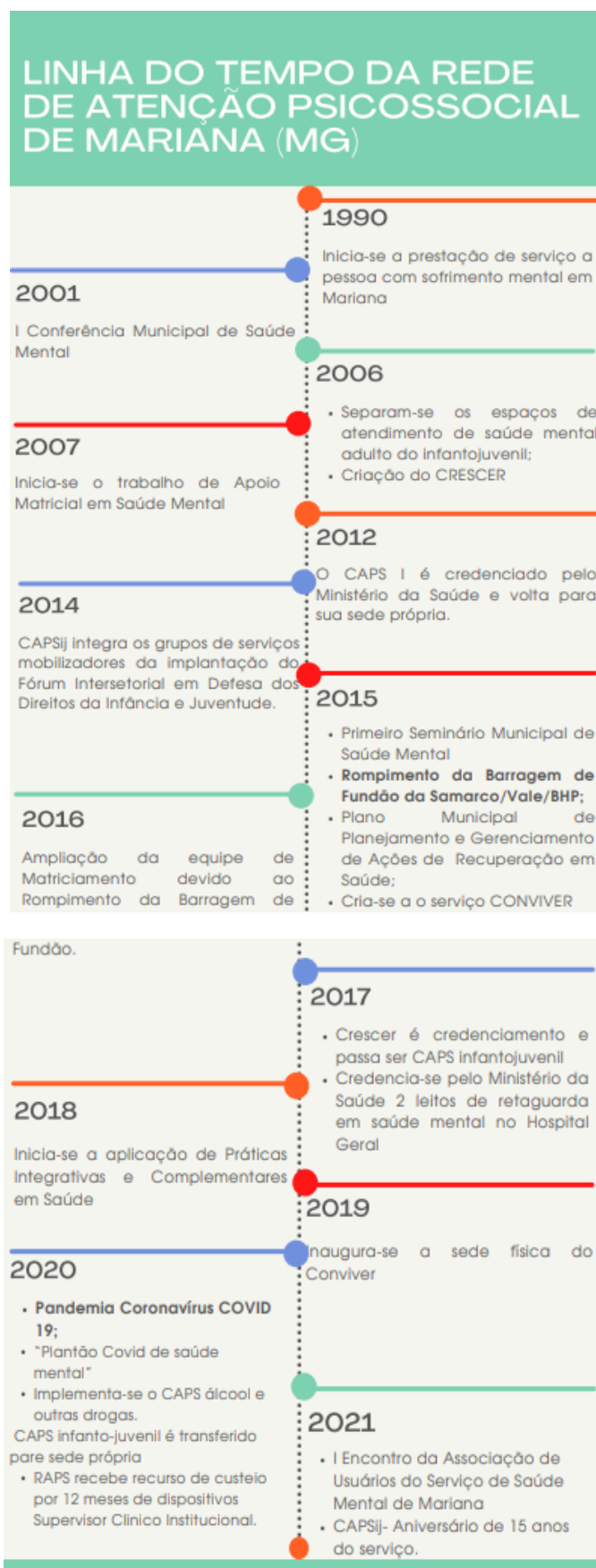
Desde o século XVII a atividade minerária encontra campo fértil na cidade, e na atualidade, sua principal atividade econômica tem dado continuidade ao processo exploratório de mineração.

Quanto à política de saúde e saúde mental do município, tem-se que em 1990, a partir da lei Orgânica da saúde, - 8080/1990, estabeleceu-se como responsabilidade do Poder Público, a tarefa de controle das ações, regulamentação e fiscalização dos serviços de saúde, dessa forma passou a ser atribuição do municípios executar esses procedimentos, por meio da instauração do Sistema único de saúde (SUS). Logo, demarca-se a importância de remontar o caminho histórico¹³ do CAPS I de Mariana/MG até o seu credenciamento, iniciando-se pela década de 1990 quando é realizada a primeira prestação de serviço a pessoas com sofrimento mental em Mariana/MG.

De acordo com a linha do tempo, faremos um breve resgate histórico da constituição do Centro de Atenção Psicossocial e da RAPS de Mariana/MG.

¹³ Importante ressaltar a grande dificuldade em encontrar documentos/ registros que possibilitassem esse resgate histórico. Registros esses que foram se perdendo ao longo dos anos. Portanto, todas as informações contidas neste tópico se deram através de pesquisa em alguns documentos nos arquivos do serviço e em relatos de alguns profissionais que estiveram à frente dos atendimentos ou na gestão dos períodos citados.

Figura 4- Linha do Tempo da Rede de Atenção Psicossocial de Mariana/MG.



Fonte: Registro CAPS

Mariana implantou a sua prestação de serviço ao portador de transtorno mental em 1990, o atendimento de caráter ambulatorial tinha como objetivo principal fornecer a população em situação de risco social um cuidado que não fosse apenas o de encaminhar os portadores de problemas psíquico para as consultas e internações em Belo Horizonte, o que até então era feito rotineiramente, muita das vezes sem um encaminhamento ou orientação médica, ou seja, seguindo o padrão de atendimento no qual o isolamento e segregação eram as únicas formas concebidas de atendimento para o sujeito (Plano Municipal de saúde mental - 2008)

Na época, os atendimentos em saúde mental deram início em um espaço chamado Núcleo de Atenção Psicossocial e Nutricional, mesmo endereço onde o CAPS funciona atualmente. O espaço não era específico da saúde mental, pois lá realizavam-se diversos serviços da saúde, como: neurologia, nutrição, psiquiatria e psicologia. E se tratando especificamente da saúde mental os casos mais graves eram direcionados para a cidade de Belo Horizonte/MG, realizando internações psiquiátricas em Hospitais como o Galba Veloso e Raul Soares.

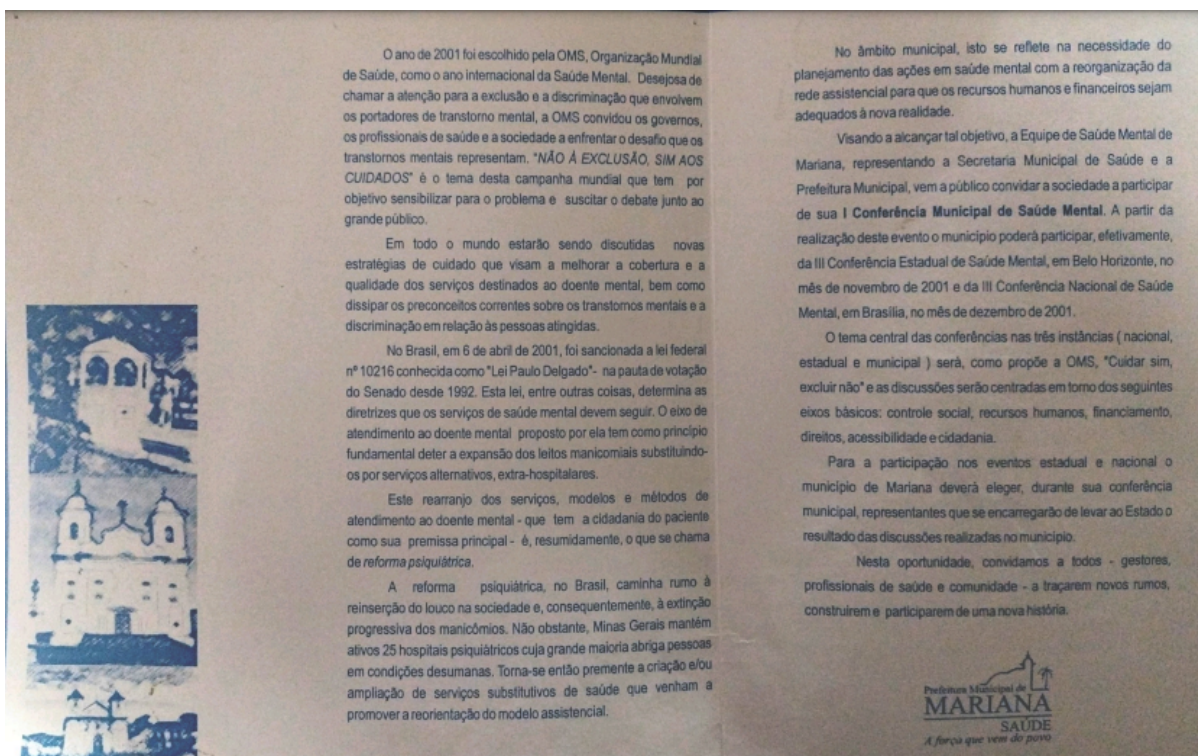
Segundo o Plano Municipal de Saúde, o atendimento psiquiátrico iniciou de forma tímida, porém em pouco tempo a demanda reprimida eclodiu através de filas de espera. Assim, a gestão solicita ao município a contratação de um psicólogo para dar suporte ao serviço, que até o momento, era realizado apenas por um psiquiatra. Juntos, esses dois profissionais passam a direcionar a atenção também para os quadros apresentados por crianças e adolescentes, o que ainda sim, não alterou o caráter ambulatorial de atendimento.

