

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**CENTRO SOCIOECONÔMICO - CSE**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS**

**ANA CLAUDIA MOCELIN**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL**  
**DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL**

**FLORIANÓPOLIS**

**2015.1**

**ANA CLAUDIA MOCELIN**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL  
DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Regina Krüger**

FLORIANÓPOLIS

2015.1

**ANA CLAUDIA MOCELIN**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA  
SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina em cumprimento ao requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA EM FLORIANÓPOLIS, OUTUBRO DE 2015.

---

Profa. Dra. Tânia Regina Krüeger (Orientadora)

---

Profa. Dra. Liliane Moser – UFSC

---

Assistente Social Cintia Cabreira – Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau

*Dedico aos meus pais,  
Que além da vida, me deram apoio e todo amor possível.*

## AGRADECIMENTOS

*Gostaria inicialmente de agradecer a toda minha família, pelo apoio, dedicação e amor incondicional ao longo desses anos.*

*Aos meus amores de patinhas, focinhos e pelos, Amy e Nega, que estiveram sempre ao meu lado, em diversos momentos de trabalhos e estudos, de alegrias e desesperos. Me suportando em silêncio, ou não...*

*Ao meu irmão, Paulo Augusto, por me fazer ver e palpar o valor da liberdade, por se posicionar contra a injustiça e a segregação, pela luta e esperança. Obrigada por ser quem és, e por nunca desistir. Eu me orgulho de você!*

*À minha irmã, Ana Paula, pelas conversas, pela força, pelo auxílio, pela presença. Eu me surpreendo com você e te admiro!*

*À minha mãe, Francisca de Souza, pelo incentivo, pelo reconhecimento, pelas reflexões. Um dia você me disse para não chorar, pois ficaria feia igual você, e deve ser por isso que sou chorona. Porque quero me parecer com você. Mãe você é linda e inteligente!*

*Ao meu pai, Agostinho Mocelin, pelo orgulho que sinto de você, pela simplicidade, honestidade e perseverança. Você é exemplo para mim!*

*Vocês são a família que eu não escolhi, mas se pudesse escolheria porque eu amo vocês infinitamente, além da minha vida, sem vocês nada disso seria possível.*

*Gostaria de agradecer a todos os meus amigos, até mesmo os que deixaram de ser, aqueles que estão longe, os que estão perto, sem distinção; pelo apoio que me deram, pelo incentivo, por acreditar em mim, por não me deixar desistir... Acredito que nada é por acaso neste ciclo que chamamos de vida, existe muita magia e mistério nos nossos caminhos, e cada presença é especial no todo. Obrigada por cruzarem meu caminho e tantas vezes corrigir meus rumos... Um agradecimento ainda a todos os colegas de graduação, que passaram diversos momentos comigo ao longo desses quase cinco anos de curso.*

*Gostaria de agradecer também a todo pessoal do Instituto São José - Centro de Psiquiatria e Dependência Química, pela experiência breve, mais repleta de conhecimentos, em especial a minha supervisora: Cíntia Cabreira, pelas palavras, por me dizer principalmente, que as vezes pode parecer impossível, mas não é, agora eu já sei, parece,*

*mas não é. E agradeço também pelo fazer profissional e pelo apoio. Obrigada, por aceitar sair de Blumenau, e vir até Florianópolis, somente para estar na minha banca. Eu fico imensamente feliz por compartilhar este momento com você.*

*Ainda do Instituto São José, agradeço a Assistente Social Cláudia, por me mostrar que aprender só é possível de igual para igual, e também a Andrea, psicóloga, pelo auxílio, nos momentos de sufoco, pelas conversas e por me trazer de volta as energias espirituais.*

*À todos os pacientes e familiares do CAPS I de Biguaçu que me motivam a ser melhor, é por vocês que insisto em lutar por um mundo justo, nesta sociedade onde tudo é contradição, eu aprendi muito com vocês. Também agradeço aos profissionais do CAPS, por compartilhar seus conhecimentos.*

*Um agradecimento especial a todas as Assistentes Sociais que se dispuseram gentilmente, a colaborar com a pesquisa realizada, que dedicaram um pequeno, porém valioso momento do cotidiano para permitir que se conhecesse um pouco de sua atuação. O fato de se disponibilizar a ter a sua prática profissional analisada, já é indicativo do quanto vocês estão comprometidas com um exercício profissional de qualidade e com o enfrentamento dos desafios.*

*Gostaria também de agradecer a todos os professores da UFSC, pelos ensinamentos não só referentes a profissão, mas a vida como um todo, a ser melhor, fazer melhor... Um agradecimento especial ainda a Liliane, e Michelly que aceitaram prontamente a compor a banca.*

*Agradeço também ao GEPSS – Grupo de Estudos e Pesquisa em Serviço Social, ao professor Helder e professora Mariana, e a todos que lá participam e compartilham seus conhecimentos. As considerações do grupo foram indispensáveis para refletir a análise da pesquisa, neste trabalho.*

*E um agradecimento especial a Professora Tânia, que me orientou, e por ter me encaminhado na direção certa e possível, pela liberdade que me deu, pelo apoio, pela preocupação. Por ter proporcionado a minha viagem e participação em Blumenau, o que, contribuiu ricamente para as minhas reflexões. Também por ter me mostrado meus erros de forma tão clara, por me mostrar o quanto minhas frases eram gigantes, fato que eu nunca havia percebido. O processo de construção deste trabalho e sua orientação me deram a oportunidade de crescer...*

*Gostaria de agradecer a todos os funcionários da UFSC, ao Pierri, aos funcionários que varrem as salas todos os dias, que sempre, ao nos encontrar estudando, tinham um sorriso no rosto; ao pessoal da BU, do RU.*

*E por último agradeço também a cada sujeito, que constitui a identidade de classe trabalhadora, da qual me insiro e que me proporcionou com seu trabalho e luta a possibilidade de frequentar uma universidade pública. Infelizmente não se proporciona o acesso a todos que a constroem, uma universidade deveria ser de fato, aberta e universal. Nem o sistema de cotas tão criticado, dá conta da desigualdade histórica no acesso. Isso porque grande parte dos trabalhadores, sequer conhecem a universidade, só sabem que podem entrar no campus, quando contratados, geralmente para a limpeza de seus banheiros e salas. O ensino institucionalizado é excludente e segregador. O diploma cada vez mais é um produto, e a formação um negócio. Como diz Paulo Freire “Se a educação sozinha não transformar a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.” Daí que a luta pelo acesso e permanência devem ser constantes – Por uma universidade de acesso livre e aberta a comunidade.*

*Porém, ainda que tenha sido difícil iniciar e concluir esta etapa, eu tive a oportunidade de compreender que o saber é uma constante busca, que a simplicidade é a única riqueza, que o amor constrói e que a maior universidade é a vida...*

*Oportunidade esta, que muitos não terão. Alguns por não ter acesso, outros que ainda que tenham o acesso não se atentam para a preciosidade do que é essencial e inerente à vida, não à economia política. Em outras palavras “Ser todos somos, pena que alguns só querem ter”*

*Quando entrei no curso, eu sempre quis mudar o mundo. Mas o mundo é grande demais e eu pequena demais. Saio agora com a certeza que eu mudei, e ainda há muito para aprender, na verdade há sempre algo para aprender e só tenho a agradecer.*

*Prometo nunca esquecer todos os minutos, horas, dias de dedicação, dias bons e ruins, e quase sempre difíceis, que se convertam em alegrias e possibilidades de mudanças, mesmo naquilo que possa parecer utopia.*

*Eu acredito em uma sociedade justa, em um mundo melhor para todos e essa é, e será sempre a minha busca!*

*Obrigada a todos!*

*Trecho do Filme Bicho de Sete-Cabeças*

*“Nenhum médico jamais me disse que a fome e a pobreza podem levar ao distúrbio mental.  
Mas quem não come fica nervoso, quem não come e vê seus parentes sem comer pode chegar  
à loucura.  
Um desgosto pode levar à loucura, uma morte da família, o abandono de um grande amor.  
A gente até precisa fingir que é louco sendo louco... fingir que é poeta sendo poeta.”*

*“A noite chega e o frio também  
Sem demora, aí a pedra  
O consumo aumenta a cada hora  
Pra aquecer ou pra esquecer  
Viciar, deve ser pra se adormecer  
Pra sonhar, viajar, na paranóia, na escuridão  
Um poço fundo de lama, mais um irmão  
Não quer crescer, ser fugitivo do passado  
Envergonhar-se sem aos 25 ter chegado  
Queria que Deus ouvisse a minha voz  
E transformasse aqui num Mundo Mágico de Oz”  
Racionais Mc's*

*“Sonhar o sonho impossível,  
Sofrer a angústia implacável,  
Pisar onde os bravos não ousam,  
Reparar o mal irreparável,  
Amar um amor casto à distância,  
Enfrentar o inimigo invencível,  
Tentar quando as forças se esvaem,  
Alcançar a estrela inatingível:  
Essa é a minha busca”.*

*Dom Quixote de La Mancha, Miguel de Cervantes*



MOCELIN, Ana Claudia. O exercício profissional dos assistentes sociais na saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é conhecer as demandas e respostas dos assistentes sociais da área da saúde mental através de pesquisa empírica. Para que tal objetivo se cumprisse realizou-se um grupo focal e três entrevistas individuais com profissionais que trabalham na área, na grande Florianópolis. A elaboração da pesquisa foi embasada pela literatura consultada, e no documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010). O trabalho contempla a reflexão acerca do processo histórico de construção da Reforma Psiquiátrica e da política de saúde mental dentro do SUS, após a consolidação da Reforma Sanitária. Partindo dos processos democráticos que contemplam a nossa sociedade nos anos de 1980, assim como o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, resgata a inserção do assistente social nesse contexto, no âmbito da saúde mental. A loucura refletida como uma experiência de sofrimento, ocasionando adoecimento, segregação e acirramento das tensões geradas pela questão social. Historicamente dentro da sociedade de classes não há espaço para o diferente e/ou o não adaptável, e sim a sua exclusão e segregação. Através dos resultados da pesquisa empírica com profissionais atuantes na área de saúde mental identificamos que essas prerrogativas da questão social vão exigir do assistente social uma atuação, que embora contraditória no movimento da sociedade, se reflita na possibilidade de garantia de direitos. Na pesquisa evidenciaram-se que as demandas do assistente social em saúde mental, são preponderantemente demandas de atendimento direto aos usuários, com ações sócio-assistenciais, ações de articulação com a rede e ações socioeducativas. As respostas as demandas advindas dos usuários, se esbarram, principalmente na ausência de políticas intersetoriais, no estigma do preconceito, construído socialmente de forma a diferenciar e segregar o “louco”, e nos poucos recursos dispensados a este setor da saúde, por parte do poder público. Retrata por fim, os desafios a serem superados, destacando-se a necessidade de sistematização do exercício profissional, como forma de empreender a qualidade e intencionalidade da ação, transformando a demanda emergencial em demanda coletiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde mental, serviço social, exercício profissional.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS – Assistente Social  
BPC – Benefício de Prestação Continuada  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas  
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial infantil  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas  
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social  
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais  
EJA – Educação de Jovens e Adultos  
ERD – Escola de Redutores de Danos  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
ISEV – Instituto de Saúde e Educação Vida  
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MP – Ministério Público  
MPF – Ministério Público Federal  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OSs – Organizações Sociais  
PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos  
PNAS – Política Nacional de Assistência Social  
PT – Partido dos Trabalhadores  
PVC – Programa de Volta para Casa  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SPDM – Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina  
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos  
STF – Supremo Tribunal Federal  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Instituição e ano de formação de Graduação e Pós-Graduação dos profissionais participantes da pesquisa .....	48
--	----

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>19</b>
1.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL .....	35
<b>2. SERVIÇO SOCIAL E EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>45</b>
2.1 SUBSÍDIOS TEÓRICOS, SISTEMATIZAÇÃO E INSTRUMENTAIS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL .....	49
2.2 EIXOS DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DEMANDAS E RESPOSTAS DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL .....	54
2.3 O DESAFIO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL .....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>

## INTRODUÇÃO

A escolha do tema se deu principalmente pela complexidade com que a saúde mental se apresenta em nossa sociedade, associada ao estigma da loucura enquanto doença, mascarando seu caráter social e disseminando saberes controladores e normatizadores da diversidade humana. O interesse se deu ainda pela importância da contribuição que o assistente social pode trazer para a área. A aproximação com a temática surgiu a partir das experiências de estágio obrigatório<sup>1</sup>, onde foi possível a reflexão e um interesse crescente pelo exercício profissional, advindos de constantes questionamentos a respeito da saúde mental. Ao longo do processo de formação em Serviço Social o tema da saúde mental apenas era abordado no conjunto das demais práticas da política de saúde, e em momentos pontuais no currículo do curso.

Entre os questionamentos e dúvidas presentes a respeito da saúde mental, se sobressaem aqueles, inerentes ao exercício profissional dos assistentes sociais na área. O que tem sido exigido do assistente social, enquanto profissional das equipes de atenção psicossocial? Que demandas chegam até os profissionais, e de que forma o assistente social tem encontrado as respostas a essas demandas? E a questão da loucura, como reflete para o exercício profissional? E por fim, seria impossível não se questionar a respeito dos desafios enfrentados por esses profissionais que tem no seu Código de Ética, um compromisso com a democracia, a liberdade, a cidadania, a igualdade e a justiça social. Há o desafio ainda de ser um profissional que é reconhecido, pelo senso comum, como o profissional da ajuda, a moça boazinha que pode resolver toda aquela demanda que os demais profissionais não sabem o que fazer?

---

<sup>1</sup> Os estágios se deram respectivamente, no Instituto São José – Centro de Psiquiatria e Dependência Química, hospital psiquiátrico privado, do município de São José, e no CAPS I, do município de Biguaçu, instituição pública vinculada a Secretaria Municipal de Saúde e sob gestão de Organização Social - OS - Instituto de Saúde e Educação Vida – ISEV. Esta OS é uma associação civil, sem fins lucrativos, voltada para a gestão e ensino na área da saúde. Foi constituído no ano de 2005, por pessoas que defendem o trabalho através da formação de redes, onde as entidades e empresas, congregadas, passam a se relacionar melhor e de maneira proativa com a comunidade e Poder Público. Com a união de hospitais e clínicas, permite-se, ainda, a adoção de estratégias conjuntas como Centrais de Negociações de medicamentos e materiais e Faturamento. A ferramenta, compartilhada, conduz à negociações mais efetivas e com resultados positivos, contribuindo ao bom desempenho da instituição. (ISEV, 2015).

O objetivo da pesquisa é trazer o exercício profissional em saúde mental, em um amplo escopo, voltada a pesquisa e formação acadêmica, portanto optei por não caracterizar as instituições, que trazem particularidades e serviços próprios. Contudo, cabe ressaltar a importância que ambas tiveram em minha formação, enriquecendo os saberes e proporcionando uma aproximação com profissionais comprometidos com a qualidade dos serviços prestados, assim como, com os usuários e familiares, que só contribuíram para que a temática se transformasse em área de grande interesse, enquanto futura profissional.

Estes questionamentos reforçaram os objetivos da pesquisa, e conduziram a importantes considerações a respeito do exercício profissional em saúde mental. O entendimento do processo saúde/doença perpassa pelo entendimento também das “condições de vida, de trabalho e no estilo de vida dos indivíduos a partir de suas relações sociais, o que implica considerar a cultura, os preconceitos, o lazer, a educação básica, social e política, e que podem levar a perda da saúde.” (VASCONCELOS, 2011, p. 443). A loucura, não pode ser pensada deslocada dos determinantes sociais, advindos do capitalismo, este, como produtor das mais variadas doenças da atualidade. Nem pode ser interpretada pela sua herança histórica de segregação. Quem pode ser considerado louco? O que define os padrões de anormalidade e normalidade? Estas questões devem ser levantadas na atualidade e refletidas no sentido de respeitar as diversas formas de estar no mundo. Cuidar e respeitar, não estigmatizar e segregar, é bandeira de luta no que tange ao pensamento atual sobre a loucura. Pensar a atuação profissional do assistente social, de acordo com Bisneto (2007), é ressaltar as correntes que pensam a loucura como um fenômeno social, político, histórico e institucional pela perspectiva crítica e dialética.

Portanto, a saúde mental configura-se como um importante campo de inserção para o assistente social, e a sua contribuição é latente, porém pouco se tem problematizado a respeito de sua atuação, suas demandas e desafios. Isto sugere uma lacuna e dá relevância ao presente trabalho, que visa, além de conhecer esse profissional, seu cotidiano, suas demandas e limites no fazer dentro de cada campo de atuação, proporcionar um momento de reflexão e problematização, contribuindo assim com um material conceitual crítico e interventivo no espaço de formação acadêmica.

A intenção não foi fragmentar o exercício profissional em saúde, nem tampouco criticar os profissionais atuantes, mas trazer à tona a discussão do que se tem feito em um campo que cresce no que tange a atuação do Serviço Social.

É indispensável problematizar o conceito de loucura, para avançar nas práticas em saúde mental, já que nossa sociedade vem historicamente estigmatizando o *diferente* e/ou o não adaptável e o classificando em patologias através de manuais prontos e já legitimados por um saber médico. Sendo assim, este trabalho aborda a loucura refletida como uma experiência de sofrimento, ocasionando adoecimento, segregação e acirramento das tensões geradas pela questão social. É no capitalismo que a loucura passa a ser transformada em patologia passível de ser curada e isolada. Isto quer dizer que dentro da sociedade de classes não há espaço para o diferente e/ou o não adaptável, e sim a sua exclusão e segregação. Dessa forma, a loucura se retrata como uma lente de aumento para as expressões da questão social, já que aparece

enquanto anormalidade, diferenciando o sujeito dos demais. Nesse contexto, podemos dizer que aquele que não consegue se inserir na lógica do mercado, nos modos de produção capitalista e, portanto, não participa de forma competitiva, racional, individualista da sociedade, estará propício a maiores vulnerabilidades. Além de que, o estigma associado ao *louco* acaba por retirar dele a autonomia, o direito ao trabalho, ao convívio social, ao lazer, enfim a um viver considerado digno.

Em outras palavras, não é possível separar a subjetividade da questão social e na sociedade capitalista os meios de produção constroem sociabilidades propensas ao sofrimento psíquico e que, portanto, se relacionam diretamente ao adoecimento da população. Em razão disso se acirram as tensões relacionadas a questão social. Iamamoto (2008) vai dizer que na atualidade, a “questão social” diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura. Em razão disso, a loucura, a partir do capitalismo é considerada enquanto doença sem levar em consideração que os determinantes sociais interferem na produção de doenças e que há diferentes modos de existir no mundo. O assistente social ao trabalhar diretamente com essas múltiplas faces da questão social, desempenha em qualquer área de atuação suas competências de caráter social e coletivo, voltado à compreensão da realidade, viabilizando a garantia de direitos dos usuários dos serviços, e em saúde mental não é, e não deve ser diferente.

Diante do exposto, coloca-se a importância dos serviços de saúde públicos para enfrentar a problemática social, que tem a loucura como objeto e que se constitui na atualidade, enquanto saúde mental, no sentido de promoção da saúde, negação da herança histórica de segregação e exclusão, e tratamento dos sofrimentos vivenciados. É antes de tudo um espaço conquistado, de reconhecimento social da saúde em seu conceito ampliado e enquanto direito de todos e dever do Estado, dentro do SUS. Sendo espaço sócio ocupacional para os profissionais do Serviço Social, destaca-se ainda a relevância do exercício profissional em saúde mental, com a compreensão crítica do fenômeno da loucura, da realidade social dentro do capitalismo contemporâneo e da produção de doenças relativas ao seu modo de produção.

Enquanto objetivo geral este trabalho busca conhecer as demandas e respostas dos assistentes sociais da área da saúde mental. A pesquisa empírica foi realizada em três municípios da Grande Florianópolis, através de grupo focal e entrevista individual. Já os objetivos específicos tratam de conhecer a história e prática dos assistentes sociais na área, e problematizar os desafios enfrentados no exercício profissional, a fim de elaborar o relatório de pesquisa que é apresentado neste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

Como base teórica, o TCC contempla a análise da saúde mental dentro da política de saúde, situando-a dentro do SUS, com vistas a buscar o conhecimento do processo de Reforma Psiquiátrica, até o momento atual, assim como irá trazer a literatura pertinente no Serviço Social, sobre a inserção dos assistentes sociais na saúde mental, destacando os movimentos democráticos da década de 1980.

A construção do trabalho se deu pela revisão da literatura de autores como Marilda Villela Iamamoto, Ana Maria de Vasconcelos, Maria Inês Bravo, Maurílio Castro de Matos, Raquel Cavalcante Soares, Eduardo Mourão Vasconcelos, Paulo Amarante, José Augusto Bisneto, entre outros.

A problematização e reflexão do exercício profissional do Serviço Social na saúde mental foi pensada partindo do conhecimento empírico, o que levou a necessidade de se realizar uma pesquisa com os profissionais que atuam na área. Inicialmente, a opção foi pelas cidades de Biguaçu, Florianópolis, São José e Palhoça<sup>2</sup>, que compõem a região da Grande Florianópolis, devido a proximidade com a Universidade, facilitando tanto a participação dos profissionais quanto o deslocamento para a realização das pesquisas. Contudo no decorrer do processo, verificou-se que havia imprevistos quanto a imposição de tempo, a disponibilidade dos assistentes sociais, entre outros, e que não seria possível que a pesquisa contemplasse todas as cidades. Sendo assim a pesquisa foi realizada com assistentes sociais atuantes em Florianópolis, Palhoça e São José. Ainda que, levando-se em consideração a pouca abrangência da pesquisa: foram seis profissionais participantes, foi possível identificar os pontos mais gerais e relevantes do exercício profissional e sistematizar de forma reflexiva o material colhido.

Cabe destacar que, previamente, identificou-se enquanto serviços de saúde mental da região da Grande Florianópolis, dois hospitais psiquiátricos, no município de São José, um público e outro privado, um CAPS também no município de São José; um CAPS, no município de Biguaçu; um CAPS no município de Palhoça; e quatro CAPS em Florianópolis. As assistentes sociais, mapeadas totalizam dezenove. Dessas, oito foram contatadas por telefone; em um dos hospitais o contato se deu apenas com uma assistente social, que coordena o setor de Serviço Social, já que a mesma se prontificou a repassar as informações e o projeto enviado, em reunião, para as demais profissionais da instituição, que totalizam oito.

---

<sup>2</sup> Foi realizado contato com duas assistentes sociais que atuam em saúde mental no município de Blumenau, devido a participação da Professora Tânia Regina Krüger, no evento em comemoração ao dia do assistente social, intitulado *II Roda de conversa "Atuação do Serviço Social na política pública de Saúde em Blumenau"*, realizado no dia 15 de maio de 2015. Compareci ao evento, acompanhando a professora e em conversas, inicialmente as profissionais se propuseram a responder o formulário de entrevista, no entanto, até a data de conclusão da pesquisa, não obtivemos resposta.



Já no outro hospital, foram identificadas quatro assistentes sociais, dessas, duas foram contatadas, e uma delas também se disponibilizou a passar a informação para as demais da mesma unidade, que utilizavam o mesmo endereço de e-mail. Nos CAPS, somente uma profissional, não foi contatada, pois se encontrava de licença, no período da realização da pesquisa.

Entre os motivos elencados pelas profissionais para a não participação na pesquisa estão: falta de tempo, estar sozinha e sobrecarregada no local de trabalho, ter muitas atividades com os usuários. Algumas não responderam aos contatos e e-mail após o envio do projeto, portanto não se sabe ao certo o motivo da recusa.

Importante evidenciar que houve um empenho para que o maior número de profissionais participasse da pesquisa. Foram inúmeros os contatos telefônicos e via e-mail, também houve visitas a instituições, dos municípios da Grande Florianópolis e também de Blumenau sem, contudo, ser possível se realizar a entrevista com todos os profissionais.

A importância da elaboração desta pesquisa permitiu ainda, enquanto acadêmica, a construção de uma formação guiada pelos princípios éticos e de caráter investigativo. Paraphrasing Iamamoto (2008), um desafio a ser superado em pesquisa e produção acadêmica, é trazer cada vez mais, para o centro do debate, o exercício cotidiano do assistente social. Portanto, a motivação foi trazer o cotidiano do exercício profissional, em saúde mental, para reflexão e sistematização, visando o conhecimento, e com ele a busca de possibilidades para enfrentamento dos desafios.

A análise dos resultados da pesquisa empírica se organizou por itens a partir dos temas preponderantes que surgiram na pesquisa, considerando o seu objetivo geral e também os eixos e sub-eixos de atuação dos assistentes sociais apresentados nos Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na política de Saúde (CFESS, 2010) e na literatura pertinente do Serviço Social.

O presente trabalho está estruturado nesta introdução, onde estão definidos a justificativa, os objetivos gerais, objetivos específicos, e a metodologia de forma sucinta. O capítulo 1 traz a discussão da saúde mental, desde o início do processo de construção da reforma psiquiátrica, suas características, reivindicações e sujeitos, até a política de saúde mental atual, dentro do Sistema Único de Saúde, trazendo seus avanços e desafios. A inserção dos assistentes sociais na saúde mental, evidenciando o período histórico onde os processos democráticos vividos pela sociedade brasileira e pelo projeto político da categoria profissional, permitiram uma grande abertura para a entrada do Serviço Social na saúde e sua atuação crítica, também compõe este capítulo.

Já no capítulo 2 apresenta-se a pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde mental, pesquisa esta, realizada durante os meses de abril e maio/2015, que visava conhecer o profissional que atua na ponta do serviço de saúde mental, assim como suas demandas, respostas e desafios enfrentados no cotidiano do exercício profissional.

Por fim, o trabalho apresenta as considerações finais, as percepções e aprendizado da autora ao longo do processo de formação e de construção e sistematização do TCC, com tendência a reflexão das práticas e proposição de alternativas.

## 1. SAÚDE MENTAL: da reforma psiquiátrica à política de saúde mental

“Uma coisa perdurará, que é a relação do homem com seus fantasmas, seu impossível, sua dor sem corpo, sua carcaça noturna; e, uma vez colocado o patológico fora de circuito, a sombria vinculação do homem à loucura será a lembrança intemporal de um mal desaparecido em sua forma de doença, mas que sobrevive como infelicidade”

Michel Foucault

A saúde mental compreende um subsetor dentro da saúde e abarca toda a complexidade, também presente no seu conceito ampliado, onde devemos entendê-la não somente como a ausência de doença, mas como um conjunto de determinações sociais que possam possibilitar bem-estar, uma vida digna e segura, com boas condições de moradia, de trabalho, de lazer, entre outros. Considera-se extremamente relevante não dissociar a saúde mental, como um campo de conhecimento separado e/ou diferenciado do setor saúde, pois além da saúde mental ser parte da política de saúde, ela é indissociável do conceito ampliado de saúde construído pelo Movimento da Reforma Sanitária. Nas palavras de Arouca, (1986, p. 36) saúde:

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

O homem é um ser singular que só pode ser pensado como totalidade, e enquanto ser social, isto é, como ser biológico, psicológico, histórico e sociológico, isto supõe, também pensá-lo em todas as suas condições materiais de vida, que são os determinantes e condicionantes sociais que podem ou não proporcionar-lhe bem estar físico, mental e social. Pensar ainda na superação das condições que desencadeiam a loucura, e criam a distinção entre normalidade e anormalidade, o que significa compreender que a saúde mental é, além de tudo, ainda uma questão política.

Sendo assim, o conceito de saúde mental também vai depender do momento histórico, político, social, da corrente de análise, entre outros:

Historicamente, não há um único e unívoco conceito de saúde mental. O mesmo é um conceito dinâmico, mutável, em contínua evolução, basicamente originário de uma prática, que difere segundo a cultura, segundo os valores dos povos, segundo o

período histórico e científico, segundo o pensamento de suas lideranças. (SABOYA, 1996, p.11).

Paulo Amarante (2007, p. 16) ainda coloca que:

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

Então podemos situar a saúde mental no contexto dos serviços atuais, como um complexo campo de saberes dentro do setor saúde, que não pode se limitar a um conceito pronto, mas sim a um conjunto de cuidados, pensados e disponibilizados por esses serviços. Enquanto objetivo, estes serviços visam a promoção, proteção e reabilitação da saúde, e/ou amenizar os determinantes e condicionantes sociais do processo saúde/doença, já que superá-lo necessariamente seria um outro projeto societário [que não o capitalismo]. Se compreendemos que a loucura não é determinada por um conceito biomédico de doença, mas um processo histórico e social que produz sofrimentos, gerando assim a não aceitação social das diferentes formas de estar no mundo; e que, saúde mental é dispor de cuidados que possam proporcionar melhorias nas condições de vida, outros saberes não médicos precisam dar a sua contribuição na intervenção a essa problemática.

Foi após essa compreensão de saúde, no seu conceito mais amplo que foi surgindo campo propício no Brasil, para que se fortalecesse o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica. Para o movimento da Reforma Psiquiátrica a loucura passa a ser interpretada como uma experiência de sofrimento ou sofrimentos que levariam a um constante adoecimento. Dessa forma solicita-se à psiquiatria uma abertura aos diversos saberes, como psicológicos, sociais, antropológicos, entre outros, constituindo a atenção psicossocial para lidar com a loucura.

A Reforma Psiquiátrica ganha destaque a partir da experiência italiana com Franco Basaglia<sup>3</sup>, cujo principal foco não era apenas humanizar a psiquiatria, mas trazer à tona uma

---

<sup>3</sup> “Franco Basaglia (1924-1980) constituiu a principal liderança do movimento de reforma psiquiátrica na Itália, denominado de Psiquiatria Democrática, e que mais tarde inspirou profundamente movimentos similares em todo o mundo. Militante político e membro do Partido Comunista Italiano, Basaglia fez dialogar sua formação marxista (na qual Gramsci constituía a principal referência) com as principais experiências e teorias inovadoras em psiquiatria de seu tempo e estabeleceu um forte debate interteórico e prático com elas.” (VASCONCELOS, 2009, p. 7).

alternativa ao modelo hospitalocêntrico que segregou historicamente o *doente mental*<sup>4</sup>. Para tanto, Basaglia propunha o questionamento não apenas da estruturação da rede de serviços, mas também de conceitos que embasavam as práticas de saúde mental até então. O ideário da reforma italiana trazia uma crítica radical sobre o modo como a ideologia dominante [capitalismo], buscava destruir qualquer forma de diversidade, pois isso interferia diretamente na produtividade das pessoas, onde a força não produtiva era excluída e segregada. A psiquiatria se prestou fielmente a essa lógica dominante, legitimando seu *saber* sobre a loucura, fazendo com que se apresentasse sob aparência de uma ciência. (ROTELLI, 1989).

A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível “classificar como *doente mental* todo o comportamento inadapável aos limites da liberdade burguesa”. (TUNDIS e COSTA, 2001, p. 12). A loucura não era da ordem do anormal, da desrazão, e não constituía por si só uma essência diferenciadora e objeto da ciência. Ela estava no campo da moral, mas era algo do cotidiano, transitável, do cenário público. Ela só passa a ter uma identidade – *doença mental* – a partir de um contexto ou de uma nova cultura política e econômica, que começa a nascer no século XVIII, que é o capitalismo, entrando no campo oposto a razão. (FOUCAULT, 2000).

A concepção de loucura, como sendo doença, associada à medicalização<sup>5</sup> da vida, compõe a construção de um saber próprio à psiquiatria tradicional, e será a abordagem criticada ao longo deste trabalho. Entende-se que essa concepção, não leva em consideração “as inquietações e angústias presentes no contemporâneo: é uma prática alienada em relação às pessoas e suas angústias e inquietações de toda ordem, pela perda de cidadania, perda de segurança mínima em relação às condições básicas da vida” (como dispor de salário, de trabalho para viver satisfatoriamente), medo de várias formas de violência presentes no cotidiano, progressivo sentimento de desesperança no amanhã, “sintomas sociais que vão

---

<sup>4</sup> Sempre que a literatura pesquisada trouxer a expressão *doente mental*, ficará em itálico, pois representa a concepção da psiquiatria tradicional, advinda com o capitalismo, que não leva em consideração, as diferentes formas de estar no mundo, nem os determinantes sociais que influenciam diretamente nas condições de vida do indivíduo, que é um ser social.

<sup>5</sup> Entende-se por medicalização o processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo. Assim, questões como os comportamentos não aceitos socialmente, as performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada. In: IV Seminário Internacional a Educação Medicalizada: Desver o mundo, perturbar os sentidos. Disponível em: [www.medicalizacao.org.br](http://www.medicalizacao.org.br) Acesso em: 25 jun. 2015.

interpelando e subjetivando as pessoas de forma a limitar ou bloquear as vontades, os desejos, a criação, os devires mais humanos e solidários”. (ZIEGELMANN, 2005 p. 94).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se no final na década de 1970, principalmente pelos trabalhadores da saúde que enfrentavam péssimas condições de trabalho nesta área. Organizaram, portanto, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, questionando as políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época. Entre as principais reivindicações e objetivos do movimento se destacam: as denúncias das condições de maus tratos nos hospitais tanto públicos quanto privados; denúncia da indústria da loucura; reivindicações por melhores condições de trabalho; expansão dos serviços em saúde mental, mesmo que ainda neste primeiro momento não estivesse claro como tais serviços deveriam estar organizados. (VASCONCELOS, 2000).

A sociedade brasileira vivia um intenso período de abertura política, pois vivíamos uma ditadura política e econômica desde 1964, onde os movimentos sociais e outros setores organizados da sociedade lutavam pela democracia, por uma seguridade social que fosse universal, e por melhores condições e direitos que contemplassem a classe trabalhadora.

Ainda a respeito do contexto brasileiro, onde foi possível imergir o ideário da Reforma Psiquiátrica, Bisneto (2007, p. 34), salienta que havia várias correntes europeias que traziam importantes questionamentos à psiquiatria tradicional, e que influenciaram o processo no Brasil. Entre essas correntes destacam-se a psiquiatria democrática na Itália, as psicologias institucionais na França e a antipsiquiatria na Inglaterra:

Essas correntes europeias encontraram no momento econômico, político e ideológico da sociedade brasileira um terreno propício para sua disseminação: as reformas econômicas na saúde e na previdência, iniciadas nos anos 1960 em decorrência das reformas institucionais ditadas pelo regime de exceção do golpe de Estado de 1º abril de 1964; as lutas contra a ditadura militar, que uniam segmentos diversos das classes médias brasileiras; a contracultura que grassava entre os intelectuais e se expressava na luta pelos direitos das mulheres, negros, homossexuais e várias divergências sociais, nos quais também se incluía o direito de ser diferente sem ser classificado como *doente mental*.