Após um ano de funcionamento detectou-se a necessidade de atender a nível psicoterápico as demandas dos usuários adultos, o que levou o município a contratar mais um psicólogo para trabalhar com este público. Esse trio de profissionais passou a trabalhar especificamente com o público-alvo da Saúde Mental do Município.

Até o ano 2000 os atendimentos em saúde mental eram realizados no prédio atual do CAPS, até que o prédio é fechado para reforma e os atendimentos de psicologia/ psiquiatria passam a acontecer provisoriamente em uma sala no antigo Ginásio Poliesportivo de Mariana. Os atendimentos permaneceram neste espaço por alguns meses. Logo depois, foi cedida uma sala na antiga Policlínica onde permaneceu por alguns anos.

Chamando atenção ao fato de que apenas em 2001 realizou-se a I Conferência Municipal de Saúde Mental, criando uma lacuna teórica, operacional e tática para as equipes que já prestavam o atendimento ao usuário de saúde mental no município.

Figura 5 - Convite da Iª Conferência Municipal de Saúde Mental da Mariana:



Fonte - Arquivo CAPS

Segundo o Plano Municipal já mencionado, a trajetória até o credenciamento é vasta. Em 2001, durante a Conferência Municipal da Saúde Mental, foram indicadas as deliberações com as modificações necessárias para a implementação do CAPS, incluindo espaço físico adequado, equipe mínima, entre outras exigências.

O Serviço também funcionou por alguns anos na (Rua Santa Cruz / Barro Preto), espaço onde hoje é a Central de Imunização. Ali já criava-se um espaço especificamente para o cuidado em Saúde Mental.

Até que no ano de 2011 o CAPS, volta para a sua sede própria (Rua 16 de Julho / Centro), e um ano depois, após algumas adequações é finalmente credenciado pelo Ministério da Saúde, em (09/03/2012).

Segundo a antiga coordenadora do CAPS I, Germana Pimenta Bonfiolli (Registro CAPS), com o credenciamento e os recursos adquiridos a partir dele, o serviço no espaço pôde ser incrementado, ampliando, e assim, a qualidade do atendimento realizado. E até mais que isso, com o aumento da oferta de atividades, o número de pacientes atendidos também pôde aumentar, de acordo com o limite estabelecido pelo Ministério.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mariana, após um longo processo, recebeu, nesta semana, o credenciamento pelo Ministério da Saúde para integrar a rede de CAPS nacionais. O credenciamento do Ministério da Saúde permite ao CAPS-Mariana receber recursos financeiros do Governo Federal, destinados aos gastos necessários ao espaço, como a compra de materiais para as oficinas terapêuticas – que poderão englobar técnicas de jardinagem, artes plásticas, pintura, marcenaria e costura – e a contratação do serviço de supervisão clínica. (Nota da Prefeitura de Mariana - 2012)

Percebendo a necessidade de direcionar o atendimento, em 2006 foi feita a separação dos espaços de atendimento de Saúde Mental do adulto ao infanto-juvenil, havendo aqui a criação do CRESCER¹⁴, atualmente CAPS IJ¹⁵ da cidade. E em direção a um avanço estrutural contínuo, em 2007 foi criada a Equipe Volante de Matriciamento.

Assim, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que segundo a Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF, 2011b, :

Objetiva expandir o acesso à atenção psicossocial para população em geral, visando garantir a articulação entre os serviços da rede de saúde do território, assim através do acolhimento, e atendimento às necessidades e urgências dos usuários, e quando necessário, são realizadas essas intermediações com os diversos equipamentos da saúde e da saúde mental, como: Unidade Básica de Saúde; SAMU 192; UPA 24 horas, pronto socorro; Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs); Estratégias de desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial; Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Dentre outros (BRASIL, 2011b)

O CAPS é serviço integrante do sistema único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, garante no inciso § 2º que “Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Compreende-se então que o CAPS localizado na cidade de Mariana, pela sua

¹⁴ O CRESCER foi um espaço criado para atender a demanda das crianças e adolescentes do município de Mariana e seus distritos, com quadros mais graves de sofrimento mental, crises e urgências em saúde mental, vítimas de violências e pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Após o credenciamento (2017) passa a ser o CAPS IJ.(Documento nos arquivos do CAPS)

¹⁵ O CAPS IJ é o dispositivo estratégico de atendimento à saúde mental às crianças e os adolescentes, é constituído por equipe interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. São funções de o CAPS IJ, ofertar apoio matricial às equipes de Saúde da Família e aos pontos de atenção às urgências, entre outros, apoiando e subsidiando o processo diagnóstico, o acompanhamento direto das situações graves e se co-responsabilizando pelas atenção às urgências reabilitação psicossocial. De modo que estando a condição de saúde mental estabilizada, a criança e a/o adolescente dará continuidade ao acompanhamento junto aos dispositivos de Atenção Primária à Saúde que atualmente no município consiste nas UBS . (Documento nos arquivos do CAPS)

capacidade de atendimento territorial se enquadra no CAPS I, e atualmente possui uma equipe de:

Figura 6 - Quadro 2 - Equipe CAPS I de Mariana/MG:

Categoria Profissional	Quantidade
Psiquiatra	5
Psicólogo	6
Terapeuta Ocupacional	2
Assistente social	1
Enfermeiro	2
Técnico em enfermagem	2
Atendente de Farmácia	1
Gerente	2
Coordenador	1
Recepcionista	2
Motorista	1
Serviços Gerais	4

Fonte : Fonte primária

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas: 4.1 - CAPS 1 - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características [...] Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: a - 01 (um) médico com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro; c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; (Ministério da saúde, 2001)

O ano de 2015, é marcado pelo rompimento da Barragem de Fundão da Samarco/VALE/BHP, e faz com que o território compreenda a urgência em realizar o Plano Municipal de Planejamento e Gerenciamento de Ações de Recuperação em Saúde, devido aos grandes prejuízos ocasionados pelo rompimento da Barragem. E neste mesmo ano,

iniciam-se os processos burocráticos para criação do Serviço CONVIVER¹⁶, que se materializa em 2016.

Ainda em 2016, por consequências severas do rompimento da barragem na Saúde Mental da classe trabalhadora, consta-se a ampliação da equipe de matriciamento, como consequência do debate nacional, em verificar a importância destas equipes à saúde, trabalhando no sentido de promover na atenção primária ações de prevenção, mapeamento de recursos comunitários para o enfrentamento ao sofrimento mental e suporte à saúde mental dos usuários do Serviço, dar suporte às equipes de atenção primária, também realizar atividades que aproximam a comunidade da saúde mental, e por fim garantir continuidade ao atendimento às pessoas com transtornos mentais leves a moderados.

Cita-se também que apenas em 2016 o CRESCER é credenciado e passa a ser CAPS II, compreendendo que anteriormente ele não havia se adequado às próprias exigências da Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS. E seguindo para o avanço da política de saúde mental no município, ano seguinte são credenciados pelo Ministério da Saúde 2 leitos de retaguarda em Saúde mental no Hospital geral do território.

Em 2018, inicia-se a aplicação de práticas integrativas e complementares nos CAPS, como forma de endossar a recuperação pelos meios terapêuticos e contínuos. Seguido a este ano, em 2019, inaugura-se a sede física do CONVIVER.

No ano de 2020, o mundo passa a conviver com a presença de um vírus letal, que se espalha de forma abrupta, causando o que atualmente conhecemos pela pandemia do Coronavírus, causado pelo vírus COVID -19. E como Plano de Ação Municipal, é criado o “Plantão Covid de Saúde Mental”, chamando atenção ao fato de que os trabalhadores de saúde mental trabalham de forma escalonada e durante o tempo de atendimento anterior.

¹⁶ CONVIVER - O Conviver/Saúde Mental é um serviço inédito (por se tratar de uma instituição de atuação com pessoas que foram atingidas pelo rompimento da barragem de rejeitos de Fundão) situado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Mariana. Trata-se de uma instituição pública administrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Mariana, visto que, de 2016 (ano de implementação do Serviço) até abril de 2021, os profissionais da equipe tinham vínculo terceirizado via Fundação Renova. Localizado na Rua Genoveva Leão Ramos, nº 25 A – Centro de Mariana, é organizado através de uma equipe multiprofissional composta por 4 psicólogos (sendo 1 referência técnica), 3 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 1 médico psiquiatra e 1 educador social, tendo também 1 profissional da assepsia, 1 jovem aprendiz e 1 recepcionista no período da manhã. Serviço este que é pautado pela Política Nacional do SUS, em conjunto com a Rede Municipal de Atenção Psicossocial (RAPS), mas que realiza uma certa mediação com o privado através da empresa Samarco/Fundação Renova - por se tratar de um contexto específico de responsabilidade da mesma com relação aos atingidos. (Cartilha CONVIVER)

E neste mesmo ano (2020) é implementado o CAPS Ad¹⁷, uma vez que anteriormente não havia a separação desse público usuário. O CAPS IJ é transferido para sede própria, pois antes era interligado à sede da Secretaria Municipal de desenvolvimento social e habitação de Mariana e a RAPS recebe recurso de custeio por 12 meses de dispositivo supervisor clínico institucional.

No ano de 2021, ainda vivenciando as consequências da pandemia, verifica-se o avanço da ciência e a eficiência do SUS em expandir a sua capacidade de vacinar grande parte da população, fazendo com que os atendimentos em Saúde Mental retornem em seus moldes presenciais em maior número.

Logo, ocorre então, o I Encontro da Associação dos Usuários do Serviço de Saúde Mental de Mariana e é comemorado o aniversário de 15 anos do CAPS IJ/CRESCER.

Ressalta-se neste caminho sócio histórico da rede, a importância do matriciamento em descentralizar o atendimento do CAPS, para o atendimento de saúde mental ser realizado também nas Unidades básicas de Saúde (UBS) da cidade, fazendo com que na maioria das vezes, apenas os casos de urgência e emergência permaneçam no CAPS, como demonstra o mapa abaixo:

Figura 7- Mapeamento dos serviços de saúde mental / Matriciamento



Fonte: Registros do CAPS I.

¹⁷ O CAPS AD de Mariana foi inaugurado no dia 21 de setembro de 2020. Hoje encontra-se em processo de credenciamento junto a gerência Regional de Saúde (GRS). O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00. É constituído por equipe multiprofissional, que atua sob a ótica de redução de danos. Realiza tratamento em regime intensivo, por meio da permanência do paciente na unidade durante o período diurno, de 3 a 5 dias semanais; semi-intensivo, com a permanência do paciente até 2 vezes semanais e não intensivo, com a presença do paciente na unidade para atividades pontuais, sem necessidade da permanência dia. O tipo de cuidado a ser oferecido a cada usuário será definido de acordo com a gravidade do caso, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS) desenvolvido pela equipe técnica com a participação ativa do usuário e sua família. (Documento nos arquivos do CAPS)

Segundo o Plano Municipal de Saúde Mental, o matriciamento em Saúde Mental consiste em uma ferramenta presente no SUS que tem como objetivo ofertar um suporte técnico especializado às equipes de atenção primária em saúde, para que esta possa conduzir os casos de saúde mental. O matriciamento consiste em uma forma de trabalho compartilhado e é uma ferramenta pedagógica, pois visa qualificar as ações da equipe da atenção primária. O matriciador não foca seu trabalho em atendimento individuais ou intervenções grupais realizadas por ele de forma isolada. Seu trabalho foca em discussões de casos com equipe além de realização de atendimentos, visitas domiciliares e intervenções em grupos compartilhados com outros membros da equipe. O matriciador auxilia, também, na resolutividade de questões internas, a equipe que interferem no desempenho de suas atividades, tais como conflitos interpessoais. O matriciador auxilia, ainda, na aproximação e facilitação de comunicação entre a atenção primária e especializada (CAPS).

Atualmente, a política de saúde mental no município de Mariana dispõe de uma rede composta por serviços diversos, a saber:

- CAPS I - Atendimento a maiores de 18 anos / transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas.

[Funcionando de Segunda a Sexta das 08:00 às 17:00] Plantão diariamente

- CAPS IJ - Atendimento a crianças e adolescentes / transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas.

[Funcionando de Segunda a Sexta das 08:00 às 17:00] Plantão diariamente

- CAPS AD - Atendimento a maiores de 18 anos / especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas.

[Funcionando de Segunda a Sexta das 08:00 às 17:00] Plantão diariamente

- Conviver - Atendimento específico ao público atingido pelo rompimento da barragem de rejeitos de Fundão.

[Funcionando de Segunda a Sexta das 08:00 às 17:00] Plantão diariamente

- Serviços da Atenção Primária à Saúde (UBS/ESF) Com as equipes de Matriciamento

- Atenção de Urgência e Emergência
- Atenção Hospitalar com 2 leitos psiquiátricos

Devemos considerar que foram muitos os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, expressos na política de saúde mental. Porém, é sabido que ainda há muito o que se fazer para a sustentação de uma “política humanizada de cuidado, voltada às pessoas em sofrimento mental, privilegiando o tratamento em liberdade, a singularidade, a conquista da cidadania e inserção social dos usuários.”(Folheto CAPS.2022).

Após trazer uma breve caracterização do município de Mariana/MG e breve resgate histórico da constituição do Centro de Atenção Psicossocial e da RAPS da cidade, no próximo item, traremos a discussão mais aprofundada sobre a experiência do estágio supervisionado em Serviço Social no CAPS I de Mariana, bem como o resultado da pesquisa realizada com os profissionais do referido serviço, que teve como objetivo, compreender como a equipe capta o trabalho do Serviço Social e como a Assistente Social apreende o exercício profissional. Além de identificar os limites, as possibilidades e os desafios postos para o Serviço social .

3.2 - A experiência do estágio supervisionado em Serviço Social no CAPS I de Mariana.

O processo de Supervisão Integrada é de extrema importância para o fortalecimento do Estágio em Serviço Social, principalmente na articulação entre formação e exercício profissional, que é fundamental tanto para compreender os limites da atuação profissional, da instituição e das políticas sociais envolvidas na dinâmica do trabalho, quanto às potencialidades de um trabalho voltado a proposições e ações para além do que está posto, ou seja, uma atuação para além do que determina o modo de produção capitalista e suas estratégias de produção e reprodução sistematizada.

Segundo documento da ABEPSS que dispõe sobre as diretrizes gerais para o Curso de Serviço Social, o estágio supervisionado é:

(...) uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em

conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de Estágio, tendo como referência a Lei 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar. (ABEPSS, 1996. p.3)

Uma das maiores qualidades no processo do estágio foi sem dúvida a oportunidade de conhecer o trabalho da Assistente Social na saúde mental, pois possibilitou a construção de mediações, além de proporcionar a articulação entre a formação e o exercício profissional, bem como, viabilizou a reflexão acerca das contradições existentes nesse espaço sócio ocupacional. Outro fato que considero ter sido um ponto positivo foi o aprendizado da dimensão ética do exercício profissional neste processo e a compreensão acerca da importância do relacionamento com usuários e técnicos do serviço.

No próximo item apresentaremos os dados obtidos a partir das entrevistas realizadas junto aos técnicos da equipe, conforme indicado na introdução deste trabalho.

3.2.1 - O Serviço Social no Caps I de Mariana: Na perspectiva da profissional.

A profissional que hoje atua como assistente social do CAPS I de Mariana, se encontra no cargo há cerca de 5 anos. Anteriormente esteve no equipamento entre os anos de 2016 a 2019 (3 anos), retornando em 2020 até os dias atuais. Nestes quase 5 anos de experiência na saúde mental, ela relata que são inúmeros os desafios enfrentados no dia a dia do exercício profissional.

Ela aponta como um destes desafios o árduo movimento na busca pelo “reconhecimento e [pela] visibilidade do papel do assistente social”. Assim, entende que “(...) A compreensão [sobre o serviço social na saúde mental] ainda está engatinhando, mas já melhorou muito. Antes não sabiam o porquê de buscar o trabalho do assistente social, agora já buscam e tentam entender nosso ponto de vista”.

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (CFESS, 2010. p.47)

Neste sentido, o CFESS nos chama atenção para a importância de um profissional propositivo, capaz de construir propostas de trabalho criativas, capaz de elaborar planos de trabalho que visem trazer reconhecimento para o Serviço Social. Acreditamos que outro fator

de suma importância neste processo de reconhecimento, é de que o próprio profissional também reconheça o seu papel.

Afinal, conforme (Guerra 2018) “nenhum profissional tem que ter o perfil da(s) política (s) na qual atua, mas o perfil que corresponda ao projeto da sua profissão”. Principalmente nos espaços onde o campo de atuação se dá no formato de equipes interprofissionais. Para isso, temos como norteador, nosso código de ética, a lei de regulamentação da profissão, além das diversas resoluções, dos pareceres técnicos, subsídios teóricos e parâmetros para atuação de assistentes sociais do CFESS.

A construção do trabalho interdisciplinar impõe aos/as profissionais a realização permanente de reuniões de planejamento e debates conjuntos, a fim de estabelecer as particularidades da intervenção profissional, bem como definir as competências e habilidades profissionais em função das demandas sociais e das especificidades do trabalho. Balizados pelos seus Códigos de Ética, Leis de Regulamentação e Diretrizes Curriculares de formação profissional, os/as profissionais podem instituir parâmetros de intervenção que se pautem pelo compartilhamento das atividades, convivência não conflituosa das diferentes abordagens teórico- metodológicas que fundamentam a análise e intervenção da realidade e estabelecimento do que é próprio e específico a cada profissional na realização de estudos socioeconômicos, visitas domiciliares, abordagens individuais, grupais e coletivas. (CFESS. Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na política de Assistência, 2011. p.26)

Ainda sobre os desafios, a profissão fala sobre novos modelos de contratos de trabalho, que ora demandam questões que fogem do que de fato é o Serviço Social, fazendo com que o cotidiano profissional seja atravessado por tensões e desafios que se agudizam no tempo presente, como demonstra IAMAMOTO (2015, p. 337).