Desenvolveu-se na América Latina, nesse mesmo período uma constante crítica aos efeitos negativos da medicalização da sociedade. Propondo-se assim, programas alternativos de autocuidado da saúde, contrapondo-se a elitização da prática médica e a inacessibilidade dos serviços médicos para as grandes massas populacionais. O que venho a culminar na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. (LIMA, ET AL, 2005). Já em Alma-Ata, a saúde é posta como um direito humano fundamental, colocando os governos como responsáveis pela saúde da população. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Um dos movimentos que estava articulado neste período contra a ditadura e que lutava desde a década de 1960, por um sistema de saúde universal no acesso, por mudanças no conceito de saúde, e por colocá-la como dever do Estado, foi o Movimento da Reforma Sanitária, onde estavam também muitos dos integrantes do MTSM. O Movimento Sanitário é reconhecido como um movimento social com uma prática política, onde se reformulou o objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e trouxe uma abordagem médico-social da saúde que visava superar a visão biológica e ecológica do antigo preventismo. (LIMA, ET AL, 2005). O projeto da Reforma Sanitária ressalta a concepção do conceito ampliado de saúde, levando-se em consideração os determinantes sociais no processo saúde/doença, os principais ideais se resumem em democratização do acesso a saúde, universalidade das ações e a descentralização com controle social. (BRAVO e MATOS, 2009).

Com a consagração das bandeiras da Reforma Sanitária, após na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde a participação popular foi destaque, organizaram-se temas, relacionados à Saúde a serem debatidos, entre eles estava a saúde mental. Em 1987, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde a exemplo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, determinou-se a necessidade da participação popular. Assim como no Movimento da Reforma Sanitária, o Movimento da Reforma Psiquiátrica com a participação popular, o torna democrático e não apenas de técnicos e técnicas:

A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas. (AMARANTE, 1995, p. 95).

Ainda na I Conferência Nacional de Saúde Mental, reafirmou-se a implantação da Reforma Sanitária brasileira, ressaltando-se ser fundamental que o novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado. (BRASIL, 1988). Pretendendo a transformação em saúde mental, de acordo com a proposta por Basaglia, baseada na desinstitucionalização<sup>6</sup> semelhante ao modelo italiano, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, se une a sociedade civil, através de usuários e familiares e levanta a bandeira por uma Sociedade sem Manicômios. A partir de 1987, se constitui então, o Movimento da Luta Antimanicomial:

---

<sup>6</sup> A desinstitucionalização, não é o mesmo que desospitalização refere-se a transformar as relações de poder entre pacientes e instituições, criando serviços com estratégias diferenciadas que possibilitem a ruptura com o modelo hegemônico de internação psiquiátrica. Assim como a desconstrução do conceito de doença, “retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência.” (YASUI, 2006, p. 15)

O Movimento da Luta Antimanicomial nasceu do questionamento do saber psiquiátrico. Seu objetivo é a ruptura com o modelo tradicional de tratamento e a transformação do lugar social dado à loucura. O que se contesta não é só um prédio, mas sim o modo de pensar que reduz o sujeito ao papel de *doente mental*. O resgate da dimensão cidadã, afetiva e social é fundamental para os integrantes desse movimento. (CAMPOS, 2010, p. 13).

O processo de redemocratização permitiu a construção de um projeto democrático e em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a oitava Constituição do Brasil. Redefine-se assim, a política de Estado na área da saúde pública, colocando-a como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, art.196).

Enquanto as bases legais eram formuladas para a construção do SUS, toda a luta articulada dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial, culminou no projeto de lei do deputado do PT, Paulo Delgado, em 1989, que dispõe sobre a substituição dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos. Contudo, o processo de Reforma Psiquiátrica, se deu de forma heterogênea, com constantes entraves, houve diferenças regionais, retrocessos com mudanças nos governos a nível federal, estadual e municipal, advindos da ascensão do projeto neoliberal.

Nesse momento, cabe situar que, em 1990, no governo de Fernando Collor, a contrarreforma neoliberal dos Estados, enquanto uma resposta de enfrentamento a crise estrutural do capitalismo iniciada em 1970, chega ao Brasil, radicalizando as perversas faces do capitalismo brasileiro. O Brasil já se constituía historicamente, enquanto um Estado mínimo, autoritário e ausente, em relação a proteção social dos trabalhadores. Esta contrarreforma que chamaremos de projeto neoliberal, tem continuidade e expressão máxima no governo FHC, e permanece até os dias atuais. Tem como interesse primordial a “incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas” (SOARES, 2010, p. 340).

Em 1990 o SUS foi estabelecido através da lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde) com os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;



- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, art. 7º).

Os rebatimentos do projeto neoliberal na saúde se deram concomitantemente ao processo de implementação do SUS, refuncionalizando-o e flexibilizando seus princípios políticos e já sofrendo vetos por parte do então presidente Collor. Desde 1991 o Ministério da Saúde elaborou as Normas Operacionais Básicas – NOB, para a possível superação dos desafios político-burocráticos. Todavia, essas normas nem sempre representam os princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988 e da LOS. Portanto, mesmo que assegurados em Lei, os princípios e diretrizes do SUS, enfrentaram impasses a sua concretização. (VASCONCELOS, 2011). O que também repercutiu em um retrocesso em muitos dos avanços já obtidos no campo da saúde mental, porém Vasconcelos (2000) destaca que neste período houve uma intensa participação de usuários e familiares, organizados no Movimento pela Luta Antimanicomial. O que fortaleceu e deu voz, aos sujeitos submetidos e submissos a um saber especializado. Tal fato contribuiu significativamente no processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental.

No ano de 1990 foi realizada em Caracas, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, onde estabeleceu os seguintes critérios:

- A reestruturação da assistência psiquiátrica deve estar ligada ao Atendimento Primário da Saúde, permitindo assim a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade.
- A revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
- Que os tratamentos devem salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; devem estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados e propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.
- As legislações dos países devem ajustar-se para que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos *doentes mentais* e para que promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento.

- A capacitação dos recursos humanos em saúde mental e psiquiatria devem apontar para um modelo de saúde comunitária e internação psiquiátrica em hospitais gerais.
- Que as organizações, associações e demais participantes da Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos *doentes mentais*, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

Já a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi realizada em 1992, apoiada no SUS e na Declaração de Caracas e trouxe os preceitos da Reforma Psiquiátrica, que ficou registrado no seu Relatório Final. Entre eles estão: a inserção imprescindível da saúde mental nas ações gerais de saúde, com vistas à atenção integral e os demais princípios do SUS; articular os recursos existentes na comunidade, favorecendo a integração do usuário dos serviços de saúde; o entendimento da saúde/doença como um processo; a pessoa deve ser pensada em sua existência plena e não no seu diagnóstico, contrapondo o modelo biomédico; a substituição gradual do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão e o respeito a sua diferença. (BRASIL, 1994).

Ainda de acordo com a proposta elaborada no Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, destaca-se a inserção em seu capítulo 11, o tema das drogas. Ali se assegura que o usuário e dependente de drogas não seja criminalizado perante a lei, e sim encaminhado para a assistência à saúde. O serviço de saúde deve promover campanhas para o combate ao alcoolismo e criar programas específicos para o tratamento de alcoolistas e demais dependentes químicos, a serem prestados por equipes capacitadas. (BRASIL, 1994).

Partindo-se então do ano de 1992, diversas leis, baseadas no projeto de lei de Paulo Delgado, e nas Conferências Nacionais, conseguem ser aprovadas em alguns Estados brasileiros, devido à grande mobilização de movimentos sociais, que buscavam garantir a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede de ações integradas na área de saúde mental. O Ministério da Saúde inicia assim, um processo de redefinição das políticas em saúde mental.

Em 2001, finalmente o projeto de Lei de Paulo Delgado, foi aprovado, porém havia modificações significativas no seu conteúdo. A Lei 10.216, aprovada em 6 abril de 2001,

dispõe sobre a “proteção e os direitos das *peessoas portadoras de transtornos mentais*<sup>7</sup> e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Já não trazia, como no texto original, a extinção progressiva dos manicômios, mas trouxe a obrigatoriedade da comunicação ao Ministério Público Estadual, no caso de internações involuntárias. (AMARANTE, 2007). Salientando que a expressão *transtorno mental*, utilizada pela legislação brasileira, é bastante criticada. Amarante (2007) lembra que isso os classifica como portando um fardo enorme e eterno, e se pensarmos para além, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo pela nossa personalidade e caráter. Destaca ainda que em saúde mental e atenção psicossocial tem-se optado por utilizar o termo sofrimento psíquico ou mental, pois nos remete a pensar em uma experiência de sofrimento do sujeito.

De acordo com a lei federal nº 10.216/2001 que dispõe sobre os direitos fundamentais em seu Art. 2º - nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

- I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as suas necessidades;
  - II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
  - III – Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
  - IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
  - V – Ter direito a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
  - VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
  - VII – Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
  - VIII – Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
  - IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, foi se construindo ao longo da última década e busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com *transtornos mentais* pelos serviços, comunidade e cidade. 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). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta

---

<sup>7</sup> Também há a opção aqui por utilizar a expressão *transtorno mental* em itálico sempre que a legislação ou literatura citá-la.

política. Na atenção integral em álcool e drogas, além de todos os recursos da rede, conta-se ainda com leitos de retaguarda e a Escola de Redutores de Danos. (BRASIL, 2013).

Também em 2001, e sob o marco da nova Lei 10.216/2001, aconteceu em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação popular e democrática. Foi possível então visualizar a complexidade do campo da Reforma Psiquiátrica, pois ainda se colocava como necessidade o enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social. (PITTA, 2011).

Outro elemento que fortalece a política de saúde mental e a integra na rede de Atenção Básica é a Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, nela estão incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica, onde é dada ênfase na promoção e proteção da saúde. Portanto, a rede de saúde mental atualmente no Brasil encontra-se integrada no Sistema Único de Saúde e todos os serviços devem estar articulados entre si, fugindo a lógica apenas do encaminhamento.

A ênfase das políticas públicas em saúde mental do SUS, então passa a ser a construção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, regulamentada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que integra as Redes Regionais de Atenção à Saúde. Esta portaria foi republicada em maio de 2013 e destaca a constituição da RAPS:

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde: 1. Equipes de Atenção Básica; 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: 2.1. Equipe de Consultório na Rua; 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

b) Centros de Convivência e Cultura;

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Leitos de psiquiatria em hospital geral b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos;

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (BRASIL, 2011).

Já a centralidade das ações em saúde mental se encontra no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, estabelecido pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. A primeira experiência foi na cidade de Santos, em São Paulo, no ano de 1987, baseada na experiência italiana de Basaglia. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com *transtornos mentais*, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, 2013).

Deve-se atentar para o fato de que os CAPS foram pensados não como um serviço institucionalizado, mas como estratégia de transformação do antigo modelo hospitalocêntrico. Tal cuidado em pensar o trabalho de saúde coletiva dentro do CAPS, pode evitar as caracterizações que encontramos comumente, onde as palavras “*capscêntrico*” “*capscômio*”<sup>8</sup>, são utilizadas por diferentes atores, para explicitar como eles têm visto as experiências de atenção psicossocial nestes serviços. Os municípios que possuem até 20 mil habitantes podem estruturar a atenção a saúde mental, somente na rede básica, sem a necessidade do CAPS. Já os demais municípios, (BRASIL, 2013), se encontram divididos em:

- CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes. Existem 788 unidades no país<sup>9</sup>.
- CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 424 unidades no país.
- CAPS III – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: 200 mil habitantes. Existem 56 unidades no país.
- CAPS ad – serviço especializado para usuários de álcool e drogas. (70 mil a 200 mil habitantes). Existem 268 unidades no país.
- CAPS i - serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Acima de 200 mil habitantes. Existem 134 unidades no país.

Complementando a rede de serviços extra hospitalares temos (BRASIL, 2013):

- Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT: São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. São 596 casas no Brasil, com 3.236 moradores.
- Programa de Volta para Casa – PVC: Tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste Programa o

<sup>8</sup> Estas palavras têm sido usadas em falas de profissionais, usuários e familiares em diferentes Conferências de Saúde Mental, tanto municipal, estadual e nacional, e vem sendo citadas por diferentes autores da literatura pesquisada.

<sup>9</sup> Os presentes dados estão disponíveis no site do Ministério da Saúde, no ícone “Atenção Saúde Mental” e datam de 2013. <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 27 de março de 2015.

auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário. São 3.832 beneficiários do PVC no país.

- Leitos de Atenção Integral em álcool e outras drogas: São leitos de retaguarda em hospital geral com metas de implantação por todo o Brasil.

Escola de Redutores de Danos – ERD: As Escolas de Redutores de Danos do SUS tem como objetivo a qualificação da rede de serviços, por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade.

Ressalta-se aqui a importância do entendimento do processo inacabado de avanços no campo da saúde mental e de retrocessos advindos do projeto neoliberal, onde as tensões para não efetivação da Reforma Sanitária e do SUS repercutem no não avanço da política de saúde mental. O que vemos atualmente é projeto da Reforma Sanitária perdendo hegemonia em detrimento do modelo assistencial privatista. Entre as conseqüências criadas para a não efetivação do SUS, idealizado a partir do projeto da Reforma Sanitária temos: demora nos atendimentos, precariedade dos serviços de saúde prestados aos usuários, burocratização, ênfase na assistência médica curativa e prática clínica, dificuldades com a qualidade e quantidade de atendimentos prestados. (CFESS, 2010). A seguir serão expostos alguns avanços conquistados após a Reforma Psiquiátrica e também os empecilhos advindos do contexto neoliberal.

Se por um lado a saúde deixou de ser compreendida como a reparação de um dano e passou a ser orientada pela busca do bem-estar, com tratamentos atuais visando acabar com o sofrimento, sem normatizar condutas ou reprimir um modo de ser específico, (CAMPOS 2010). Por outro lado, é necessário fazer uma ressalva quanto à efetivação da possibilidade de real autonomia e reinserção social do usuário das políticas de saúde mental. Já que reinserção nesta sociedade poderia significar adaptá-lo. Priorizando o cuidado em saúde mental deve-se compreender a totalidade e complexidade da realidade social que nos leva ainda a reflexão de que dentro da estrutura capitalista, existe pouco ou nenhum espaço para a loucura, do ponto de vista da emancipação e da autonomia. Kinoshita (1996), ao falar sobre a reinserção social do sujeito, coloca que no universo social as relações são baseadas na troca e ao *doente mental* é sempre atribuído valor negativo. É como se ele não tivesse algo a dar, a não ser na dimensão da doença, o que pressupõe que seria necessário resgatar estes valores para haver uma possível troca na esfera social. A grande questão que fica é como possibilitar que em uma sociedade individualista, excludente e desigual, possa haver um sistema de trocas digno para o estigmatizado *doente mental*?

Ainda há o avanço para o fato de não negar a loucura, mas permitir sua livre expressão, não associá-la apenas a presença de doença, mais amenizar seu possível sofrimento, neste contexto é inegável as conquistas obtidas a partir da Reforma Psiquiátrica. Contudo ainda, é

necessário fazer uma análise crítica, com relação às práticas nos serviços atuais, já que por vezes o Movimento da Reforma Psiquiátrica é colocado apenas como a tradicional psiquiatria reformada. Sendo assim, isto significa operar reformas sem objetivar mudanças estruturais, implicando em um processo lento e árduo, de ressignificação de conceitos, mudanças de paradigmas, democratização de saberes, entre outros.

Amarante (2007) chama a atenção para o termo reforma, pois “falar em reforma psiquiátrica não necessariamente é dizer que o antigo modelo foi superado”. É importante atentar-se novamente ao contexto amplo da conjuntura política no país, que ao dar ênfase ao projeto neoliberal, retrocede nos processos significativos e democráticos que foram conquistados na década de 1980.

[...] a própria palavra reforma é indicativa, pois foi sempre utilizada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição as verdadeiras transformações estruturais, radicais e de base. O termo reforma, no entanto, prevaleceu e ainda permanece, em parte pela necessidade estratégica de não criar maiores resistências as transformações, neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político. (AMARANTE, 2005, p.91).

Para alguns desses autores estudados que analisam criticamente os serviços atuais, ainda há ênfase para a sintomatologia, a valorização da classificação biomédica, através do CID-10 e DSM-5, a predominância da medicalização da vida social do sujeito, com destaque para o saber médico, dentro das equipes multidisciplinares. Isto supõe que os demais profissionais encontram-se subalternizados e por vezes aderem a visão biomédica de *doença mental*, e colocam a intervenção interdisciplinar em segundo plano.

Como já citado, o projeto neoliberal visa à incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, e as parcerias público-privado, representam uma das expressões do projeto neoliberal para as políticas sociais, e especialmente para a área da saúde. Portanto é uma forma de não garantir um sistema efetivamente público como previsto no SUS.

Como expressão desse fato, temos a aprovação da Lei nº 9637 de 15 de maio de 1998, regulamentando a transferência da administração de hospitais públicos, ambulatórios, laboratórios e, até mesmo, CAPS para Organizações Sociais (OSs). Nesta lei está posto que as entidades podem ser contratadas com dispensa de licitação, além de terem autonomia para empregar funcionários sem concurso público. A legalidade do processo de terceirização dos serviços de saúde foi julgada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 15 de abril de 2015,

como sendo constitucional<sup>10</sup>, apesar do MPF ter se manifestado anteriormente em oposição, dizendo que os contratos com as OSs seriam inconstitucionais, uma vez que o SUS pressupõe complementos e não a transferência integral da gestão para terceiros. Entende-se este fato, como sendo um retrocesso para a atual política de saúde favorecendo assim, a administração desses serviços baseada em lógica mercantil. Além de que, precariza os direitos dos trabalhadores da saúde, há ausência de concursos e deterioram-se os princípios de participação e controle social, e o que é mais grave, esvazia a concepção de direito social universal, garantido pelo Estado. Já temos essa realidade em Santa Catarina, no município de Biguaçu, além do CAPS, todos os serviços de saúde são prestados desde 2014 pela Organização Social Instituto de Saúde e Educação Vida - ISEV. A OS Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM faz a gestão do SAMU, do Hospital Regional de Araranguá e do Hospital Florianópolis. O Hospital Regional e Biguaçu parcialmente inaugurado em agosto de 2015 está com a gestão da Rede São Camilo, sendo uma das maiores OS da área da saúde no Brasil. Outras OSs fazem gestão de serviços estaduais e municipais do SUS em Santa Catarina.