O projeto profissional reconhece o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade, capaz de projetar seu trabalho e buscar sua implementação por meio de sua atividade. Esta condição é tensionada pelo trabalho assalariado que submete esse trabalho aos dilemas da alienação, visto que ele se realiza submetido ao poder dos seus empregadores, o que restringe a relativa autonomia do assistente social. as diferenciadas condições e relações sociais que envolvem esse trabalho redimensionam socialmente o significado das projeções profissionais, cuja viabilização é determinada por condicionantes que ultrapassam os indivíduos singulares, ao materializarem interesses dos sujeitos contratantes. É, nesse campo de tensões, que se realiza o trabalho profissional carregando, em si, as contradições sociais atinentes a qualquer trabalho na sociedade capitalista (...).

E ora contratam assistentes sociais em cargos genéricos¹⁸, como por exemplo, o cargo de educador social. Colocando esse fator, como uma das diversas formas de precarização do trabalho dos assistentes sociais.

Sobre isso, a resolução N° 572, do CFESS dispõe sobre “a obrigatoriedade de registro nos Conselhos Regionais de Serviço Social, dos assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição do assistente social, mesmo que contratados sob a nomenclatura de CARGOS GENÉRICOS e dá outras providências.” E ainda em seu Art. 2º. afirma que:

O profissional que exercer funções, atividades ou tarefas de atribuição do assistente social, nos termos dos artigos 4º e 5º da Lei nº 8662/93, está obrigado a se inscrever no Conselho Regional da jurisdição de sua área de atuação, independentemente da designação ou nomenclatura do cargo genérico, ou função de contratação do profissional.

Sobre o trabalho interdisciplinar a Assistente Social, participante desta pesquisa, considera como “*Uma oportunidade imensa de aprendizado*”. Porém, estamos de acordo com a profissional quando ressalta que “*é de extrema importância que todos compreendam bem o que lhes cabe, para que não haja atropelamento em relação às atribuições que são particularidades de cada profissional.*”

A cartilha produzida pelo CFESS em 2010, Parâmetro para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, aponta que “o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde”. (CFESS, 2010. p.46). Nesta mesma direção reiteramos o que já foi dito anteriormente (p.46) que “é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais” Pelo contrário, “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, apud CFESS, 2010, p.46).

Quanto a possíveis diferenças entre o trabalho realizado pelo Serviço Social em relação às outras profissões, a Assistente Social afirma que a diferença está na “*busca por*

¹⁸ Neste sentido, temos a Lei 8.662; o Código de Ética Profissional (1993); a resolução CFESS N° 569/2010, que dispõe sobre a vedação de práticas terapêuticas associadas ao título de Assistente Social; a resolução do CFESS N° 572, de 25 de maio de 2010, dispõe sobre questões relativas aos cargos genéricos assumidos pelos Assistentes Sociais, em diversos espaços sócio-ocupacionais. (TOMAZ, Cristiane. 2018. p.20)

tornar os pacientes da saúde mental alcançáveis pelas políticas públicas e na articulação com outros profissionais, equipamentos, serviços e secretarias”.

A profissional cita brevemente a questão do técnico de referência quando afirma que: *“exerço essa função de técnica de referência, afinal somos contratados como tal, mas assumo este papel enquanto assistente social, e não como aquele profissional “que faz tudo” compreendo o que é pra mim, e o que não é, encaminho”.* Assim, conforme Tomaz

(...) Mesmo que o trabalho dos Assistentes Sociais, como Técnicos de Referência, não seja uma escolha direta destes, há uma direção social dada pelos profissionais ao seu trabalho. Pensamos que a opção por esta direção social não pode ser aleatória e estar acima do estatuto profissional do Assistente Social e de toda legislação que regulamenta o exercício profissional do Assistente Social. (...) desde que [seja] possível construir uma intervenção a partir das competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-interventivas do Assistente Social. (TOMAZ, 2018. p.20)

Um dos desabafos da profissional foi o de, hoje, ter que lidar sozinha, com todas as demandas que surgem para o Serviço Social, sendo ela, a única Assistente Social de um equipamento que atualmente contabiliza cerca de 18 mil prontuários. Anteriormente, o serviço contava com duas assistentes sociais.

Vale ressaltar uma particularidade do município de Mariana, que é a de ser uma cidade mineradora e universitária, o que aumenta em grande escala a rotatividade de moradores itinerantes, questão que impacta diretamente no aumento das demandas em diversos serviços, principalmente na saúde e saúde mental. Sobre esse exponencial crescimento das demandas, vale ressaltar que foi pauta da II Conferência Municipal de Saúde Mental a disposição de alteração para que o CAPS I passasse a ser o CAPS II ou III, pauta que atualmente será levada para a Conferência Estadual em Saúde Mental.

3.2.2 - O Serviço Social no Caps I de Mariana: Na perspectiva da equipe.

Nesta entrevista pudemos contar com a participação de 9 profissionais, sendo esses: 6 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional e 1 enfermeira. As entrevistas aconteceram no CAPS I de Mariana em dias alternados. Consideramos que houve uma participação mediana dos profissionais, levando em conta que as entrevistas aconteceram em um período em que parte dos profissionais estariam de férias, além do curto prazo para sua execução.

Optamos por não trazer as respostas dos profissionais os identificando de acordo com a espacialidade, levando em conta que em alguns casos, a identificação da profissão indicaria também o profissional, sendo este o(a) único(a) a ocupar um cargo específico no serviço,

como forma de resguardar o direito ao sigilo, conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que trata da “garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa”.

Foram feitas perguntas com o objetivo de captar como os profissionais do referido serviço compreendiam o trabalho do Serviço Social no espaço da saúde mental.

Inicialmente, perguntamos à equipe a respeito da compreensão sobre a atuação do Assistente Social na Saúde Mental, seguem as respostas e as reflexões sobre elas:

A maior parte dos profissionais demonstram existir sim um conhecimento em torno da atuação do Serviço social. Conhecimento que converge com a proposta do que deve ser o exercício profissional dos assistentes sociais na saúde mental. Como podemos observar:

“(...) Acolher as demandas sociais do serviço e fazer uma articulação intersetorial com a [política de] assistência social”

“(...) Entendo como um profissional mediador que ajuda na inclusão dos usuários, desse serviço, na sociedade como um todo e no próprio núcleo familiar dentre outras atividades de direito, cidadania...”

Outros não demonstram muito conhecimento em torno da proposta de atuação dos assistentes sociais, mas compreendem a importância do profissional no cuidado da pessoa com transtorno mental, como demonstra a seguinte fala: *“(...) Vejo [o Serviço Social] como um braço importantíssimo no serviço visto que, parece que quanto mais questões sociais, mais transtornos mentais.”* E é exatamente isto, pois conforme Bisneto, 2007, p. 59, os “problemas sociais deflagram os problemas mentais e quem é portador de problemas mentais têm agravada sua problemática social”.

Outro profissional afirma: *“(...) Creio que o assistente social possibilita o acesso aos direitos do usuário do serviço de saúde mental, como garantia de documentos e benefícios”*. De fato, o assistente social é um profissional que viabiliza acesso aos direitos, no entanto o assistente social inserido na saúde mental, não faz a gestão direta de benefícios sociais, por exemplo, que fica a cargo da política de Assistência Social. Assim, em relação a esta função de *“garantir o acesso à documentação e benefícios”*, os usuários são encaminhados para outros serviços como CRAS entre outros..

Outro profissional entrevistado afirmou: *“(...) Acredito que o assistente social não realiza uma intervenção clínica, mas acompanha as vulnerabilidades sociais”* De fato o assistente social não realiza intervenção clínica, embora seja um dos grandes desafios

colocados para o Serviço social na contemporaneidade, já que existem grupos de profissionais que reivindicam o reconhecimento desta prática. Conforme o CFESS,

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.
(Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2010. p.33)

Consideramos que esta demanda ou imposição para que o Serviço Social assumam funções para as quais não possuem competência seja uma:

(...) tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas áreas médicas e distintas patologias, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada.
(Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2010. p.28)

Na fala que se segue, o profissional complementa exatamente o que acabamos de trazer para reflexão:

“(...) O que eu compreendo é que cada um exerce o que é de sua competência, mas todos são trabalhadores de saúde mental. Sendo assim acho que não rola do assistente social também ficar apenas dentro da sua caixinha. Entendo que há expertises que o campo do psi não alcança, e que existem articulações que são muito mais possíveis quando feitas por um assistente social, assim como existem particularidades que são específicas de outras profissões e que são saberes que o serviço social não domina. Acho que o saber do assistente social na saúde mental não é ficar preso em questões como auxílios e cesta básica, tem coisas que precisam ser encaminhadas, e existem outros campos que talvez seja importante se apropriar.”

Este profissional traz elementos de reflexão que são importantíssimos para pensarmos a importância do Serviço social na saúde mental, que diz sobre reconhecer que há campos que o psi não alcançam.

“(...) Compreendo como a contribuição do serviço social faz a diferença no tratamento do paciente psiquiátrico, pois às vezes o paciente está bem clinicamente, mas as condições da vida social e material não estão, e é este profissional que tem a competência de lidar com essas questões e até mesmo de percebê-las”.

Já, outro profissional afirma que: “(...) *Acredito que dizer o que o assistente social faz, ainda não está propriamente definido, estamos definindo.*” Esta fala nos mostra que este profissional não possui conhecimento sobre as possibilidades de atuação do Assistente social na saúde mental. Pois, o que o serviço social faz, não só na saúde mental, mas em todos os outros espaços de atuação, estão definidos e assegurados no código de ética, na lei de regulamentação da profissão e nos inúmeros documentos produzidos pela categoria profissional.

Quando pergunto de que forma eles compreendem/percebem as contribuições que o Serviço Social agrega ao cuidado ofertado na saúde mental, algumas respostas caminham no sentido de existir compreensão em torno das contribuições do Serviço Social na saúde mental. Contudo, a percepção enquanto estagiária, é de que no cotidiano, há um certo distanciamento entre a equipe, e é importante que isso seja considerado como um ponto de atenção, pois são nesses momentos de desarticulação que esta “*ideia de que todos devem fazer de tudo*” ou que “*todo mundo já sabe o que a gente faz*” surgem.

Esse distanciamento pode ser observado nas fala dos profissionais, quando eles dizem que :

“(...) Confesso que sinto falta de que o serviço social nos chame mais pra perto, talvez uma visita conjunta, e falo isso até como uma autocrítica também, nos aproximarmos mais. Eu quase sei o que é uma particularidade quando eu não sei fazer, e acho que isso não é legal, sabe? (...) Acho que seria até bacana propor uma capacitação, sabe? Quinzenal, mensal, sei lá! Tipo grupos de estudos onde discutiremos sobre o fazer que cada profissional”

“(...) Acho que deveríamos conversar mais, sentar mesmo, sabe? E conversar mais sobre o que cada um faz. Às vezes ficamos tão presos só na “fazeção” e na ideia preconcebida de que todo mundo já sabe o que a gente faz, que muitas coisas se perdem e às vezes não sabemos nem até onde cada um pode ir. Por que é aquilo né, quem faz tudo não faz nada! Fica igual pato, quer fazer tudo e faz tudo mal feito.. anda mal, nada mal, voa ma

“(...) Não compreendo todas as atribuições deste profissional, mas vejo como um potencializador dos direitos dos pacientes”

Outro ponto importante foi observado na fala deste profissional, que fala sobre a precarização do trabalho dos profissionais assistentes sociais:

“(...) Aqui no Caps é tudo muito difícil, até para dar continuidade em certos projetos, pois veja bem, cadê as vagas de efetivos para o serviço social? [A atual profissional], talvez seja a profissional que ficou mais tempo aqui no serviço, mesmo assim porque saiu e depois voltou, e isso é uma das formas da precarização do trabalho. O último concurso foi há anos, que foi quando eu entrei. Desde então, os cargos acompanham as pessoas que são eleitas, e é um entra e sai absurdo, é só pensar na instabilidade

política que temos, já dá pra imaginar o quanto são problemáticas essas questões. Até quando pensamos na questão dos vínculos, principalmente se tratando de pacientes da saúde mental. ”

Encontramos em Iamamoto e Yasbek, (2019, p.19) importante reflexão a respeito da precarização do trabalho de Assistentes Sociais:

Em tempos de recessão, os assistentes sociais também sofrem com a redução do trabalho formal e, conseqüentemente, o acesso aos direitos trabalhistas e ao salário indireto. Cresce com o trabalho precário, temporário, a contratação por projetos, que gera insegurança na vida dos profissionais. A experiência do desemprego temporário e a ameaça de desemprego afetam diretamente a sobrevivência material e social do assistente social, que depende da venda de sua força de trabalho para a obtenção de meios de vida como qualquer trabalhador assalariado. Essa precarização das condições de trabalho repercute na qualidade dos serviços prestados por assistentes sociais e na sua relação com a população: projetos são abruptamente interrompidos quando termina o seu financiamento temporário, expectativas da população envolvida nas atividades são frustradas, a legitimidade obtida para realização do trabalho do assistente social é truncada, além das implicações éticas aí envolvidas

Outras falas indicam a forma como os profissionais da equipe compreendem/percebem as contribuições que o Serviço Social agrega ao cuidado ofertado na saúde mental vão na direção do que o próprio Serviço Social compreende sobre sua atuação na saúde mental, como por exemplo:

“(...) Realizar visita domiciliar, atendimento e acolhimento com a finalidade de orientar e acompanhar os pacientes e familiares sobre suas demandas sociais; fazer encaminhamento para assistência social; inserção em projetos sociais do município e agendamento para o (BPC) Benefício de Prestação Continuada”.

“(...) De extrema importância na construção conjunta de oportunidades, tentativas de melhoria da qualidade de vida e dignidade do cidadão portador de sofrimento mental e sua família dentro de uma sociedade em total transformação”

Pergunto à equipe como eles identificam as diferenças e similaridades entre o trabalho realizado pela Assistente Social e os demais profissionais, e como eles veem a prática do trabalho interdisciplinar na Saúde Mental e as respostas foram as seguintes:

“(...) Acredito que o assistente social não realiza uma intervenção clínica, nem faz terapia, mas acompanha as vulnerabilidades sociais”

“(...) Todos temos nossas particularidades intrínsecas a cada profissão. Somos saberes que se complementam em prol de objetivos comuns”

“(...) O trabalho interdisciplinar é o que faz a saúde mental [ser o que é], ou seríamos uma concha. Teríamos a ditadura de apenas um saber. Seria um saber medicocêntrico. Aí não seria a saúde mental que lutamos para ter”

“(...) Os profissionais precisam dialogar sempre, pois entendemos que estamos diante do sujeito que é Biopsicossocial, não tem como manter o olhar apenas para seus processos mentais, é preciso incluir o biológico e o social. O olhar vai para além do transtorno grave, e é nessa forma de atuar e pensar que precisam estar envolvidos todos os técnicos de saúde mental”

“(...) Na prática, existem algumas similaridades. Embora essas similaridades talvez não estejam "corretas", no sentido de todo mundo fazer a mesma coisa na equipe interdisciplinar”

“(...) Não muito proveitoso. As habilidades de cada profissão devem ser levadas em conta. Pois, assim cada profissional consegue fazer uma boa atuação de acordo com a sua capacidade e habilidade”.

“(...) As similaridades é que somos todos trabalhadores da saúde mental. Já as particularidades confesso que não sei dizer muito bem. Sem ser clichê, sei que o serviço social tem uma leitura social para além do CAPS, para além das paredes. Na correria do dia a dia a gente acaba conversando menos e delegando mais. Na prática a gente às vezes se atropela, muito.”

No geral, pudemos identificar com as entrevistas que, embora a maior parte dos profissionais entrevistados reconheçam a grande importância do Serviço Social na saúde mental, um dos grandes desafios é de fato o reconhecimento em torno das competências e atribuições privativas de assistentes sociais, pois as equipes de trabalho não conseguem identificar com precisão as particularidades da profissão.

Um outro fato que chama atenção na entrevista com os profissionais, diz respeito a proposta de trabalho interdisciplinar que, por vezes, deixa a ideia de que as particularidades de cada profissão não estão sendo devidamente consideradas.

Diante disso, questionamos: afinal, todos realmente fazem de tudo ? A equipe do CAPS I de Mariana, de fato é uma equipe interdisciplinar?

Com dito anteriormente, para a abordagem sobre o trabalho interdisciplinar faz se necessário adentrar no debate acerca da proposta de trabalho interprofissional na saúde, que é definido por Vasconcelos (2000, p.45), a partir dos conceitos de: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade auxiliar, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Mas para essa reflexão, trataremos apenas das definições da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, já que os outros conceitos não foram apresentados durante as entrevistas.

Segundo Vasconcelos (2000, p.45) a interdisciplinaridade

(...) seria um grupo de disciplinas conexas, com objetivos múltiplos e identificação de uma problemática comum, apresentando dois níveis hierárquicos, com uma suposta tendência à horizontalização das relações de poder e criação de um campo de saber autônomo, onde haveria reciprocidade e enriquecimento mútuo. Onde, segundo o referido autor, as práticas dos diversos serviços de saúde mental brasileiros, que se inspiram na proposta de desinstitucionalização italiana, seriam exemplares desse modelo.

Enquanto a Transdisciplinaridade, seria:

(...) a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo, com objetivos múltiplos, com tendência à horizontalização do poder e criação de autonomia teórica, disciplinar ou operativa. Assim, a transdisciplinaridade seria a radicalização da interdisciplinaridade, pois levaria à criação de um campo operacional ou disciplinar novo. Nesta construção, o campo da saúde mental seria um exemplo, onde seria possível confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre as diversas disciplinas, com a capacidade de criar novos tipos de profissionais, como o —trabalhador da saúde mental o qual teria um campo de atuação mais amplo (VASCONCELOS, 2000, p.48).