Ainda muitas das OSs que assumem a gestão dos CAPS desconhecem as suas particularidades e atuam dentro de uma lógica ambulatorial, equivocando-se no cumprimento de dispositivos CAPS, já que ali são tratados transtornos crônicos, severos e persistentes que pressupõem um acompanhamento permanente e sem alta. O CAPS Itapeva em São Paulo, também foi um dos terceirizados e, desde 2007, é administrado pela SPDM. A mudança de gestor provocou impactos na estrutura do serviço, que agora conta com a presença de seguranças na porta e a consequente diminuição da participação da comunidade. Há relatos de funcionários, afirmando que o atendimento passou a ter um viés medicamentoso, centrado nos sintomas em detrimento das perspectivas sociais que produzem sofrimento. (CAMPOS, 2010).

Essa situação se mostra cada vez mais complexa, haja vista que o projeto da Reforma Sanitária, vem sofrendo constantes sucateamentos por parte do Estado, que pretende consolidar o projeto privatista na saúde, que já se mostra hegemônico na atualidade. Encontramos ainda, valores morais e religiosos explicitados no que tange as comunidades terapêuticas, inclusive com viés benemerente ou quase policialesca, fugindo a lógica da garantia de direitos dos usuários desses serviços. Sabemos que o uso das drogas é social e

---

<sup>10</sup> Tal informação foi acessada no Jornal eletrônico *Domingueira da Saúde*, com o título “Organização Social” escrita por Gilson Carvalho. A reportagem é do dia 02 de maio de 2015, e está disponível no site: [www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br). Acesso em 03 de maio de 2015.



estrutural, constituindo-se enquanto um problema de saúde pública. As comunidades terapêuticas retomam o viés da culpabilização do sujeito e do tratamento imposto historicamente pelo Estado, através do uso da força e castigos físicos, das violações e imposições de credo religioso. Assim como, utiliza-se do trabalho forçado, como tratamento moral, impondo muitas vezes o engodo de que a internação por nove meses recuperaria o usuário de drogas.

A política de saúde mental ainda enfrenta os desafios pontuados a seguir:

- O tema da saúde mental no sistema prisional brasileiro, ainda se encontra aquém do que se preconiza com a consolidação da Reforma Psiquiátrica, as limitações inerentes ao sistema impossibilitam que sejam implantadas práticas condizentes com a intervenção em saúde mental. (MATEUS, 2013).
- No que se refere ao conjunto de profissionais atuantes na área e sua capacitação, Mateus (2013) coloca que a formação de profissionais de saúde mental é reconhecida como prioritária na política brasileira, porém ainda não se efetivou estratégias que contemplem a nova política de governo, baseada na Reforma Sanitária.
- Não há política específica de apoio financeiro para a abertura e manutenção de associações de usuários e familiares, mas que sua participação deve ser estimulada nos Conselhos de Saúde e nas Conferências.
- A abertura definitiva para os demais campos das políticas públicas, entre elas a assistência social, educação, trabalho e renda, cultura, habitação e justiça. (DELGADO, 2013)
- O fortalecimento das ações e de produção da autonomia, pensadas e desenvolvidas juntamente com usuários e familiares e a sociedade em geral.

Entre os inúmeros empecilhos para a implementação da Reforma Psiquiátrica, ainda podemos destacar que não se conseguiu assegurar o cuidado das crises psicóticas ou das demandas de fissura e abstinência de usuários de crack em situação de rua, pois os serviços ambulatoriais e comunitários cerram suas portas às cinco da tarde na sua grande maioria.

Com relação à exclusão da loucura e do uso abusivo de drogas, o estigma ainda permanece presente em diferentes setores da sociedade, Pitta, (2011, p. 4581), destaca que:

[...] é contrário a esses nichos conservadores que o movimento da Reforma Psiquiátrica segue se insurgindo. Entre os grupos contra e a favor da Reforma, nos governos, na sociedade civil e na população em geral, o estigma contra o louco persiste e de vários modos, explícitos ou sutis. Evidências disso são localizadas na não escuta e não credibilidade da palavra dessas pessoas, gerando uma crônica postergação de suas demandas. Também presente num certo descompromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, profissionais do direito, da previdência e assistência social, que administram com ambiguidade a ideia de uma sociedade onde

o louco e o usuário de substâncias psicoativas sejam pares, parceiros na definição de políticas e nos seus próprios tratamentos.

Ainda Bisneto, (2007, p.33) relata que “diversos estabelecimentos psiquiátricos mesclam serviços tradicionais com serviços renovados”, o mesmo autor segue na análise ao dizer que “dentro das instituições também têm posicionamentos teóricos variados, produzindo um conjunto contraditório e tenso na prática multiprofissional psiquiátrica”.

Como conclusão, cabe a reflexão de que atualmente, as práticas em saúde mental oscilam entre os modelos, ora baseado na internação, ora com práticas que priorizam muitos dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, porém identifica-se neste último, uma grande propensão a práticas clínicas e ao uso abusivo de medicamentos, como forma de se evitar a internação e controlar o comportamento dos sujeitos.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em constante transformação, onde se visualiza a correlação de forças presente também na sociedade de classes, com conceitos emancipatórios em disputa com velhos conceitos e práticas, pois implica uma mudança cultural nas formas de percepção da doença e das formas de tratamento. Portanto, sua implementação tal qual preconizava seus idealizadores, está longe de ver todos seus fundamentos se concretizarem. Principalmente porque isto implica desconstruir um saber médico, assim como implica a efetivação do projeto da Reforma Sanitária.

Muitos dos preceitos ainda precisam de fato, ser efetivados. Contudo fica claro também os avanços já conquistados. Há sim, a possibilidade de luta, no sentido de implementar os objetivos elencados pela Reforma Psiquiátrica, dentro da política de saúde atual, que tem no SUS sua grande conquista. Para tal é necessário não cair no engodo que se propaga desde a consolidação do SUS, de que os serviços públicos são precários por si só e são somente para os mais pauperizados que não encontram forma de acessar a rede privada. Este nada mais é do que o discurso que busca de fato o sucateamento de todos os direitos sociais já conquistados.

Diante do exposto, é preciso fortalecer ainda mais o processo de transformação do lugar social do *louco*<sup>11</sup>. Pensá-lo enquanto sujeito político e ativo na construção de cuidados que não se configurem apenas como mudanças administrativas e técnicas de assistência psiquiátrica. Os serviços atuais, substitutivos a internação, devem possibilitar além da liberdade de ir e vir, um constante resgate a condição de cidadania, de reconhecer-se e ser reconhecido como sujeito de direito. A possibilidade de ter o acesso às informações do seu próprio tratamento e sobre o *transtorno* que lhe é aferido, não basta, é preciso dar-lhe

---

<sup>11</sup> O objetivo aqui não foi ressaltar o estigma que a palavra *louco* carrega, mas a utilização desse termo se deu pela necessidade de se pensar a pessoa enquanto sujeito de direito, sem ter que se adequar a uma lógica [dos normais], nem a algum processo de cura, mas sim a livre expressão de “ser” e reconhecer-se enquanto ser social.

condições de escolha e construir alternativas em conjunto, promovendo a participação democrática dos usuários e familiares, respeitando a individualidade e a diversidade. Assim como é fundamental, possibilitar a extensão do cuidado para com o familiar, que antes era visto como causador do sofrimento psíquico e responsabilizado pelo tratamento.

Por fim, o modelo de Reforma Psiquiátrica que acreditamos é mais do que mudanças nos serviços “é um processo civilizador, que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, produz uma ruptura com os modelos hegemônicos, diversificando ações, inventando formas de sociabilidade, produzindo valor social, insistindo em sonhar com outro mundo possível”. (YASUI, 2006, p. 4)

## **1.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL**

“Eu sei que, certamente, numa sociedade que não tem necessidade do trabalho a reabilitação seria um projeto impossível, mas pareceria impossível também fechar os manicômios. Então, eu creio que a única forma que nós temos para modificar essa sociedade é fazer tudo aquilo que nós conseguimos fazer, como se nós estivéssemos numa outra sociedade, como se tudo fosse possível”.

Franco Rotelli, 1989

Para iniciar a apresentação expõe-se que o assistente social é um profissional que exerce o seu trabalho regulamentado pela Lei nº 8662 de 07 de junho de 1993, se torna apto a atuar através de formação acadêmica em Serviço Social e registro no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. A partir do Movimento de Reconceituação, o projeto hegemônico da categoria assume uma postura crítica a sociedade capitalista, buscando fundamentos no pensamento de tradição marxista para a ruptura com o conservadorismo da profissão. O profissional se insere em diversos campos de atuação, entre eles e um dos que mais empregam profissionais é a área da saúde. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 218, de 6 de março de 1997, reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como um profissional de saúde.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em qualquer outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres presentes 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. (CFESS, 2010).

Sinalizo ainda a opção de caracterizar o Serviço Social na área de saúde mental partindo da Reforma Sanitária, do pós Movimento de Reconceituação do Serviço Social<sup>12</sup> e da Reforma Psiquiátrica. Considera-se como sendo marcos para o debate, enquanto processos democráticos que compartilham de princípios que se complementam, e caracterizam-se pelo caráter universal e transformador da realidade social. Ressalta-se, que nenhum dos movimentos foi homogêneo e linear, nem está posto como acabado, de forma que a correlação de forças permanece ainda no cerne das tendências, ora dificultando a atuação conforme o projeto da Reforma Sanitária, ora exigindo dos profissionais uma atuação voltada para as exigências do mercado, [projeto privatista] ou ainda com práticas de cunho conservador. O projeto privatista traz demandas como seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Já o projeto da Reforma Sanitária busca a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, interação com a realidade social, a interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático as informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO E MATOS, 2009)

Anteriormente aos marcos citados, o Serviço Social sempre foi tido como um profissional da área da saúde, tanto que sempre atuou no setor ao longo da história da profissão no Brasil. Inicialmente não se tinha uma atuação expressiva, após 1945, com o aprofundamento do capitalismo no país, expandiu-se a contratação e a saúde transformou-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais. Bravo e Matos (2009, p.199) acrescentam:

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi à ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora-, que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivos e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

---

<sup>12</sup> O movimento de Reconceituação do Serviço Social, de acordo com NETTO (2004) busca romper com as visões conservadoras da profissão, e consolida um novo projeto ético-político, comprometido com a classe trabalhadora e com uma sociedade justa e igualitária.

Daí vem a inserção do assistente social nesta área atuando inicialmente de forma educativa e normativa em relação aos hábitos de higiene e saúde. Com a consolidação da Política Nacional de Saúde, onde a Previdência Social era responsável pela assistência médica de caráter excludente e seletivo, já que não era universal, o assistente social atuava no nível curativo e hospitalar fazendo a mediação entre instituição e população, viabilizando seu acesso. (BRAVO E MATOS, 2009).

O conservadorismo na profissão já vinha sendo expressivamente discutido desde 1960, todavia, no período da ditadura, o Serviço Social sofre profundas transformações, baseando-se no tecnicismo, na burocratização, psicologização das relações sociais e na concessão de benefícios, atuando massivamente na assistência médica previdenciária. Abriram-se inúmeros serviços de atendimento psiquiátrico na rede previdenciária, baseando-se na lógica da mercantilização e onde os assistentes sociais atuavam com os trabalhadores para apaziguar a relação entre capital/trabalho e na porta de entrada e saída dos serviços. (BISNETO, 2007).

Partindo-se então da década de 1980, o país vive um intenso período de mobilizações políticas, o movimento da Reforma Sanitária, que já vinha sendo construído desde meados de 1960, avança significativamente em seu projeto, concomitante a esse processo, o movimento pela Reforma Psiquiátrica emerge com os profissionais da saúde mental. A Reforma Sanitária consagrou na Constituição Brasileira de 1988, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o que fez com que fosse possível se criar um sistema universal no acesso, descentralizado, com princípios de integralidade e de igualdade na assistência, e a participação do conjunto da sociedade.

Ao longo da história da profissão a saúde foi o maior empregador de assistentes sociais, e com a implantação do SUS em 1990, através da Lei 8.080, essa realidade se ampliou, até a aprovação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS<sup>13</sup>, quando a saúde passa a ocupar o segundo lugar, como contratante da categoria. Assim, com o reconhecimento da dimensão social da saúde, o número de profissionais e de práticas multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, tornou-se relevante na política de saúde brasileira. O assistente social que já tinha seu espaço de atuação consolidado dentro do setor saúde, agora passa também a ser requisitado para desenvolver ações não exclusivas da profissão. (KRUGER, 2010). O Serviço Social que tem no projeto ético político a direção da sua atuação irá encontrar agora nos princípios do SUS e da Reforma Sanitária, ligação direta para atuar concomitante com a

---

<sup>13</sup> O SUAS é constituído pelo conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social. Foi criado em 2005, pela Política Nacional da Assistência Social – PNAS de 2004.

garantia de direitos da classe trabalhadora, direcionado a ampliação de políticas sociais universais que venham a contemplar a efetivação da concepção de Seguridade Social<sup>14</sup>.

Todavia, os avanços obtidos no pós movimento de Reconceituação do Serviço Social, não contemplaram inicialmente, práticas equivalentes no que tange a área da saúde, pois enquanto vivia o processo de construção da hegemonia crítica, esta parte da categoria esteve desarticulada da Reforma Sanitária. (BRAVO e MATOS, 2009). No entanto as semelhanças entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto político da profissão mostram que vem articulado ao propósito democratizador do momento político da época.

A partir da consolidação da Reforma Sanitária e da implementação do SUS, a Reforma Psiquiátrica foi implantada como política de governo, com suporte na Lei 10.216/2001. Com isso, os municípios integraram a assistência psiquiátrica na atenção básica, e centralizaram os serviços de saúde mental com a implantação dos CAPS, o que possibilitou, uma grande contratação de profissionais de Serviço Social. Bisneto (2007) evidencia que foi a partir das conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica que abriu um vasto campo de atuação para o Serviço Social, com a abertura de vários serviços alternativos a internação psiquiátrica. O campo de atuação que vai tratar da loucura se ampliou para incluir outras áreas, com saberes diferenciados daqueles inerentes apenas a psiquiatria, o que fez surgir a obrigatoriedade de profissionais, incluindo o assistente social, para compor equipes especializadas em saúde mental.

Com isso podemos dizer que o assistente social, se insere como parte indispensável de técnicos que compõem as equipes multidisciplinares em saúde mental, trabalhando com a importância da teoria crítica, para a compreensão do caráter social do processo saúde/doença. Os serviços substitutivos a internação psiquiátrica, obrigatoriamente passam a contratar assistentes sociais. Contudo, a respeito das equipes multidisciplinares, em saúde mental, também houve grande contratação de assistentes sociais, no período da ditadura. A demanda não era por parte dos empregadores, nem dos usuários (embora houvesse essa demanda). O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios nesse período não era a loucura (pois esta era controlada pela psiquiatria, pela medicação e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria que eram contestados pela sociedade. Então o assistente social

---

<sup>14</sup> A noção de seguridade diz respeito a ideia de proteção social onde os cidadãos tenham acesso a um conjunto de direitos e seguros que visem reduzir ou prevenir as situações de riscos e vulnerabilidades sociais. Ainda importante destacar que a conquista de direitos sociais dentro do capitalismo, não se esgota, enquanto conformação, mas faz parte da estratégia política, para avançar na superação do capital. A Constituição de 1988, preconizava uma Seguridade Social pública e universal no Brasil, onde a Saúde e a Assistência, estavam postas como direito de cidadania, e dever do Estado. Juntamente com a Previdência Social, de caráter contributivo, constituíam o que chamamos de tripé da Seguridade Social. Essa noção permanece interrompida pela ascensão da política neoliberal.

viabilizava o sistema manicomial em seu ponto problemático, era demandado pelas elites, para atender os “necessitados” (BISNETO, 2007). Assim é importante salientar que:

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

Diante do exposto podemos refletir que historicamente a emergência de equipes multiprofissionais não eram tidas como indispensáveis pelo caráter interdisciplinar do cuidado que supõe na contemporaneidade. Essa problemática, por vezes ainda resiste na atualidade e tem se mostrado constante na interlocução com diversas posições teóricas que acabam por paralisar a prática profissional, colocando-o por vezes subalternizado, ou pouco atuante dentro da equipe. Para ilustrar melhor o debate Bisneto (2007, p.52) ainda coloca que:

O assistente social em saúde mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental. Os médicos psiquiatras mais progressistas também tendem a aceitar o ponto de vista do Serviço Social crítico para explicar a exclusão social, mas dificilmente admitem as contribuições do marxismo para explicar a loucura ou para atuar na assistência psiquiátrica.

Bisneto (2007) traz ainda a importância da análise institucional<sup>15</sup> para o campo da saúde mental onde é possível colocar este espaço institucional como palco da luta de classes “ora, as contradições são inerentes à sociedade de classes. Estando o Serviço Social inserido na luta de classes, o não questionamento de seus fins significa reproduzir o atual modo de produção. É abdicar da perspectiva crítica do Serviço Social”.

Na atualidade as políticas neoliberais, voltam a colocar o Serviço Social como executor final das políticas sociais. Portanto, em saúde mental é necessário resistir as perspectivas neoliberais e as práticas tradicionais da psiquiatria, definindo o papel de nossa categoria em trabalhar com o social, a politização. Ainda assim, entende-se que os desafios impostos aos profissionais são inúmeros, Bisneto (2007, p. 63) expõe que:

Uma contradição atual é como fazer a reabilitação psicossocial numa sociedade excludente, alienante, inabilitadora, e ainda por cima atuando em nível institucional ou organizacional (não macrossocial). Ao lado de funções típicas, como dar assistência social aos portadores de “transtornos mentais”, o Serviço Social também é alocado em Saúde Mental para diminuir os custos da assistência psiquiátrica, mas esta contenção de gastos não tem como objetivo alargar o atendimento a faixas maiores da população demandante, e sim abaixar os custos para aumentar a

---

<sup>15</sup> O autor define análise institucional, como sendo o estudo das relações sociais com ênfase na instituição, lugar de contradição e de conflito, a partir de suas determinações internas, e visando a sua transformação. (BISNETO, 2007, p. 297-298).

acumulação capitalista, pois a “mercantilização da loucura”, apesar dos esforços contrários de uma parcela profissional, permanece intacta.

O Serviço Social também enfrenta os rebatimentos do projeto neoliberal, dentro da categoria. Há uma constante crítica a hegemonia dos ideais do Movimento de Reconceituação, ressaltando-se que o marxismo não daria conta da complexa realidade que se apresenta para os profissionais. Na saúde essa crítica vem trazendo um discurso de cisão entre o estudo teórico e a intervenção, alegando-se que na prática a teoria é outra, e que haveria a necessidade de construção de um saber específico na área da saúde, o que acaba por fragmentar a prática e ressignificar a profissão a outros fins que não o social:

Existe a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo “psi” ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela 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 patologias médicas, 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. (BRAVO e MATOS, 2009, p. 212-213).

A política de saúde atual com hegemonia no projeto privatista vai impactar ainda diretamente no trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. Nessa conjuntura, se coloca enquanto desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária. (CFESS, 2010).

O Código de Ética do Assistente Social de 1993 tem como perspectiva “buscar fortalecer uma clara identidade profissional articulada com um projeto de sociedade mais justa e democrática” (PAIVA e SALES, 2000, p. 178). Constitui-se assim, como referência para materializar o compromisso ético-político, com a população usuária, definindo os princípios para o exercício profissional em qualquer espaço sócio ocupacional. Em saúde mental, podemos elencar alguns princípios fundamentais que irão contemplar o exercício profissional, de forma a fortalecer o projeto da Reforma Sanitária, contrapondo-se assim, as



exigências do neoliberalismo para o Serviço Social na saúde. Entre os princípios fundamentais destacam-se:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (CFESS, 1993)

Só é possível pensar no exercício profissional voltado a garantia de direitos, quando existem as possibilidades concretas para tal. Os aspectos ético-políticos presentes no Código de Ética do Assistente Social, não se esgotam somente em sua afirmação. É necessário que esteja mediado por estratégias e ações concretas, articuladas por uma competência teórica e técnica. (BARROCO, 2004). Pensar atualmente o exercício profissional na área de saúde, sob a ótica neoliberal, e comprometido com os princípios do Código de Ética, não é tarefa fácil. Bravo e Matos (2009, p. 214), nos trazem alguns apontamentos de uma atuação crítica e competente:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa, não submeter a 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;
- 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 funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Portanto, conclui-se que o campo da saúde mental na atualidade, para os profissionais de Serviço Social, é permeado por contradições, inerentes a dinâmica da sociedade de classes. No entanto, esse mesmo campo é propício para se efetivar nosso projeto ético político, assim como a efetivação da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Para tal, o assistente

social não deve cair no engodo da especialização reivindicando um objeto próprio para a abordagem em saúde mental, mas atuando na compreensão do processo saúde/doença:

Tratar das ações profissionais no âmbito do SUS implica observar que na mesma medida em que esta política vem sendo defendida por inúmeros segmentos da sociedade brasileira por reconhecerem seu potencial enquanto política social inclusiva e universalizadora, por outro lado ela vem sendo despolitizada e banalizada em discursos que possuem também uma aparência de defesa. Assim, o Serviço Social ao pensar sua prática na saúde necessita compreender estas duas dimensões, fazendo leituras das demandas das instituições e dos usuários e identificar potenciais espaços de atuação, para evitar intervenções idealizadas, espontaneístas e restrita as relações interpessoais. (KRUGER, 2010, pg. 130-131).

Por fim, Bravo e Matos (2009) destacam não existir fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Mas, não se pode ficar paralisado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de possibilidade a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social.

O Serviço Social tem se posicionado em relação à política de saúde mental. Recentemente o CFESS se manifestou contrário à aprovação da regulamentação das comunidades terapêuticas, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – Conad, alegando ser um retrocesso na luta pela saúde mental sem manicômios. O CFESS defende que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, deve ser realizado no SUS e por meio dos CAPS-Ad, dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme preconiza a Lei nº 10.216. Ainda de acordo com o CFESS a intenção de regulação, pelo Estado, de comunidades terapêuticas, se constitui em “flagrante violação à concepção do SUS, que tem como pressupostos, dentre outros, a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. (CFESS, 2015).

Para finalizar este capítulo faz-se importante destacar que entre junho de 2008 a março de 2009 foi construído junto a categoria profissional, o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”<sup>16</sup>. O documento está baseado nos fundamentos do SUS, reforçando a relação do projeto da reforma Sanitária com o projeto profissional dos assistentes sociais. Sendo assim, o documento ressalta a necessidade de

<sup>16</sup> Que é o produto de diversas reuniões de trabalho realizadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), onde se buscava elaborar orientações gerais sobre as respostas profissionais atribuídas aos assistentes sociais para as demandas atendidas na área da saúde. Com isso, norteando a atuação profissional através das seguintes prerrogativas: no atendimento direto aos usuários, incluindo as ações sócio-assistenciais, ações de articulação com a rede e ações socioeducativas; na mobilização, participação e controle social; na investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Este documento encontra-se disponível na íntegra em [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br).

implementação do projeto da Reforma Sanitária, onde estão postos os conceitos fundamentais para a ação dos profissionais na área da saúde, como a concepção do conceito ampliado de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade. O documento identifica possibilidades do exercício profissional em quatro grandes eixos que são interdependentes, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional:

- Eixo 1- Atendimento direto aos usuários: se realiza nos diversos espaços de atuação profissional na saúde. As ações que predominam no atendimento direto são as ações sócio-assistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. No entanto, essas ações pressupõem todas as demais presentes nos outros 3 eixos, de forma a imprimir melhoria na qualidade do exercício profissional do assistente social.
- Eixo 2 - Mobilização, participação e controle social: envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde;
- Eixo 3 - Investigação, planejamento e gestão: envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. Considera-se importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação;
- Eixo 4 - Assessoria, qualificação e formação profissional: As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria.

Esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. Eles indicam as principais ações do cotidiano do assistente social, na área da saúde. Destaca-se ainda a importância do documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, (CFESS, 2010), onde possibilita a

consolidação da atuação do Serviço Social em saúde mental, com destacadas e reconhecidas contribuições. Assume-se o compromisso com a qualidade dos serviços prestados aos usuários e a compreensão de que a saúde é um direito de todos e somente pode ser concebida na lógica do direito e como um dever do Estado.

No próximo capítulo, retomo os eixos dos *Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde*, de forma a apresentar a pesquisa com os profissionais que atuam no âmbito da saúde mental, nos municípios de Florianópolis, Palhoça e São José.

## 2. SERVIÇO SOCIAL E EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

“... que assistente social não tem desafio profissional, né?”  
A.S.

“... o carro-chefe é a garantia de direitos, o serviço social em qualquer área que for não pode escapar disso.”  
A.S.

“... na saúde em geral é difícil os demais profissionais entenderem o que faz o Assistente Social, acham que tudo é cesta básica.”  
A.S.

“A nossa função não é terapia, nem para desafogar sala de espera, a gente colocou o assistente social na emergência, foi uma briga e hoje somos valorizados por isso, o pior desafio já vencemos, lutar contra o assistencialismo, somos respeitadas não por ser a moça boazinha que acalmava os ânimos, mas por fazer o nosso trabalho”.  
A.S.

Partindo de referências da literatura consultada, dos *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, (CFESS, 2010), orientou-se esta pesquisa, tendo por objetivo, conhecer as demandas e respostas dos assistentes sociais da área da saúde mental. Buscou-se ainda, o conhecimento no que diz respeito à história e prática da profissão, buscando problematizar os desafios enfrentados no exercício profissional.

A metodologia utilizada para que fosse possível conhecer como os assistentes sociais vivenciam no seu cotidiano as demandas pertinentes a profissão, foi a pesquisa empírica. A realização da pesquisa se deu através de um instrumental técnico-operativo já bastante conhecido da categoria profissional, pois permite articular teoria e prática: a entrevista semi-estruturada. Buscou-se assim, colher os dados necessários para atingir os objetivos tais quais descritos anteriormente. Para Minayo (1994), o roteiro semi-estruturado constitui-se de uma combinação de perguntas abertas e fechadas, nas quais o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem a interferência do pesquisador. A escolha por esta metodologia visava guiar a entrevista com liberdade para possíveis alterações no decorrer do processo. O roteiro de entrevistas (anexo 1) foi elaborado baseando-se no documento *Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde*. (CFESS, 2010). As perguntas elaboradas no roteiro foram pensadas de forma a tornar o processo de pesquisa viável, no quesito tempo, já que seria realizado, entre espaços de tempo, dentro da jornada de trabalho das assistentes sociais e de acordo com as suas possibilidades.

Pretendia-se inicialmente realizar a pesquisa empírica a partir de grupos focais, que se caracterizam por uma discussão informal, com pequenos grupos de profissionais. Todavia, os inúmeros contratempos verificados no sentido de reunir os grupos de profissionais atuantes, em um mesmo horário e data, não se efetivou, levando-se em conta tanto os compromissos com as atividades laborativas dos profissionais, quanto o prazo restrito que se tinha para a finalização do trabalho. O que se tornou possível de realizar-se de acordo com o pouco tempo disponível, e a possibilidade de participação dos assistentes sociais foi apenas um grupo focal composto de três profissionais de uma mesma instituição, onde fiz a visita com horário previamente agendado. As demais profissionais (três) participaram da pesquisa individualmente através de entrevistas, realizadas nas suas respectivas instituições. O grupo focal realizado teve duração de 1 hora e 30 minutos; as entrevistas individuais ficaram entre 27 minutos a 39 minutos de duração.

Importante evidenciar que houve um empenho da pesquisadora para que o maior número de profissionais participasse da pesquisa. Foram inúmeros os contatos telefônicos e via e-mail, também houve visitas a instituições, de municípios da Grande Florianópolis e também de Blumenau<sup>17</sup> sem, contudo, ser possível realizar a entrevista com todos os profissionais.

Cabe ainda ressaltar que de acordo com o levantamento previamente realizado, todos os profissionais das instituições que atuam especificamente na saúde mental<sup>18</sup>, foram convidados e informados dos objetivos e do compromisso de ética. O primeiro contato se deu por telefone, e posteriormente os objetivos, metodologia e a justificativa foram explicitados através de um projeto de pesquisa, elaborado e disponibilizado via e-mail, com tempo hábil para que se realizasse leitura e estudo da possibilidade de participação. Optou-se pelas cidades de Biguaçu, Florianópolis, São José e Palhoça, devido à proximidade com a Universidade

---

<sup>17</sup> Foi ainda realizado contato com duas assistentes sociais que atuam em saúde mental no município de Blumenau, devido a participação da Professora Tânia Regina Krüger, no evento em comemoração ao dia do assistente social, intitulado *II Roda de conversa "Atuação do Serviço Social na política pública de Saúde em Blumenau"*, realizado no dia 15 de maio de 2015. Compareci ao evento, acompanhando a professora e em conversas, inicialmente as profissionais se propuseram a responder o formulário de entrevista, no entanto, até a data de conclusão da pesquisa, não obtivemos resposta.

<sup>18</sup> Identificou-se ainda como serviço de saúde mental da região pesquisada, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, que por estar alocado na área judicial, interpretou-se que ali a política de saúde, e os preceitos da reforma psiquiátrica necessitam adequar-se ao novo modelo de atenção psicossocial. Há um grande embate teórico, político de gestão com relação a esses serviços. Entende-se que a área deve ser amplamente discutida pela categoria. Entretanto, os objetivos do trabalho, tinham enquanto base teórica, o período histórico de abertura política e conquistas democráticas da nossa sociedade. O sistema prisional brasileiro, em seu contexto, permanece aquém, de acordo com a literatura pesquisada. Optou-se assim, por priorizar os serviços de saúde mental, alocados no setor saúde.

Federal de Santa Catarina, facilitando tanto a participação dos profissionais, quanto o deslocamento, para a realização das pesquisas.

Destaca-se que foram identificados enquanto serviços de saúde mental da região da Grande Florianópolis, dois hospitais psiquiátricos, no município de São José, um público e outro privado, um CAPS também no município de São José; um CAPS, no município de Biguaçu; um CAPS no município de Palhoça; e quatro CAPS em Florianópolis. As assistentes sociais mapeadas totalizam dezenove. Destas, oito foram contatadas por telefone; em um dos hospitais o contato se deu apenas com uma assistente social, que coordena o setor de Serviço Social, já que a mesma se prontificou a repassar as informações e o projeto enviado, em reunião, para as demais profissionais da instituição, que totalizam oito. Já no outro hospital, foram identificadas quatro assistentes sociais, dessas, duas foram contatadas, e uma delas também se disponibilizou a passar a informação para as demais da mesma unidade, que utilizavam o mesmo endereço de e-mail. Já nos CAPS, somente uma profissional, não foi contatada, pois se encontrava de licença, no período da realização da pesquisa.

Entre os motivos elencados pelas profissionais para a não participação na pesquisa estão: falta de tempo, estar sozinha e sobrecarregada no local de trabalho, ter muitas atividades com os usuários. Algumas não responderam aos contatos e e-mail após o envio do projeto, portanto não se sabe ao certo o motivo da recusa.

As entrevistas individuais e o Grupo Focal foram gravadas e transcritas, buscando assim, manter a qualidade das análises e o compromisso com a verdade dita pelos profissionais que voluntariamente se propuseram a contribuir com os objetivos da pesquisa. Foi disponibilizado aos profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (anexo 2), contendo todas as informações necessárias ao processo de pesquisa. Os locais onde foram feitas as entrevistas, em todos os casos se deu em salas na instituição, onde as profissionais trabalham.

Para que fosse possível preservar a identidade dos assistentes sociais participantes da pesquisa, estes foram identificados como AS1, AS2, e assim sucessivamente, quando necessário, ao longo do trabalho. Em algumas transcrições do grupo focal não foi possível esta identificação, devido ao fato, de a fala do grupo, em determinados momentos, se confundir ou se sobrepor. Sendo assim, algumas falas foram atribuídas ao Grupo Focal. Algumas palavras foram retiradas na transcrição, pois concluiu-se que seria possível a identificação da profissional, já que ou falava nome de sistema no local de trabalho, ou se referia ao nome do próprio local de trabalho.

Para a realização da análise das respostas neste trabalho de pesquisa, foi utilizado o método qualitativo, que permite analisar as informações em todas as suas dimensões e toda a complexidade inerente a realidade social, visando o cumprimento dos objetivos anteriormente elencados. Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos.

Ainda que, levando-se em consideração a pouca abrangência desta pesquisa: foram seis as profissionais participantes; foi possível identificar os pontos mais gerais e relevantes do exercício profissional e sistematizar de forma reflexiva o material colhido. Portanto, todas as referências e indagações trazidas na análise, constituem-se enquanto reflexivas e propositivas para o conjunto da categoria. Não representando assim, de forma alguma, crítica a atuação de nenhuma das profissionais. Antes, são levantados os aspectos mais gerais que se apresentam enquanto desafios a serem superados, pela categoria de assistentes sociais.

De forma a iniciar a apresentação dos resultados da pesquisa, um breve perfil dos profissionais que participaram será apresentado. O roteiro da pesquisa inicia-se na busca de um perfil geral e baseado no aspecto da formação e vínculo empregatício do profissional. Essa escolha nos levou aos seguintes dados: quanto à formação, todas concluíram sua graduação na UFSC, entre 1997 e 2012; todas concluíram ou estão concluindo pós-graduação. Entre as áreas de especialização citadas estão: Gestão em Saúde; Saúde Pública; Saúde da Família; Terapia de casais e familiar e na área de Violência contra Criança e Adolescente. Uma profissional informou ainda, possuir outra graduação em Direito, além da especialização.

Tabela 1- Instituição e ano de formação de Graduação e Pós-Graduação dos profissionais participantes da pesquisa.

<b>Assistente Social</b>	<b>Instituição de Ensino</b>	<b>Ano de formação</b>	<b>Especialização</b>
1AS	UFSC	2012	SIM
2AS	UFSC	2003	SIM
3AS	UFSC	1997	SIM
4AS	UFSC	2003	SIM
5AS	UFSC	2011	SIM
6AS	UFSC	2004	SIM

Fonte: Pesquisa realizada pela autora, no mês de maio de 2015.

As áreas de escolha para a especialização podem levar a indicativos temáticos de trabalho no campo de atuação, mas isso não é fator determinante. Essa afirmação se deve ao fato de que, a profissional que diz ter feito a especialização em Terapia de casais e familiar, informou direcionar suas atividades para a garantia de direitos. Assim como a escolha pela



área da saúde, pode ter sido motivada, pelo campo atual de inserção, já que três das profissionais alegam ter feito esta escolha. Visualiza-se assim, um aspecto positivo do exercício profissional, a busca pela formação continuada, o que pode proporcionar o constante questionamento do movimento da realidade, evitando-se as práticas tecnicistas, que tornam improváveis as condições de mudanças nos espaços ocupacionais.

As cidades de atuação das entrevistadas são: Florianópolis, São José e Palhoça no Estado de Santa Catarina. As instituições de atuação estão distribuídas da seguinte forma: três das assistentes sociais participantes da pesquisa atuam em hospital psiquiátrico; e as outras três assistentes sociais participantes atuam em CAPS, uma atua em CAPS ad, e duas em CAPS II.