Dito isto, compreendemos que de acordo com as entrevistas realizadas com a equipe do CAPS I de Mariana, a proposta de trabalho interprofissional se define a partir do conceito da transdisciplinaridade e não da interdisciplinaridade. Pois, quando Vasconcelos (2000, p.48) considera que com a Transdisciplinaridade é possível “confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre as diversas disciplinas, com a capacidade de criar novos tipos de profissionais, (...) o qual teria um campo de atuação mais amplo”, percebemos que este conceito recai para explicar a questão do “técnico de referência”, modelo no qual os profissionais do CAPS trabalham.

E quando nos perguntamos se todos os técnicos da equipe realmente fazem de tudo, compreendemos que de certa forma “todos fazem de tudo”, sim. Mas, o importante é que apesar disso esse “TUDO” não fuja do que é específico de cada profissão. Todos (com exceção dos médicos) são contratados com Técnicos de referência, isso faz com que um profissional faça vários tipos de abordagem com um paciente que é referenciado a ele. No entanto, é preciso que este profissional não exerça funções que não estão no escopo de suas atribuições ou competências. Ex: Um assistente social, jamais deve lidar com a realização de diagnósticos, tampouco acompanhamento terapêutico. Pois, conforme Tomaz (2018, p.211)

(...) a concepção de trabalho interdisciplinar na saúde mental está mais próxima a um suposto trabalho transdisciplinar, camuflado pela função da referência técnica, que mais tende a homogeneizar as profissões, do que possibilitar uma compreensão de trabalho interdisciplinar, que recorre aos diversos conhecimentos profissionais com vistas à construção de um conhecimento dialético sobre o objeto. Assim, essa perspectiva de trabalho, somada a certa fragilidade de posicionamento crítico dos Assistentes Sociais em relação a tal suposição de trabalho, a nosso ver, tem levado a

uma descaracterização do trabalho dos Assistentes Sociais a partir do acúmulo teórico-metodológico e ideo-político da profissão, que expressa a direção social assumida por parcela significativa da categoria cuja fundamentação teórica é o marxismo. (TOMAZ, 2018. p.211)

Sendo assim, abordaremos um pouco mais sobre a questão do trabalho interprofissional/ interdisciplinar, trazendo uma reflexão crítica acerca das possibilidades, os impasses e os desafios em torno da atuação profissional dos assistentes sociais na atualidade, neste tópico que se segue.

3.3 - Uma reflexão crítica acerca das possibilidades, os impasses e os desafios em torno da atuação profissional dos assistentes sociais na atualidade.

Para realizar uma reflexão acerca das possibilidades, os impasses e os desafios em torno da atuação profissional dos assistentes sociais na atualidade, percebemos como a proposta de trabalho interprofissional se coloca em xeque no debate sobre o exercício profissional na saúde mental.

Percebemos que o trabalho realizado pelo o CAPS I de Mariana, se enquadra no modelo da transdisciplinaridade, modelo este que como dito anteriormente possibilita a “criar novos tipos de profissionais” como o técnico de referência, função que de acordo com Tomaz (2018) é de cunho genérico e inespecífico. Este termo por si só, já se põe como um grande desafio para os assistentes sociais, embora seja:

(...) preciso deixar claro que entendemos que não se trata de uma escolha direta dos Assistentes Sociais por esse modelo de atendimento e, portanto, as consequências não são de responsabilidade somente destes profissionais, mas são das equipes e dos serviços que adotaram tal modelo. Entendemos também que esse modelo de atendimento apresenta aspectos positivos e negativos. (TOMAZ, 2018, p.19)

Nesta mesma direção o CFESS (2012, p.41) nos orienta acerca da “configuração social da profissão [que] depende decisivamente das respostas dos agentes profissionais nesse contexto, articuladas em torno do projeto profissional de caráter ético-político.” Ou seja, entendemos que as respostas para o enfrentamento desses desafios está na forma como o profissional irá utilizar das dimensões ético-político / técnico operativo e teórico - metodológico que se estabelecem e se concretizam a partir do projeto ético político do Serviço Social, reafirmado pelo Código de Ética de 1993, pelas Diretrizes curriculares de 1996 e pela Legislação que regulamenta o exercício profissional Lei nº 8662/93.

A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permitem ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. (DIRETRIZES DA ABEPSS, 1996. p.13)

Nesse contexto, ao tratar das formas em que as profissionais tentam lidar com os atravessamentos cotidianos e o planejamento das suas ações, cabe evidenciar que Vasconcelos (2008) chama atenção para o estatuto do assalariamento, o qual está vinculado às demandas da instituição ao serviço prestado pelas assistentes sociais, que embora relacionado a divisão social do trabalho, não deve fomentar a divisão entre teoria e prática, muito menos se curvar apenas a tais demandas. É nesse bojo que o planejamento das ações se torna peça fundamental, pois, ainda que seja preciso responder a certas cobranças próprias do trabalho exercido, há certas direções que podem orientar a ação, desde que pensada.

Portanto, reiteramos :

(...) que por mais que esse profissional tenha competência teórico- metodológica, ético-política e técnico-operativa, para realização do trabalho com vistas ao alcance desses objetivos, seu trabalho é mediado pela sua condição de trabalhador assalariado, que impõe limites à consecução de um trabalho nos rumos aludidos pelo atual Projeto Profissional Crítico do Serviço Social; pelas condições objetivas e materiais oferecidas pelos serviços sociais inscritos na política de saúde mental, que têm relação direta com a utilização do fundo público pelo Estado para o financiamento da política social que impacta na garantia de recursos materiais e humanos adequados destinados aos serviços; bem como pela orientação teórico-metodológica implícita ou explícita na organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde mental. (TOMAZ, 2019, p.56)

Sendo assim, Segundo (GUERRA, 2018, p.10)

(...) as políticas sociais devem contemplar o conhecimento técnico-científico das profissões envolvidas e não pautar esse conhecimento. (...) Devem contemplar as atribuições e competências para as quais as profissões foram formadas e não definir atribuições e competências ou impor as respostas que as profissões devem dar às demandas institucionais.

(...) Para que um profissional possa contribuir para a resolutividade das ações programáticas e emergenciais necessita reunir determinadas características, deter determinados conhecimentos, dominar determinados instrumentos, pautar-se em determinados valores e, fundamentalmente, ter certo grau de autonomia profissional.

(...) as políticas sociais estabelecem normas, procedimentos, padrões técnico-operativos, instrumentos e, também, é claro, valores. A incidência da lógica das políticas no trabalho profissional se vale dos sistemas, cuja aparência de neutralidade dá ao profissional segurança e ilusão necessárias de “estar realizando” seu projeto profissional com competência, porque sintonizado aos resultados esperados, estabelecidos nos manuais e normas operacionais(GUERRA, 2018, p.10)

Dito isto, percebemos que são diversos os atravessamentos que os assistentes sociais encontram no exercício profissional, sejam eles implícitos ou explícitos. Sendo importante compreender estas contradições existentes no processo de trabalho, buscando suspender o cotidiano, e a imediatividade (estes são de extrema importância), pois evitam que os profissionais caiam no fatalismo, considerando que nada é possível ser feito, ou no messianismo, onde o profissional faz crescer suas possibilidades muito além do que seu mandato institucional lhe permite. É assim que a situação atual desafia a profissão a enfrentar estas inflexões e construir respostas coletivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Considerando o curto período para realização de uma pesquisa de um tema tão amplo quanto o “Serviço Social na Saúde Mental”, considero ter sido possível trazer os elementos mais centrais para análise do tema proposto, pois foi possível cumprir os objetivos específicos que nos propusemos na introdução do trabalho, que eram: resgatar a trajetória sócio-histórica do Serviço Social brasileiro, apontando os desafios contemporâneos para a profissão; apresentar o debate acumulado pela categoria acerca das competências e atribuições privativas de assistentes sociais, passando pelo o conjunto de normativas sobre o exercício profissional; apresentar a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira; apresentar o debate acumulado pela categoria acerca da atuação de assistentes sociais na política de saúde e na saúde mental; apresentar a atuação do Serviço Social no CAPS I de Mariana, a partir da forma como a profissional e a equipe do referido serviço captam o trabalho realizado pelo Serviço Social, buscando problematizar-la ante o acúmulo teórico-metodológico, ético-político e técnico-interventivo do Serviço Social nos últimos 40 anos.

Bem como o objetivo geral do trabalho, que foi refletir sobre as possibilidades, os impasses e os desafios da atuação da profissional do Serviço Social na saúde mental, a partir da experiência do CAPS I de Mariana. No entanto, consideramos que alguns elementos poderiam ter sido mais aprofundados e mais elaborados, mas em função do curto prazo para realização da pesquisa e elaboração e análise das entrevistas, visto o curto período letivo e a grande espera pela aprovação do comitê de ética, infelizmente, não foi possível para este momento .

Entretanto, os dados foram apresentados, a análise foi feita, e mesmo percebendo que outros elementos centrais poderiam ter sido aprofundados, foi possível responder a pergunta

que nos levou a pesquisar o tema, que era identificar qual a compreensão a equipe do CAPS I de Mariana, dispunha sobre o trabalho do Serviço Social. Assim, identificamos com este trabalho de conclusão de curso que a equipe compreende a importância do Serviço Social na saúde mental, mas não compreende com precisão sobre as particularidades da profissão. E como já era algo possível de perceber em pouco tempo de estágio, optamos por realizar este trabalho de conclusão de curso atrelado ao Projeto de Intervenção (em anexo), onde criamos uma cartilha que identificava as competências e atribuições do Serviço Social na Saúde Mental. A cartilha foi direcionada para dois públicos alvo: a equipe e os usuários do serviço. Levando-se em conta que parte das metas estabelecidas neste projeto de intervenção só poderão ser avaliadas a longo prazo, já podemos dizer que o projeto foi bem aceito pela equipe e usuários, e inclusive a proposta que, inicialmente, era apenas institucional, foi ampliada pela coordenação para divulgação em toda a RAPS.

Em se tratando dos elementos que poderiam ter sido mais aprofundados e mais elaborados, mesmo não tendo sido possível maior aprofundamento para este trabalho, deixaram espaço para novos questionamentos e inquietações, além de ânsia por uma maior/melhor compreensão em torno da função do “técnico de referência” que nos faz questionar se será possível a superação desse modelo de atuação .

REFERÊNCIAS :

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. In: Cadernos ABESS, São Paulo: Cortez, n. 7 1997.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e atenção Psicossocial: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. 4ª edição, 3ª reimpressão.

AMARANTE. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. coord. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Criança, mulher e saúde coletiva. ISBN 978-85-7541-335-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTENTES SOCIAIS(ABAS). Código de ética profissional do assistente social. São Paulo, 1947.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In Basaglia, et al. A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERWIG, Solange Emilene. APROXIMAÇÃO AO MÉTODO MARXIANO NA PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Vitória, 2018. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social

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

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 28 de Maio de 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União.

BRAZ, M. Economia Política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. Biblioteca básica de serviço social, 1.

CAPACITAÇÃO NAS POLÍTICAS OU PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS? A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM QUESTÃO YOLANDA APARECIDA DEMETRIO GUERRA. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Vitória/ES, 2018.

CARTA DE BAURU. ENCONTRO NACIONAL “20 ANOS DE LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”. Bauru, 2007. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru> . Acesso em: 28 Maio 2022.

Centro Cultural do Museu da Saúde. Adelina Gomes. Centro Cultural do Museu da Saúde. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/cinquentenariodomuseu/adelina-gomes.php>> . Acesso em: 08 de Junho de 2022.

CHIARA, Maria Júlia Kaimen, Ivone Di Chiara, Ana Esmeralda Carelli e Vilma da Cruz. Normas de documentação aplicadas à área de Saúde. Rio de Janeiro: Editora E-papers, 2008.

CFESS. Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social. Brasília, 1993.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições específicas do/a assistente social em questão. 2012.

CFESS. ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM QUESTÃO / Reflexões sobre Atribuições Privativas do(a) Assistente Social COFI/CFESS - 2012.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. 2010

CFESS. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde.. Brasília, 2010a. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

CFESS- Somos contra os Novos Ataques a Política de Saúde Mental - Nota pública do contra os novos ataques à Política de Saúde Mental. 2020

CFESS - Parecer jurídico de N.º 27/98 - Para tratar dos artigos 4º e 5. 1998.

Disponível em :

<<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1WTyvzyfEC-ldD9EWcsK-ShLjpyyGE3Uw>>

Acesso em : 17 de Outubro de 2022.

CFESS - RESOLUÇÃO N° 572, de 25 de maio de 2010 Ementa: Dispõe sobre a obrigatoriedade de registro nos Conselhos Regionais de Serviço Social, dos assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição do assistente social, mesmo que contratados sob a nomenclatura de CARGOS GENÉRICOS e dá outras providências. Disponível em : <[RESCFESS572.pdf](#)> . Acesso em 22 de outubro de 2022.

CRESS/MG - Documento Especial - O Trabalho de Assistentes Sociais Mineiras e Mineiros Durante a Pandemia. Comissão de Orientação e Fiscalização.(COFI). Belo Horizonte. Fevereiro de 2022.

CRESS-17 > Destaque > 41 anos do Congresso da Virada do Serviço Social brasileiro: a importância da consolidação teórico-prática e do Projeto Ético Político em nossa história.19/09/2020. Disponível em : <[41 anos do Congresso da Virada do Serviço Social brasileiro: a importância da consolidação teórico-prática e do Projeto Ético Político em nossa história | CRESS-17 \(cress-es.org.br\)](#)>. Acesso em : 12 de Dezembro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> . Acesso em: 15 maio 2022.

Conselho Nacional de Saúde. Dia Nacional de Luta Antimanicomial é comemorado no País. CNS. Brasília, 18 de maio de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/18_mai_luta_antimanicomial.html#:~:text=Em%202001%2C%20a%20Lei%20n%C2%BA,em%20servi%C3%A7os%20de%20base%20unit%C3%A1ria>. Acesso em: 15 de Maio de 2022.

Conselho Nacional de Saúde - IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL- Dezembro de 2020. Disponível em <[Conselho Nacional de Saúde - IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial \(saude.gov.br\)](http://Conselho Nacional de Saúde - IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (saude.gov.br))>. Acesso em : 6 de Novembro de 2022

Esquerda Online - Ministério da Saúde extingue Coordenação de Saúde Mental / *Governo coloca rede subordinada a Atenção Básica e mostra que não se importa com a saúde mental da população*. Pedro Henrique Antunes da Costa*, de Juiz de Fora, MG/ 23/06/2022
Disponível em:
<<https://esquerdaonline.com.br/2022/06/23/ministerio-da-saude-extingue-coordenacao-de-saude-mental/>> . Acesso em: 20 de outubro de 2022 . Available from SciELO Books.

GUERRA, Y. CAPACITAÇÃO NAS POLÍTICAS OU PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS? A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM QUESTÃO. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Vitória/ES, 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 120, pág. 608-639, dezembro de 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0101-6628.001>>. Acesso em 10 de Agosto de 2022.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. Editora: Cortez, São Paulo. 1983.

IAMAMOTO, Marilda. *O trabalho do assistente social em tempo de capital fetiche*. In: Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 9ª Ed. São Paulo, Cortez, 2015, p. 428.

IAMAMOTO, Marilda. Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela - O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional! Marilda Villela Iamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. Renovação e conservadorismo no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2007. Cap. I – Conservadorismo e Serviço Social.

IAMAMOTO, M. V; YAZBEK, M. C. Introdução. YAZBEK, M. C; IAMAMOTO, M. V. (orgs.). Serviço Social na história: América Latina, África e Europa. São Paulo: Cortez, 2019

IAMAMOTO, Marilda. O trabalho do assistente social em tempo de capital fetiche. In: Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 9ª Ed. São Paulo, Cortez, 2015.

IN: Política de educação permanente do conjunto CFESS/CRESS. Brasília. 2012. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf> . Acesso em : 23 de outubro de 2022.

IBGE 2021 - Disponível em : <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/mariana.html>>. Acesso em 28 de Julho de 2022.

Imagem/ mapa de Mariana - jornal o lampião. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=mapa+de+Mariana&tbm=isch&chips=q:mapa+de+mariana,g_1:cidade:y3N2Hwi8Ew0%3D&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwjdpdCBwuz5AhWTI>- Acesso em 29 de Julho de 2022.

JUNQUEIRA, H. I. Quase duas décadas de reconceituação do Serviço Social: uma abordagem crítica. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, ano II, n. 4, p. 1-38, 1980.

LEME, Carla Cristina Cavalcanti Paes. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: _____. A prática do assistente social na saúde mental. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2013

MACHADO, Ana Lúcia. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> . Acesso em 10 de Agosto de 2022.

MACHADO, G. S. (2009). O trabalho do Serviço Social nos CAPS. Textos & Contextos (Porto Alegre), 8(2), 241-254. Disponível em :<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/6342>>. Acesso em 22 de Junho de 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. Serviço Social & Sociedade [online]. 2015, v. 00, n. 124. , pp. 678-698. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.046>>. ISSN 2317-6318. <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.046>>. Acesso em 22 Agosto 2022

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIN SAÚDE. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS - Disponível em <[Rede de Atenção Psicossocial \(RAPS\) \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br)>. Acesso em 06 de Novembro de 2022.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. Rev. Katálisis, Florianópolis, v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000300005>>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

MORAES, DAIANE PEREIRA MAGALHÃES - Desafios Da Política de Saúde Mental em Tempos de Retrocesso: CAMINHAMOS OU NÃO PARA O FIM DO HOSPÍCIO? . Espírito Santo: 2018

MOTA, Ana Elizabeth. Seguridade Social em tempos de crise. In: MOTA, A. E. (org.). Cultura da Crise e Seguridade Social. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, A.E. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. Soc. Soc. N. 120. São Paulo: Cortez, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/gkDFx8pW5zwSCRbDhrWwc/?cclang=pt>> . Acesso em 22 de outubro de 2022.