Na saúde mental atualmente, tem-se assistentes sociais inseridos como um dos profissionais que compõem a atenção psicossocial; de acordo com a pesquisa realizada todas as assistentes sociais participantes, atuam em equipes multidisciplinares, em Instituições Públicas.

## **2.1 - Subsídios teóricos, sistematização e instrumentais no exercício profissional**

A partir deste segundo item, e dos itens que o seguem, evidenciam-se os aspectos referentes ao exercício profissional. A primeira indagação refere-se a teoria, como forma de subsidiar a prática. A importância da pergunta advém do fato que a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica e ético-política para a ação profissional, é o que irá possibilitar a reconstrução permanente do movimento da realidade. Criando assim, condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática. (VASCONCELOS, 2011).

Ao serem questionadas a respeito das leituras feitas para subsidiar o fazer profissional no último ano, de forma geral, as assistentes sociais afirmam ter pouco conhecimento sobre material escrito do Serviço Social e Saúde Mental. Quatro das profissionais dizem buscar conhecimentos nas leis de regulamentação, citou-se a Lei 10.216/01<sup>19</sup>, citou-se ainda, referências aos documentos do Ministério Público e Regulamentação dos CAPS. Duas profissionais dizem ler saúde pública em geral, devido ao fato da especialização que estão realizando se dá nessas áreas de conhecimento. Uma das profissionais diz que suas leituras não se dão somente na área da saúde, já que sua prática pressupõe leituras sobre família,

---

<sup>19</sup> Relembrando aqui, a Lei 10.216 de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

legislação, cidadania, entre outros. Nenhuma das assistentes sociais citou autores, e nem houve referências quanto a títulos ou livros. Observou-se nas entrevistas que as leituras abrangem uma concepção geral de conhecimentos operacionais e normativos. Um exemplo disso verifica-se quando a profissional diz ler sobre família, não é possível ter clareza de que concepção de família suas leituras abrangem, limitando assim esta análise. Entretanto, a diversidade de áreas apontadas nesta resposta, pode trazer um indicativo de busca pela integralidade do atendimento e a intersetorialidade no exercício profissional. Ainda que todas as instituições sejam do SUS, evidencia-se também que nenhuma das profissionais citou material de leitura, e nem houve referências ao SUS.

Daí pode-se concluir, não sem ressalvas, que quanto à leitura para subsidiar a atuação profissional, há escassez de material crítico analítico da atuação do Serviço Social em saúde mental, principalmente no que tange ao exercício profissional. No entanto, todas as participantes destacam a busca por subsídios teóricos no fazer profissional, ainda que de forma geral:

Olha, o serviço social na saúde mental, e também textos assim na área de saúde pública em geral. (AS 1)

Na verdade é bem difícil mesmo, porque na área do serviço social em si pouca coisa escrita. Se encontra alguns trabalhos, TCC, alguma coisa, porque livro mesmo específico eu desconheço. [...] não tem nada sistematizado sobre a prática [...] nós acabamos nos baseando nas leis de regulamentação, na lei 10.216/01 ali acaba trazendo alguma coisa da prática de regulamentação [...] (Grupo Focal).

Leituras sobre o funcionamento dos CAPS, documentos do Ministério da Saúde. (AS 6).

Na verdade não foca só em saúde mental, as leituras são relacionadas a tudo: família, leis, direito e cidadania e saúde de forma geral. (AS 5).

A partir das falas obtidas, ainda, neste primeiro questionamento, compreende-se que aquelas que buscam conhecimentos específicos em saúde mental, o fazem no sentido de estudo da realidade social e institucional. Portanto, existe a aproximação dos profissionais com os conhecimentos específicos legitimados a psiquiatria. Relatam buscar conhecimentos referentes aos manuais de diagnósticos usados pelo médico, até mesmo para se ter um conhecimento das relações de poder onde se dá a atuação. Acabam assim, tomando uma aproximação com o saber institucionalizado, mas preservam a função social da profissão:

[...] e claro tu acaba se familiarizando com a demanda, é importante tá se aperfeiçoando, se apropriando da demanda de saúde mental o que diz respeito até as questões de patologias, dá uma pincelada, acaba conhecendo um pouquinho. (AS 2)

[...] mas assim em relação a literatura até a gente acaba fazendo outras leituras que não do serviço social, [...] nosso carro chefe é o sistema de garantia de direitos, então independente da demanda, se é demanda de saúde, de assistência, você vai sempre trabalhando nessa perspectiva, mas se baseando nas leis também igual a gente falou. (Grupo Focal)

Anteriormente a realização da pesquisa, quando foi apresentado às profissionais de saúde mental, o projeto de pesquisa, destacou-se o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, (CFESS, 2010) como sendo base de construção do objetivo da pesquisa. A intenção foi saber do profissional, que atua na política de saúde, se havia o conhecimento desse documento, elaborado pela categoria, e se era utilizado para nortear o exercício profissional. Quando questionadas sobre o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, (CFESS, 2010), apenas uma das profissionais relatou não ter conhecimento. As demais assistentes sociais que atuam em saúde mental, conhecem o conteúdo posto no documento. Entretanto, essas profissionais que afirmaram conhecer, não recorrem ao mesmo no cotidiano do exercício profissional. Ainda assim, duas delas destacaram sua importância:

Não é cartilha, mas acho importante ter, quando a gente chega no serviço, fica sem saber exatamente como agir e vem dar um norte. (AS 1)

Não utilizo os Parâmetros no dia-a-dia, a gente encaixa, mas não recorre, ao documento. (AS 2)

Jara (1986) ressalta que, ao aplicar conhecimentos teóricos como guias, subsidiando a prática, podemos realizar ações transformadoras. Entende-se que ao Serviço Social compete uma leitura da realidade social, para que seja, de fato, possível encontrar os espaços coletivos passíveis de transformação. A constante busca por referenciais teóricos é o que vai dar a possibilidade de realizar essa leitura correta do movimento da realidade, fugindo da imediatividade do cotidiano no fazer profissional. Na pesquisa fica evidente que os conhecimentos gerais e normativos citados, podem levar a significativos avanços no espaço sócio ocupacional do assistente social. No entanto, fica claro, que a compreensão do movimento da realidade, requer um material de análise conceitual ainda mais crítico. O documento elaborado pela categoria *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010), pode ocupar destaque no que se refere às ações cotidianas dos profissionais, oferecendo uma importante análise do contexto político atual na área da saúde. Porém, na pesquisa observa-se não haver a utilização do documento para oferecer subsídios ao exercício profissional das entrevistadas da área da saúde mental.

Os profissionais foram questionados ainda sobre a sistematização de sua prática. Nas respostas evidenciou-se uma indefinição por parte das profissionais entre o que é de fato a sistematização e o que é o registro. A pergunta feita foi a seguinte: *De que forma você sistematiza o seu fazer profissional?* Algumas respostas obtidas:

Prontuário eletrônico, esse prontuário só quem tem acesso é a equipe multidisciplinar. (AS 2)

A gente tem um sistema da prefeitura que é integrado, é onde fazemos todos os registros, mas é interdisciplinar todos os profissionais escrevem ali, a gente vê toda a passagem dele pela rede municipal na área da saúde. (AS 1)

As respostas dos entrevistados revelaram sim uma forma de registro feito em prontuários gerais, anamneses e documentos burocráticos institucionais. Apenas uma assistente social, diz que faz uso do diário de campo, ainda que este, também represente uma forma de registro, é um importante instrumento de reflexão e sigilo:

[...] daí o que eu não posso escrever ali, que daí são questões sigilosas eu escrevo no meu diário de campo, mas é porque eu não tenho nenhum lugar que eu possa tá colocando essas coisas sigilosas, não tenho um armário fechado, nenhum profissional tem né, e eu também não tenho, então para não deixar algo que outras pessoas pudessem ver eu coloco daí no meu diário particular. [...] A gente também não tem sala. São várias salas aí quando a gente vê uma sala vazia pega. (AS 1).

Compreende-se por registro os dados empíricos colhidos no cotidiano profissional; como algo que reflete o imediato, a situação, o encaminhamento e o relato das atividades diárias. Tem papel importante, já que esses dados irão oferecer os subsídios para a análise do trabalho do Serviço Social iluminando a leitura da realidade, possibilitando uma reflexão sobre as demandas e perspectivas da profissão. (VALIENTE, 2010).

Já a sistematização pode e deve se utilizar dos registros para ir além da geração de dados e informações. Constituindo-se enquanto um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa para a condução da atividade profissional. É possível através da sistematização, problematizar sobre as diferentes dimensões em relação às expressões cotidianas da realidade social, se constituindo como forma de organização do trabalho coletivo nas instituições e, sobretudo, pelas disputas societárias (ALMEIDA, 2009).

A sistematização se configura em uma dimensão do trabalho do assistente social, onde se torna possível uma reflexão contínua do fazer profissional, assim como propicia a elaboração de programas e projetos, propor alternativas entre outras possibilidades. Neste ponto a pesquisa se mostra negativa, a forma de sistematização que as profissionais disseram utilizar apenas compreende a definição de registro. Sendo assim, identifica-se a possibilidade/necessidade de sistematização dessa prática voltada a garantia de direitos, consolidando o projeto político da categoria.

Com o uso do registro, é possível sistematizar. Os dados sistematizados podem subsidiar planejamentos das políticas sociais e do próprio setor de Serviço Social. Essa sistematização, pode ainda extrapolar as barreiras e limites institucionais, trazer para o

coletivo da categoria, trazendo a possibilidade de publicizar. Yamamoto (2008, p. 429) indica que:

Os assistentes sociais dispõem de um manancial de denúncias sobre violação dos direitos humanos e sociais e, desde que não firam as prescrições éticas do sigilo profissional, podem ser difundidas e repassadas aos órgãos de representação e meios de comunicação, atribuindo-lhes visibilidade pública na defesa dos direitos.

Entende-se que o uso da sistematização poderá proporcionar a publicização dos dados desde que priorize uma relação democrática em conjunto com os usuários.

Questionou-se ainda durante a pesquisa, quanto aos demais instrumentais técnico-operativos utilizados no exercício do assistente social, atuante em saúde mental. As respostas apareceram de forma objetiva. Identificou-se, como prática dominante entre aquelas que atuam em CAPS, o trabalho com grupos. As três profissionais disseram coordenar grupos de usuários, com temáticas diversas: direito e cidadania; arte livre; saúde e cidadania; fique por dentro, onde são abordados assuntos da atualidade.

A respeito da abordagem com grupos em Serviço Social, este, pode representar um importante instrumental socioeducativo, sendo entendido como um espaço potencial para expressão do projeto ético-político, contudo é necessário superar as referências de grupo vinculadas às disciplinas de psicologia social, psicossociologia e dinâmica de grupo. (SANTOS e NORONHA, 2010).

O documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, (CFESS, 2010 p. 44-45), ainda levanta algumas ações passíveis de se trabalhar com grupos: “democratizar as informações quanto aos direitos sociais da população usuária; enfatizar os determinantes sociais da saúde; sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças”.

Entre os demais instrumentais citados pelas profissionais na saúde mental temos dois que apareceram em todas as respostas: o acolhimento e/ou entrevista e a visita domiciliar. Ainda citou-se diário de campo e a observação. Levando-se em consideração a objetividade nas respostas, não fica claro na pesquisa, o direcionamento dos instrumentos utilizados cotidianamente pelos profissionais participantes da pesquisa. No entanto, sabe-se que o exercício profissional do assistente social se constitui de uma totalidade, formada pelas três dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que devem manter uma relação de unidade. Assim, podemos concluir que os instrumentais, elencados acima, que constituem a dimensão técnico-operativa dos assistentes sociais na saúde mental, não podem ser utilizados sem levar em consideração, também as dimensões teórico-metodológica e ético-política. Destaca-se assim a importância de se evitar que os instrumentais se constituam

enquanto uma prática mecanicista no cotidiano do fazer profissional. Dessa forma, elencamos alguns pressupostos, destacados pela literatura, de forma a nortear a utilização dos instrumentais mais utilizados em saúde mental:

- Acolhimento/entrevista – possibilita o conhecimento mútuo, o contato com as questões trazidas pelo usuário dos serviços. É possível para o assistente social trabalhar neste primeiro contato com usuário, os aspectos políticos, sociais, culturais, entre outros.
- Visita domiciliar – a demanda ou a necessidade de visita domiciliar deve partir do usuário, e não apenas do profissional. Deve se ter ainda uma definição de objetivos e pontos a serem trabalhados. A visita deve ser marcada com antecedência e sempre com o consentimento do usuário. Esses cuidados, referentes a visita domiciliar vão de encontro com o conteúdo posto no atual Código de Ética do Assistente Social. (SANTOS e NORONHA, 2010).

A pesquisa com as profissionais mostrou que existe a busca pelos subsídios teóricos, de forma a orientar a sua ação ainda que sejam conhecimentos normativos e gerais. Entre os instrumentais mais utilizados em saúde mental, citados na pesquisa temos: grupos, acolhimento/entrevista, visita domiciliar e diário de campo. Porém a pesquisa também mostrou falta de entendimento do que é sistematização. Os profissionais indicaram que fazem apenas registro. Tal fato constitui-se em um desafio a ser enfrentado pela categoria, de forma a legitimar a importância deste instrumento para o exercício profissional. Pode ser ainda dinamizador do planejamento e avaliação nas ações em saúde mental, imprimindo uma maior resolubilidade no trabalho do assistente social.

## **2.2 Eixos de atuação do serviço social na saúde: demandas e respostas da área de saúde mental**

As respostas obtidas através da pesquisa serão aqui colocadas conforme os eixos e sub eixos elencados no documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, (CFESS, 2010). Uma pergunta muitas vezes permitia que na resposta o profissional apontasse temas [demandas e respostas] que dizem respeito a mais de um eixo e sub eixo. Durante o processo da entrevista quando perguntado aos profissionais sobre os eixos, surgiram dúvidas referentes à que se tratavam as ações de alguns eixos. Dessa forma, foi sendo explicado as entrevistadas o sentido ou significado de cada eixo de forma breve.

As perguntas feitas às profissionais tratam do questionamento referente às demandas e respostas de seu exercício profissional em saúde mental. Compreende-se por demandas as requisições de cunho técnico-operativo que chegam para aos assistentes sociais. Nestas demandas estão embutidas as necessidades sociais dos usuários que as trazem. Só que essas necessidades sociais acabam se transformando em demandas do mercado de trabalho do assistente social. Daí coloca-se um desafio para o profissional: problematizar esta demanda que chega a fim de identificar as reais necessidades da classe trabalhadora. Com isso, torna-se possível reconstruir estratégias para enfrentamento das diferentes demandas, principalmente porque as necessidades do capital por vezes aparentam ser a necessidade do trabalhador. (MOTA e AMARAL, 2000).

Quando questionadas diretamente sobre as demandas advindas dos usuários, uma heterogeneidade de respostas se apresentou. Obteve-se respostas, associadas à questão social e suas múltiplas faces, respostas explicitando o trabalho voltado a garantia de direitos, a vulnerabilidade social dos usuários, a falta de serviços onde seria possível encaminhar os usuários, os diferentes encaminhamentos e orientações, entre outros que veremos a seguir. Para uma maior clareza da apresentação dos objetivos da pesquisa, separou-se as demandas através dos eixos presentes no *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010). O primeiro eixo trata das ações de atendimento direto aos usuários. Este primeiro eixo encontra-se dividido em três sub eixos, o primeiro refere-se a ações sócio-assistenciais desenvolvidas no exercício profissional do assistente social em saúde mental. Extraíram-se das falas as seguintes ações: visitas domiciliares; vale-transporte; busca de informações para repassar aos pacientes referente ao conselho tutelar e orientações previdenciárias, entrevista/acolhimento na primeira vinda aos serviços; atendimento e orientação familiar; garantia de acesso a benefícios previdenciários e demais políticas públicas; pareceres da matéria Serviço Social em prontuários específicos e anamneses.

O segundo sub eixo trata das ações de articulação com a rede, nas falas evidenciou-se, que cotidianamente os assistentes sociais atendem diferentes demandas onde se faz necessário o trabalho articulado em redes:

[...] a gente faz um contato com a rede diariamente [...] (AS 2)

[...] muita violação de direito, roubo, exploração... (AS 3).

[...] demanda de situação de rua, nós temos bastante, [...] (AS 4).

Na dependência química a demanda que chega é desde morador de rua até delegado federal, a demanda deles é diferente, muitos já perderam vínculos com a família e eles mesmo não querem mais contato com a família [...] eles trazem de previdência e questões com o

judiciário, muitos são ex-detentos, estão cumprindo regime semi-aberto ou respondendo a processos [...] (AS 4)

Questões de vulnerabilidade social fazemos o trabalho de reintegração, para trabalhar a parte social deles. (AS 6)

Conflito familiar, questões de INSS, encaminhamentos para a rede. (AS 5).

Destaca-se que, as respostas às demandas sócio-assistenciais, em grande parte não podem ser prestadas diretamente, dentro da instituição em que o assistente social está inserido. Assim, quando questionadas a respeito da resposta a essas demandas, já houve relatos das profissionais explicitando as ações de articulação com a rede, onde todas as profissionais elencam encontrar grandes desafios na busca por respostas. A ação predominante acaba por se constituir enquanto orientações e encaminhamentos diversos, que em grande parte não possuem respostas efetivas para as demandas como mostra a fala:

[...] temos rede muito fragmentada, então a gente tem muita dificuldade, por exemplo aqui tem paciente em situação de rua, CAPS tá (sic) lotado na saúde mas precisamos dialogar o tempo inteiro com a Assistência Social, tanto porque as demandas que eles trazem, são demandas da assistência. O Centro POP, a própria secretaria, tudo é vinculado a assistência, [...] a gente não consegue atuar na integralidade do cuidado, sabe, as vezes fica de mãos atadas, faz o tratamento aqui mas vai continuar em situação de rua até conseguir uma vaga, [...] tu vê a pessoa tá aqui, tá disposta a fazer o tratamento, tá vindo, mesmo com todas as dificuldades e as vezes tu faz o encaminhamento, mas é um encaminhamento que é pra nada, assim sabe, isso é angustiante. (AS 1).