MOTA, A. E.; RODRIGUES, M. Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário. **Rev. Katálisis**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 199-212, Aug. 2020. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802020000200199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 13 de Dezembro de 2022.

NETTO, José Paulo. Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal. 5ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2012. (Coleção questões da nossa época; v.44).

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NETTO, José. Paulo. Serviço Social, Desigualdade e Pobreza. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/190/213>>. Acesso em 01 de abril de 2022.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social & Sociedade, ano XVII, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E OS DESAFIOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/129460133.pdf>>. Acesso em : 14 de Julho de 2021.

O Serviço Social na cena contemporânea. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>>. Acesso em 04 de Maio de 2022.

O Serviço Social na Contemporaneidade: demandas e respostas. Disponível em :<<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>>. Acesso em 06 de Maio de 2022.

O significado sócio-histórico da profissão - Maria Carmelita Yazbek / Professora da Faculdade de Serviço Social da UNLP/Argentina e da PUC/SP.

OS DESAFIOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE E A IMPORTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO COLETIVA Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/os-desafios-do-exercicio-profissi>>

onal-do-assistente-social-na-contemporaneidade-e-a-importancia-da-organizacao-coletiva.pdf
 ≥.

O METODOLOGISMO E O DESENVOLVIMENTISMO NO SERVIÇO SOCIAL
 BRASILEIRO – 1947 a 1961 Maria Angela Rodrigues Alves de ANDRADE*

PASSOS, R.G ... Trabalhadoras do carne na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books. Disponível em : <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>>. Acesso em : 14 Julho.2021.

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*). *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em :< [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 12 de outubro de 2022.

Portal da assistência - A prática do Serviço social na saúde mental / 2013. Disponível em:<<http://portaldaassistencia.blogspot.com.br/2013/08/a-pratica-do-servico-social-na-saude.html>> . Acesso em: 03 de Setembro de 2022.

Projeto ético político e exercício profissional em serviço social : os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais / Conselho Regional de Serviço Social (Org.). – Rio de Janeiro: CRESS, 2013. 134 p.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Disponível em: < [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 31 de outubro de 2022.

Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

SANTOS, M. A. de L.; CARVALHO, M. A.; PENIDO, C. M. F. A atuação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial em um desastre da mineração em Mariana (MG): um relato de experiência. Rev. C&Trópico, v. 45, n. 2, p. 171-182, 2021. DOI: Disponível em <[https://doi.org/10.33148/cetropicov45n2\(2021\)art11](https://doi.org/10.33148/cetropicov45n2(2021)art11)>. Acesso em : 01 de agosto de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA. Plano de ação do Serviço Municipal de Saúde Mental. Mariana, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA. Plano Municipal de Saúde de Mariana 2014-2017. Mariana, 2014.

SciELO- Yolanda Guerra - 2010 - *A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância*. Disponível em <[SciELO - Brasil - A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância](#)> . Acesso em : 20 de outubro de 2022. Available from SciELO Books.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, pág. 366-393, junho de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

SCHEFFER, G.M. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In: A Prática do Assistente Social na Saúde Mental. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011

Silva-Tomaz, C. (2019). O trabalho do assistente social na saúde mental: a experiência dos CAPS III / CERSAMs de Minas Gerais (Brasil). Trabajo Social Global – Global Social Work, 9(17), 41-64. doi:10.30827/sg-gsw.v9i17.9181

SILVEIRA, Marília Rezende. A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

TEIXEIRA, Joaquina. Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS. 2009, p.186-199.
http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo-201608060407431902860.pdf

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury, OLIVEIRA Jaime Antonio Araújo. (Im) Previdência social. Petrópolis: Vozes 198.

TOMAZ, Cristiane Silva. (2018) O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”: possibilidades de uma atuação crítica? (Tese de Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. URI: Disponível em : http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?Arquivo=14482>. Acesso em : 12 de Junho de 2022.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4. ed. Editora: Cortez. São Paulo. 2008.

_____. Saúde mental e serviço social : o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo : Cortez, 2000.

Portal da Prefeitura de Mariana. Disponível em : <https://www.mariana.mg.gov.br/noticia/405/caps-mariana-recebe-credenciamento-do-ministerio-da-saude-em-24/08/2022-21:58> - CAPS. Acesso em: 12 de Maio de 2022.

YAZBEK, Maria. Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos e as tendências contemporâneas no Serviço Social. In: Serviço Social e seus Fundamentos: Conhecimento e Crítica. Guerra, Yolanda (org.). Campinas, Papel Social, 2018. P. 47-84.

YAZBEK, Maria Carmelita. Serviço Social e pobreza. Rev. Katálisis, Florianópolis, v. 13, n. 2, pág. 153-154, 2010. Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre:

Bookman; 2001. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000200001>>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

ANEXO 1 :

Cartilha / Projeto de Intervenção:

 **Serviço Social na Saúde Mental.**

- O Serviço Social atua em diversos programas e projetos em instituições psiquiátricas com o objetivo de dar uma melhor reabilitação psicossocial. Para ele, é necessário não só o tratamento da doença mental, mas também o tratamento das doenças sociais, como a destruturação familiar, a violência e o desemprego.

Funções do Assistente Social:

- Acionamento de outros Serviços da Rede;
- Acompanhar todos os casos;
- Mobilizar o paciente e a família para que ele participe de forma efetiva do tratamento e reinserção social;
- Orientar o paciente e a família quando necessário o encaminhamento para unidades fechadas;
- Realizar visita domiciliar;
- Orientar quanto aos direitos previdenciários, trabalhistas e assistenciais para o Benefício de Prestação Continuada (BPC);
- Verificar histórico social, observando as necessidades dos direitos, como financeiro e de moradia;
- Assegurar o direito ao programa de medicação de alto custo;

Tratamento humanizado

Ninguém me entendia
Não queria viver
Só tristeza na minha vida
Não sabia mais o que fazer

Perdi a alegria
Perdi o prazer
Tudo era monotonia
Eu não conseguia vencer

Fiquei mal
E o CAPS me deu a mão
Meu problema ele tem solução
Mas isso eu tenho que querer éêê
Descobri que valia a pena viver
Minha vida hoje tem mais prazer
Sei que posso contar com você éêê (bis)

Vamos sair nas ruas
Para todo mundo ver
Que a nossa loucura
É a vontade de viver

Nossa voz é se unir junto com a população
Tratamento humanizado
Com a paz e a união

Sozinhos não somos nada
Unidos nós somos mais
Oval é a sua loucura
Eu sei que você é capaz
De erguer sua cabeça e lutar para ser feliz
Pois a luta é só um tempo
Nós temos que prosseguir

As vezes fico calado
Tanto abuso de poder
Pois a luta continua eu vou lutar para não morrer
Pois a luta é só um tempo eu não vou desanimar
Eu não jogo para perder
Só jogo para ganhar

Fiquei mal
E o CAPS me deu a mão
Meu problema ele tem solução
Mas isso eu tenho que querer éêê
Descobri que valia a pena viver
Minha vida hoje tem mais prazer
Sei que posso contar com você éêê (bis)

Composição:
Maurício Malta
(Paciente do CAPS I)

Serviço Social no CAPS - Mariana



CAPS I
Rua 16 de Julho / Centro / Mariana - MG
Telefone : 3558 - 2229

Funcionamento: Segunda a Sexta-Feira- de 08:00 às 17:00
Acolhimento : Segunda a Sexta-Feira- de 08:00 às 09:00



Cartilha produzida por:
Jéssica Caroline Moreira da Costa
Estagiária do curso de Serviço Social
UFOP





CAPS



Os CAPS são serviços especializados de saúde mental, guiado pelo sistema do SUS, de caráter aberto e comunitário, ou seja, inseridos na comunidade e que funcionam em regime de porta aberta, com plantões de acolhimentos diários, sem necessidade de agendamento prévio ou encaminhamento para ser acolhido no serviço.

A assistência em saúde mental é realizada por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar.

Equipe Multiprofissional.



- Cabe à equipe multiprofissional composta por: psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, entre outros, a responsabilidade com a inclusão de familiares e usuários no novo modelo para saúde mental, que tem como referência o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) privilegiando o tratamento em liberdade, a singularidade, a conquista da cidadania e a inserção social dos usuários.

Manicômios nunca mais!



Relação entre Assistente Social e o Paciente Psiquiátrico.



- O Assistente Social estabelece o acolhimento, o cuidado e a construção de vínculo com paciente em sofrimento psíquico;
- Oferece espaços para superação de medos e preconceitos;
- Propõe formas mais humanas e integradoras;
- Cria espaços para a valorização da fala, da escrita, da dignidade, do respeito, da inclusão da família e da reabilitação social;



Relação entre o Assistente Social e a Família do Paciente.



- A família tem um grande encargo ao assumir o cuidado com o paciente portador de doença mental. Sua rotina muda, o orçamento fica mais caro e muitas vezes é necessário adaptações na casa, por isso, o apoio tem de ter abrangência para a família que sofre com o cansaço do dia-a-dia;
- A família é o principal alicerce para o doente mental manter-se fora da instituição psiquiátrica e assim respeitado como um ser humano, um cidadão;