Apesar de o resultado da pesquisa, destacar inúmeros entraves ao trabalho articulado em redes, a fala descrita abaixo evidencia, um ponto positivo no trabalho intersetorial:

Uma coisa que tem ajudado foi a criação dos CRAS, tem um lugar a mais para mandar, referenciar em algumas questões sociais, quer dizer alguém a mais para dar um socorro, [...], essa interlocução tem melhorado, eu tenho visto que o SUAS tem ajudado nisso, ampliou um pouco mais para que o sujeito de direito tenha acesso [...] a abordagem de rua também tem contribuído bastante [...] (Grupo Focal).

Finalizando o primeiro eixo temos as ações socioeducativas, que apareceram na pesquisa apenas como o trabalho feito com os grupos de usuários e familiares, onde as profissionais alegam trabalhar diferentes temáticas.

Em relação ao 1º eixo, verifica-se a complexidade do exercício profissional do assistente social. As novas problemáticas que surgem no contexto do projeto neoliberal passam a assumir o papel de demandas a profissão. Ainda que o assistente social, não represente o único responsável pela demanda que a questão social assume, esta se constitui diariamente como demanda a obter respostas por parte destes profissionais. A demanda traz uma aparência individual, mas de fato revela uma necessidade social de saúde que é coletiva. A pesquisa evidencia que a demanda imediata advinda do usuário se constitui enquanto um ponto a se chegar à demanda coletiva de saúde, ainda que aparente ser uma demanda



individualizada. Segundo Guerra, (2009, p. 81) “a demanda imediata ao mesmo tempo manifesta e esconde a demanda real.” Para apreender a dimensão individual, o registro é importante. Mas é a sistematização que vai dando ao profissional o tamanho da necessidade social, da necessidade coletiva e da totalidade:

A dimensão ético-política do projeto profissional tem enfatizado que cabe ao assistente social reconhecer as determinações sociohistóricas e econômico-políticas dos problemas que chegam na imediatividade cotidiana dos serviços. Portanto, a capacidade analítica e de mediação do assistente social em problematizar as demandas imediatas explicitando suas conexões com uma demanda coletiva e indicando as conexões com as respostas das políticas sociais, pode qualificar este campo de debate do *social* que já tem sido reconhecido como comum aos demais trabalhadores da saúde. (KRUGER, 2010, p. 142).

Com relação ainda, as demandas inerentes ao exercício profissional, evidenciou-se que o primeiro eixo que trata das ações de atendimento direto aos usuários, traz para os assistentes sociais atuantes em saúde mental na região pesquisada, a sua grande frente de trabalho. Tal evidência na pesquisa pode estar associada ao fato de que o hospital é uma instituição eminentemente clínica. Sendo assim é preponderantemente sócio assistencial e emergencial. Já o CAPS pressupõe um atendimento intensivo. Portanto, pode ter uma rotina de promoção de saúde, assim como pode ter/criar vínculo com a comunidade. No entanto na pesquisa as práticas das duas instituições aparecem voltadas para a clínica e para o atendimento direto aos usuários com ações sócio-assistenciais, ações de articulação com a rede e ações socioeducativas.

Soares (2010) ressalta ainda que o fato de o Serviço Social estar preponderantemente alocado na assistência direta aos usuários, advém do impacto que a racionalidade neoliberal traz para a profissão e seu exercício profissional. Configura-se ainda em uma superexploração e precarização das condições de trabalho, onde cabe ao assistente social a contenção da demanda e emergencialização.

Essa evidência citada acima fica clara, quando ao serem questionadas a respeito dos demais eixos presentes nos *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010), a saber eixo 2 que compreendem as ações de mobilização, participação e controle social; eixo 3 trata das ações de investigação, planejamento e gestão e eixo 4 que engloba ações de assessoria, qualificação e formação, as profissionais apenas nos deram alguns dados. Entre os dados obtidos é relevante destacar que das seis entrevistadas, apenas uma já teve estagiária. No entanto, alegou ter tido problemas com a mesma, e disse por enquanto não haver o interesse em continuar supervisionando. Duas profissionais informaram ter o desejo de supervisionar alunos. Uma delas diz que só não tem estagiário, pois a gestão da Secretaria Municipal de Saúde optou por não permitir estudantes no serviço. Já a outra

profissional, disse que não houve a procura por parte de estagiários, mas que ela tem interesse em supervisionar e acha que só traria contribuições para o serviço. As demais profissionais alegaram não ter espaço físico adequado para receber estagiários, portanto, preferem não supervisionar, já que não poderiam prestar uma supervisão com qualidade.

Outro dado, obtido na pesquisa, referente ao eixo 2 que compreende as ações de mobilização, participação e controle social; é a não participação em conselhos. Nenhuma das entrevistadas atualmente participa de conselhos. Quando questionadas sobre o motivo disseram: não haver tempo disponível, estar realizando especialização, muitas atividades, avaliam importante participar, mas no momento não participam.

Nas falas sobre as respostas dadas as diferentes demandas, os profissionais evidenciaram ainda, a falta de condições de trabalho em algumas instituições:

[...] estrutura precária, vidros quebrados, as paredes da sala estão mofadas [...] (AS 5).

[...] atendemos em banquinhos, por falta de sala. (Grupo Focal)

[...] falta material, falta pessoas para compor a equipe. (AS 6)

Perguntou-se ainda: *Quais as demandas mais frequentes com relação à instituição ou chefes?*

Através das respostas obtidas compreende-se que as exigências institucionais inerentes ao Serviço Social se constituem enquanto: organização de festas; demandas judiciais que vem para a direção, e são repassadas ao setor de Serviço Social; elaboração de relatórios; alta planejada; protocolo de visita; reuniões; estudos de casos com a equipe; óbitos; visita domiciliar e institucional; atendimento individual e familiar; questões do Ministério Público; questões de negligência e internações compulsórias.

Uma profissional disse ainda, que essas demandas são as mesmas advindas do usuário, o que pode indicar que apenas lhe seja exigido o atendimento sócio-assistencial, socioeducativo e de articulação com a rede, já que foi essa a demanda explicitada pela mesma. Ou seja, as demandas institucionais referem-se essencialmente ao eixo 1- ações de atendimento direto aos usuários.

Baseando-se nas respostas dadas ainda obteve-se uma importante consideração referente a autonomia profissional. Foi possível identificar de forma geral que em saúde mental, as profissionais dispõem de *uma maior autonomia relativa* do que em conhecidos espaços sócio ocupacionais em que atuam os assistentes sociais.

As profissionais atuantes em CAPS alegam dispor de certa autonomia na condução de seu exercício profissional. As três citaram a realização de grupos, onde escolhem a temática que trabalham. As demais profissionais, que atuam em hospital, alegam ter conquistado um importante espaço de autonomia:

A nossa função não é terapia, nem para desafogar sala de espera, a gente colocou o assistente social na emergência, foi uma briga e hoje somos valorizados por isso, o pior desafio já vencemos, lutar contra o assistencialismo, somos respeitadas não por ser a moça boazinha que acalmava os ânimos, mas por fazer o nosso trabalho. O serviço social [...] é diferente da maioria dos serviços sociais, é único, nós trabalhamos 24 horas, trabalhamos na emergência, então todo paciente que interna passa por nós [...] o trabalho do assistente social na emergência é muito bem valorizado [...] a gente consegue pegar a história e na saúde mental isso é muito importante [...] o serviço social aqui é valorizado e tem um papel fundamental e importante, estamos lado a lado nas discussões e na luta pelos direitos[...] o nosso papel de nos colocar como profissionais, eu acho que isso é o grande ganho, médico não é melhor que nós, então não ficamos nessa subordinação, nós fazemos nosso papel e pronto, eles que façam o deles e tá acabado, alguns tentam que sejamos secretárias dele. (Grupo Focal).

Como conclusão deste item, cabe enfatizar que partindo das respostas dadas, as seis profissionais atuantes em saúde mental e que participaram desta pesquisa, parece que apenas trabalham algumas ações explicitadas no Eixo 1 dos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Realizam assim, ações sócio-assistenciais, ações de articulação com a rede e ações socioeducativas, em seus campos de atuação.

Como expõe Soares (2010), o Serviço Social já se legitimou historicamente, ocupando o espaço da assistência direta aos usuários. Ainda, que tenha incorporado outras competências na área da saúde, o assistente social é requisitado a dar prioridade na assistência, onde atua sob a ótica neoliberal com políticas focalizadas e fragmentadas. A autora ainda, destaca que todas as ações presentes nos quatro eixos dos parâmetros, podem ser requisições aos assistentes sociais. É necessário um esforço constante da categoria para se apropriar dos espaços de gestão, elaboração, participação, entre outros. Rompendo assim, com as amarras históricas, de profissional restrito da assistência direta aos usuários.

### 2.3 O desafio do exercício profissional

Na última questão procurou-se conhecer o que o assistente social no âmbito da saúde mental identifica enquanto desafio no seu exercício profissional. A importância desse questionamento advém da compreensão do entendimento a respeito da complexidade do exercício profissional do assistente social. Através da identificação dos desafios enfrentados, insere-se reflexões ao coletivo da categoria, a fim de se buscar possibilidades para superar os empecilhos ao trabalho do assistente social. Quanto às respostas, trataremos por pontos principais, obtidos nas falas. Podemos citar que essas demandas têm relação com o desemprego, a precarização do trabalho e os baixos salários.

Nas respostas das profissionais surgiu enquanto principal desafio, as dificuldades do trabalho articulado em redes, associado a intersectorialidade do cuidado em saúde mental. Sendo assim, o primeiro ponto trata da intersectorialidade:

O maior entrave é com a rede, há a necessidade de estar mais junto. (AS 2).

Desafio é com a rede, o sistema não funciona e a demanda é grande, e tem demanda reprimida. (AS 5).

A profissional que atua em município onde não tem Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, citou o fato enquanto desafio, já que o município não tendo NASF, fica sem ter onde referenciar o paciente, devido a grande demanda existente para o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – Paefi:

Aqui no município não tem NASF, tem pessoas que não é do CRAS, não é do CREAS, daí? Fica no limbo? É bem difícil. O Paefi tem uma fila imensa. (AS 6).

Surgiu ainda nas respostas da pesquisa, relacionado ao desafio da intersectorialidade o fato de se ter uma grande demanda de pessoas em situação de rua. De acordo com falas obtidas, diversos setores da política de saúde e da política de assistência, alegam que esta demanda de pessoas em situação de rua, não se constitui, enquanto demanda daqueles serviços. Dessa forma, há um constante *jogo de empurra-empurra*, para decidir quem será o serviço responsável por esta demanda. Tal situação foi preponderante na fala de três profissionais, que têm em comum a atuação com a problemática do álcool e outras drogas:

O nosso grande nó, é a rede [...] demanda de situação de rua, que nós temos bastante, esse paciente é um sujeito de direito e ele tem direito de ser referenciado na assistência, na saúde, na previdência, em todo local, e os serviços tudo um joga para o outro, se é do POP, ah não é, mais daí é situação de rua, não é albergue, é não sei o que, então você tem que ter uma conversa com esse setor de alguma forma, a gente tem que articular, mediar, orientar [...] (AS 3).

[...] desafio da interdisciplinaridade e desafio com outras redes, temos rede muito fragmentada, então a gente tem muita dificuldade, por exemplo aqui a gente tem paciente em situação de rua, CAPS tá (sic) lotado na saúde mas precisamos dialogar o tempo inteiro com a Assistência Social, tanto porque as demandas que eles trazem, são demandas da assistência, então assim Centro POP, a própria secretaria, tudo é vinculado a assistência, então a gente tem, é muito fragmentado, é um desafio que eu percebo porque a gente não consegue atuar na integralidade do cuidado. (AS 1).

[...] comunidade terapêutica é pior ainda, porque é uma briga com a assistência é de quem esse paciente? Quem vai receber ele? Os que vêm com a abordagem de rua é mais tranquilo porque eles têm convênio com algumas casas, e aí sabemos que essa pessoa vai ter a continuidade, e quando não tem um suporte a gente sabe que daqui a pouco ele vai estar aqui de novo. (AS 4).

A necessidade de saúde do usuário de saúde mental se vincula com o conceito ampliado de saúde e as determinações sociais do processo saúde/doença. De acordo com o Art. 6º da Constituição Federal – “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. No artigo 3º da Lei 8080 fica claro que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Portanto, as respostas a esta necessidade social do usuário não são responsabilidade exclusiva do setor saúde, daí que advém a importância da intersetorialidade. Os serviços além de não darem conta da grande demanda, se organizam de forma fragmentada e focalizada. Cabe evidenciar que a complexidade com que a questão social se apresenta na atualidade, faz com que o assistente social se depare com a universalização versus focalização das políticas sociais. É indispensável ao assistente social o reforço da concepção de Seguridade Social, para superar as dificuldades relacionadas a intersetorialidade:

A intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Supõe a implementação de programas e serviços integrados e a superação da fragmentação da atenção pública às necessidades sociais da população. Envolve a agregação de diferentes políticas sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador da construção das redes municipais. (COUTO, et al. 2011, p.39)

Há ainda o constante desafio da articulação entre os trabalhadores que atuam nas diversas áreas, para que juntos possam criar, elaborar propostas e estratégias conjuntas de intervenção. Já que identifica-se a impossibilidade de enfrentamento da questão social de formas isoladas. A intersectorialidade foi tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Interssetorial, em 2010:

Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc.

Outro ponto que ganhou destaque enquanto desafio e contrário a política de saúde mental: o hospital psiquiátrico, atuando massivamente como porta de entrada, tendo como contra referência o CAPS:

[...] então quer dizer nós temos uma Santa Catarina enorme e o único hospital de referência público é o nosso, então vocês imaginem o que isso aqui não lota e qualquer coisa vem pra cá, e aí é que tá, infelizmente tem uma situação que é importante e relevante, primeiro atendimento sendo feito em um hospital na alta complexidade, nós temos na emergência vários casos de pacientes que vem e não foram recorrer a unidade básica de saúde ou foi e não tem médico, nós não somos ambulatório, não é essa a finalidade, são casos muito graves de psicoses né e de situações de risco de vida, suicídios por exemplo ou risco a terceiros, mais não é isso que acontece. Porquê? Porque a rede não dá suporte, onde é que se consegue um psiquiatra na rede? Nos CAPS tem fila de espera, eles [os pacientes] precisam ser assistidos [...] (Grupo Focal).

As profissionais informam que isso acontece devido a uma grande demanda reprimida. Nota-se aqui, a ausência de um trabalho de territorialização da rede de atenção básica.

Partindo de uma fala pode-se ainda extrair que a formação dos profissionais que atuam em CAPS, não está sendo no sentido de dar conta das crises inerentes ao adoecimento dos processos de sofrimento. A questão da formação é um grande empecilho na área da saúde. Os serviços que vem a contemplar o projeto da Reforma Sanitária, assim como a Reforma Psiquiátrica, requerem uma formação voltada à saúde coletiva. No entanto, sabe-se que cada vez mais, na lógica do projeto privatista, as formações se voltam para a perspectiva médico-centrada, para o mercado de trabalho e a ênfase nas especializações, esvaziando a concepção de um profissional generalista:

[...] uma outra situação que tá acontecendo bastante é o próprio CAPS trazendo os pacientes, então o CAPS não dá jeito e traz para cá, que é onde ele [o paciente] deveria ter o suporte. O CAPS também é para atender paciente grave, mas se observa a dificuldade até com o manejo, contenção, eles não conseguem, é aquele que mais pode correr numa crise. (Grupo Focal).

Os entraves qual é? Muita demanda e poucos profissionais de nível básico para dar esse suporte que é o que acontece nos CAPS, e foge um pouco daquilo que ele nasceu para ser. Mas a responsabilidade é da administração municipal, porque existe a contrapartida do governo federal, do governo estadual e do município, só que a gente tá falando em municípios com CAPS, só que tem muitos que não tem CAPS, esses municípios menores

até, por exemplo, Alfredo Wagner, que não tem um CAPS, até as equipes de saúde da família tentam dar um suporte, só que eles não estão capacitados para isso e volta e meia a equipe mesmo traz os pacientes. (Grupo Focal).

Pretende-se destacar ainda, que a fala das profissionais, pode representar alguns dos indicativos de motivação para a demanda espontânea que utiliza o hospital como porta de entrada:

[...] me ocorreu agora também que falta a divulgação dos CAPS, na mídia, as famílias desconhecem o CAPS, muitas vezes a gente tem que explicar o que é o CAPS, onde fica. Tem que ter CAPS III, que é CAPS noturno, que é CAPS no momento da crise, para não precisar internar, hospital é última instância... Alta complexidade... Em nenhum município de Santa Catarina, nós temos CAPS III. Tem que ter residências terapêuticas para aqueles que não tem mais vínculo familiar, para aqueles que tem outros problemas, ter uma equipe, para não precisar internar e não precisar de CAPS, quando precisa só de acompanhamento e ter uma moradia, onde nós temos residencial terapêutico? Em Joinville, só né? Tem poucas vagas e só atende o município de Joinville. (Grupo Focal).

As falas apontam que o CAPS não é um serviço de saúde conhecido na comunidade como é, por exemplo, o posto de saúde. A não efetivação dos múltiplos e complexos dispositivos, enquanto serviços propostos pela Reforma Psiquiátrica, ancorados na Lei 10.216/2001 e evidenciados na RAPS, aparecem para as profissionais como desafios. Então se observa através da fala que se houvessem de fato os serviços preconizados na rede de atenção psicossocial, como CAPS III, os Residenciais Terapêuticos, entre outros serviços estratégicos possivelmente não chegaria esta demanda até o hospital.

A mobilização dos usuários e familiares, assim como dos trabalhadores envolvidos, podem se constituir também como propulsores da construção de serviços, assim como a efetivação dos projetos democráticos. Daí que se faz relevante a atuação do profissional, para além das demandas sócio-assistenciais que tem sido a sua demanda privilegiada. Vasconcelos (2011, p.245) salienta que “é pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços ou não.”

A atual política de saúde mental ressalta que os serviços substitutivos a internação, devem estar dentro da comunidade. Preconizar os preceitos da Reforma Psiquiátrica pressupõe a compreensão de que os serviços de cuidado devem dispor do território para articular as diferentes redes de atenção psicossocial. Esses pressupostos, não podem ser utilizados, para não responsabilização do cuidado, quando o paciente pertence a outra região, ou município:

... o município vai ter que dar conta desse paciente, porque é deles não é nosso [...] (AS 3)

Antes deve-se atentar para o princípio da universalidade, presente no SUS. Tal prática evidenciada no trecho de uma fala, citada acima, compreende um desafio a ser superado ainda nos serviços de saúde: a negação a um direito constitucional: a saúde, enquanto direito de todos, já que a integralidade e universalidade do atendimento no SUS não são somente responsabilidade municipal. Cabe as três esferas, municipal, estadual e federal atender solidariamente, a fim de se evitar o constante *empurra-empurra*, como parece indicar a pesquisa.

A concepção de loucura associado ao estigma, apareceu de forma transversal na pesquisa, constituindo-se também enquanto desafio aos profissionais. Identificou-se em algumas falas, advindas de outras perguntas referentes a demanda, que o estigma, a segregação e o “mito da periculosidade” associada ao *louco*, permanece fortemente na sociedade, e muitas vezes até entre os profissionais do serviço de saúde:

[...] a gente tem medo, não vou dizer que não tenho medo, uma vez fui ameaçada de morte, [...] (AS 5)

Fazemos o trabalho de reintegração, para trabalhar a parte social deles, vamos buscar o que tem de atividades na comunidade dele. Aqui dentro ninguém é discriminado, mas lá fora as pessoas se afastam [...]. Pensamos em trazer o EJA, para dentro do CAPS, já que muitos usuários não conseguiam concluir seus estudos, mais eles iriam ficar segregados aqui dentro [...] eles se sentem bem aqui, querem ficar só aqui, lá fora sentem vergonha do outro que é considerado normal. (AS 6)

Ainda, o espaço onde está situado o serviço de saúde, que irá dispensar o conjunto de cuidados e tratamento em saúde mental, pode ser indicativo desses estigmas presentes na sociedade. Um exemplo disso se verifica, em um dos serviços em que a pesquisadora esteve para a realização da entrevista. O local era todo cercado por grades, a porta de entrada não ficava visível e estava fechada em horário comercial, não havia placas ou letreiros visíveis de identificação. Na segunda visita, observou-se uma placa, com letras minúsculas, cuja distância do espaço físico para as grades, não permite a quem estiver passando pela frente, saber que ali é um espaço público de prevenção, cuidado e tratamento de saúde. O que se pretende aqui, não é dizer que especificamente neste local, a aparência arquitetônica remete a exclusão histórica, mas que na sociedade de forma geral ainda se perpetua essa lógica de que os “loucos” devem estar afastados do convívio social. Além do que, é sabida a presença de seguranças em todos os espaços públicos, não somente na saúde. Em alguns lugares visitados para a realização da pesquisa, também é perceptível a presença de seguranças. A indagação que fica é se há o sentimento de pertencimento da população, com relação a esses serviços públicos? Os espaços são democráticos? Propiciam a participação da comunidade? Os usuários e familiares são ouvidos? É permitido a eles participarem da construção da dinâmica



dos atendimentos e serviços? Os espaços coletivos deveriam valorizar e enriquecer a participação de todos. Incentivando formas de reciprocidade essenciais entre as pessoas, “exercitando e publicizando práticas assíduas de troca de informações e conhecimentos, numa reafirmação dos ideais democráticos de liberdade, igualdade e fraternidade” (VASCONCELOS, 2011, p. 443).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Desconfiai do mais trivial, na aparência de singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito  
como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de  
humanidade desumanizada, nada deve parecer natural,  
nada deve parecer impossível de mudar”.

Bertolt Brecht, Nada é impossível de mudar (1982)

Através da análise de pesquisa ressalta-se que o Serviço Social no âmbito da saúde mental tem trabalhado de forma a compor equipes multiprofissionais, com práticas interdisciplinares, sem, contudo, perder de vista a particularidade do exercício profissional do assistente social. Entretanto, ainda estão alocados substancialmente na assistência direta aos usuários. Dessa forma limitando as possibilidades de trabalhar na gestão, formação, planejamento, participação entre outras importantes atribuições do assistente social.

Cumprindo aos objetivos da pesquisa, evidenciou-se que as demandas do assistente social em saúde mental, são preponderantemente demandas sócio-assistenciais e de articulação com a rede. As respostas as demandas advindas dos usuários, se esbarram, principalmente na ausência de políticas intersetoriais, no estigma do preconceito, construído socialmente de forma a diferenciar e segregar o “louco”, e nos poucos recursos dispensados a este setor da saúde, por parte do poder público. Enquanto principal desafio destaca-se a necessidade de sistematização do exercício profissional, como forma de empreender a qualidade e intencionalidade da ação, produzindo informações, indicadores transformando a demanda emergencial em demanda coletiva. Assim como também a sistematização é forma de legitimar o exercício profissional, e garantir uma maior resolubilidade, podendo levar a superação das ações sócio-assistenciais como única frente de trabalho do assistente social.

Apesar de a *garantia de direitos*, ser usada comumente, pelas profissionais para designar o trabalho realizado, ressalta-se que atuar na garantia de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, requer um esforço em contemplar as demais ações do exercício profissional do assistente social. Esta atuação evidenciada pela pesquisa, onde há preponderância no campo da assistência sócio emergencial, socioeducativa e em rede, caracterizam-se como ações de cunho individual, importantes e necessárias, tendo em vista as necessidades dos usuários. No entanto, isso acaba por colocar o trabalho do assistente social,

apenas para administrar a situação, não deixando transparecer a real necessidade de saúde dos usuários aos médicos, gestores e coordenadores.

Identifica-se como conclusão, que cotidianamente o exercício profissional esbarra na fragmentação e focalização das políticas públicas, na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede. Além de outros empecilhos como falta de profissionais, de estrutura física e de acesso dos serviços, presentes no contexto neoliberal. Os mesmos, entretanto, não se tornam justificativas para a não realização do exercício profissional, concomitante com os princípios do Código de Ética. O assistente social é capaz de articular e buscar estratégias para a superação destas questões. As competências profissionais e os fundamentos teórico-políticos tornam-se pertinentes para a superação das inúmeras barreiras. Novamente ressalta-se que o processo de ação profissional deve ser constantemente problematizado, refletido e sistematizado.

A título de reflexões finais destaco que ter um Sistema Único de Saúde no Brasil, com acesso universal sem dúvida é a maior conquista social concreta de que dispomos. Ainda que o real não espelhe o constitucional, o SUS é indispensável para se pensar na possibilidade de que as proposições da Reforma Psiquiátrica se materializem na sociedade e nos serviços de saúde. No entanto, tenta-se a todo custo propagar a ineficiência dos serviços públicos gratuitos, sem problematizar os interesses políticos na gestão e a correlação de forças inerente ao capitalismo, enquanto sociedade de classes, que se reinventa a cada crise.

Também destaco a importância dos espaços de participação, como democracia. Partindo-se desse pressuposto compreende-se que a maior luta profissional deve estar na defesa pelo SUS, esclarecendo e mobilizando de forma coletiva os usuários dos serviços de saúde e o constante incentivo a importância de sua participação ativa. Participação esta, entendida como o direito a participar, a se reconhecer parte da concepção de público, construindo em conjunto as diferentes políticas sociais. A efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica só é possível dentro do Sistema Único de Saúde, universal e concebido enquanto direito e dever do Estado.

Pensar a saúde mental atualmente é ter a compreensão que a mesma é indissociável do conceito ampliado de saúde, e que a loucura compreendida como uma experiência de sofrimento ou sofrimentos, que levam ao adoecimento, está intrinsecamente ligada às determinações sociais, que possibilitariam um viver digno. Assim, como a loucura está associada a parcela da população *improdutiva*, portanto segregada, dentro do modo de produção capitalista. É através dessa compreensão que podemos refletir o exercício profissional dos assistentes sociais.

A construção de políticas públicas que contemplem as reivindicações da classe trabalhadora sempre se deu em contextos de luta e de mobilizações. Na atual situação brasileira vivenciamos um tensionamento dos desafios postos até mesmo para aqueles direitos já conquistados e consagrados anteriormente. Entre eles a política de saúde tende a cada vez mais integrar-se na lógica do mercado, o que nos coloca, enquanto profissionais comprometidos com nosso projeto ético-político em favor da causa dos trabalhadores [e também estando entre os trabalhadores], ainda, a necessidade de lutar contra o retrocesso, além de avançar no que ainda não se efetivou.

Diversas barreiras estão postas, e faz-se necessário o diálogo, a mobilização, tanto para a melhoria dos serviços que já temos, para que atuem juntos e de forma competente. E ainda para que se construa a possibilidade de refletir sobre o que ainda não se tem, exercendo pressão para a criação dos recursos e serviços necessários, que podem ser ofertados e construídos através da luta e da mobilização. Mas essa construção só é possível no coletivo.

Daí que a constante discussão das práticas, só enriquece e amplia o campo de possibilidades no exercício profissional.

Para finalizar quero destacar que o saber é como um processo de construção dinâmico, com constantes diálogos e troca de informações e também desconstruções que não tem fim. Este trabalho se deu como uma construção/desconstrução coletiva de conversas com colegas de graduação, com usuários dos serviços, familiares, com profissionais atuantes na área, professores, de leituras dos diversos autores, onde um pouquinho de cada um me proporcionou uma busca, e um achado. Há muita reflexão e dedicação materializadas neste trabalho. Para mim, permanece muitas dúvidas. Como sugestões a futuras pesquisas pode-se pensar no serviço social atuando diretamente sobre as determinações da loucura. Se há possibilidades de algum trabalho vir a ser desenvolvido pelo assistente social, de forma a diminuir os estigmas e preconceitos vivenciados pelos usuários. Ainda pode-se levantar as ações que levariam a uma efetiva garantia de direitos em saúde mental. As ações que possam transformar ou influenciar a formação dos profissionais, a política de saúde, o comportamento da sociedade. As ações desenvolvidas pelos assistentes sociais na relação paciente/família, também se fazem pertinentes, já que a família acaba sendo responsabilizada pelo cuidado. E a questão da sistematização do trabalho profissional, que apesar de imprescindível, permanece negligenciada pela categoria profissional, são temas que podem trazer relevância a futuros debates. Até aqui, os novos conhecimentos foram importantes instrumentos de aprendizados e crescimento, fechando um importante ciclo de formação acadêmica. E que venham novos desafios.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Retomando a temática da sistematização da prática em Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete, et al (org.). Serviço Social e Saúde. 4ª ed. São Paulo, Cortez, 2009.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. (coordenador). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 2005

AROUCA, A. S. S. Saúde e democracia. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BARROCO, Maria Lúcia. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 79, 2004.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Atenção Saúde Mental. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br>> acesso em 27 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em: 04 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8662 de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: < [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm)> Acesso em: 01 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em: 02 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142 de 28 de dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)> Acesso em: 22 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm) Acesso em 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Sa--de-Mental-no-SUS---Os-Centros-de-Aten---o-Psicossocial--2004-.pdf>> Acesso em 02 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <[www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br)>. Acesso em: 01 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em: 03 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em 04 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988. Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relato\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf) Acesso em 24 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1994. Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)> Acesso em 24 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/biblioteca/.../relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/.../relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)> Acesso em: 12 jun. 2015.

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

CAMPOS, Bruna. (Res) Pirar em Liberdade. Trabalho de Conclusão de Curso. São Paulo. Faflica, 2010.

CFESS. Código de ética do Assistente Social, 1993. Disponível em: <[www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)> Acesso em 04 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <[www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br)> acesso em 16 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Nota do CFESS, referente a aprovação da regulamentação das comunidades terapêuticas pelo Conad, em 07 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1177>> Acesso em 22 jun. 2015.

COUTO, Berenice Rojas. [et al.]. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, URSS. Disponível em [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm) acesso em 04 jun. 2015.

DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)> acesso em 04 jun. 2015.

DELGADO, Pedro. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (coord.). Cartilha ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para os participantes de grupos. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

Direitos Sociais na Constituição Federal de 1988. Disponível em <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/art\\_6\\_shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_6_shtm)> acesso em 26 mar. 2015.

Domingueira da Saúde, do dia 02 de maio de 2015. Organização Social. Gilson Carvalho. Disponível em: <http://www.idisa.org.br> Acesso em 03 mai. 2015.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (et al.) Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 5. Ed. 2012.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 6. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

GUERRA, Yolanda. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: BAPTISTA, Vera. BATTINI, Odária. (orgs). A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento. São Paulo: Veras Editora, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7. Ed. São Paulo. Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 2. Ed. São Paulo. Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. *As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Trajetória e desafios*. In: Boletín Eletrónico Surá. Junio, 2005.

ISEV. Disponível em: <http://www.isev.com.br> Acesso em 01 mai. 2015.

JARA, O. Como conhecer a realidade para transformá-la. São Paulo, Cepis, 1986.

LIMA, N. T. et. al. (orgs). Saúde e democracia. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1996.

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

MATEUS, Mário Dinis. (org). *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro. Hucitec-Abrasco, 1994.

MOTA, Ana Elizabete. e AMARAL, Angela Santana do. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete. (org.). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Ed. Cortez, 2000, p. 23-44.

PAIVA, Beatriz Augusto de. e SALES, Mione Apolinario. A nova ética profissional: Práxis e Princípios. In: Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis. Cortez: 2000, 3ª ed.

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4579-4589,2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02)> acesso em 23 abr. 2015.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. 1989. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. AMARANTE, Paulo. (org.). Rio de Janeiro. Fiocruz, 1994.

SABOYA, Sérgio, A. In: Prefácio de *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. RIBEIRO, Paulo R. M. São Paulo. EPU, 1996.

SANTOS, Claudia Mônica dos. NORONHA, Karine. O Estado da Arte sobre os Instrumentos e Técnicas na Intervenção Profissional do Assistente Social – uma Perspectiva Crítica. In: GUERRA, Yolanda. FORTI, Valeria. (orgs). *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris. 2010.

SOARES, Raquel Cavalcanti. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). *As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Ed da UFPE, 2010, p. 337-379.

TUNDIS, Silvério e COSTA, N. R. *Cidadania e Loucura*. Vozes. Rio de Janeiro, 2001.

VALIENTE, Uris Francisca Ruiz. O registro e a sistematização da prática do Serviço Social no âmbito hospitalar. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Saúde Mental e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. *A luta por políticas públicas universais, acessíveis e eficazes, os princípios de intersectorialidade e integralidade, e suas relações com a interdisciplinaridade*. In: *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. Vol. 1, nº 1, jan-abr. 2009.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro, 2006.

ZIEGELMANN, Luiz. *Psiquiatria social contemporânea: Narrativa de uma trajetória clínica*. Rio de Janeiro. Vozes, 2005.



## ANEXO 1

### Roteiro de Entrevistas

**Pesquisador principal:** Ana Claudia Mocelin

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Regina Krüger

**Título da Pesquisa:** Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde Mental

I- Identificação e contatos:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

II – Perfil e Inserção profissional:

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Cidade onde atua profissionalmente: \_\_\_\_\_

A instituição onde atua é ( ) Pública ( ) Privada ( ) Público gestão por OS

A instituição em que se formou \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_

Tem cursos de pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

III – Exercício profissional

A - Que leituras tem feito para subsidiar seu fazer profissional no último ano?

B - Quais as demandas mais frequentes vindas dos usuários?

C - Quais as demandas mais frequentes com relação a instituição ou chefes?

D - Quais os instrumentos técnico-operativos mais utilizados em sua prática profissional?

E - Você conhece e como se utiliza do documento Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde?

Quais são suas demandas e respostas em cada um deles em seu campo de atuação?

1- Ações de atendimento direto aos usuários.

a) Ações sócio-assistenciais:

b) Ações de articulação com a rede:

c) Ações sócio-educativas:

2- Ações de mobilização, participação e controle social:

3- Ações de investigação, planejamento e gestão:

4- Ações de assessoria, qualificação e formação profissional:

De que forma você sistematiza o seu fazer profissional?

Que desafios você identifica no exercício profissional?

## ANEXO 2

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****Pesquisador principal: Ana Claudia Mocelin****Pesquisador responsável: Profª Drª Tânia Regina Krüger****Título da Pesquisa: “Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde Mental”**

Prezado(a) Assistente Social, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa de trabalho de conclusão de curso da aluna Ana Claudia Mocelin, graduanda em Serviço Social, pela Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Profª. Drª. Tânia Regina Krüger. Tal pesquisa tem como objetivo, conhecer as demandas e respostas dos Assistentes Sociais na área de Saúde Mental.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, sem identificação pessoal e institucional. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados na forma do TCC serão divulgados, obedecendo o critério de sigilo dos pesquisados.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Para deixar de fazer parte da pesquisa e/ou caso tenha dúvidas, favor entrar em contato com a pesquisadora Ana Claudia Mocelin, pelo telefone (48) 9153-5624 (WhatsApp) ou através do e-mail: [ana.peixians@gmail.com](mailto:ana.peixians@gmail.com), e ou orientadora Prof. Tânia Regina Krüger, pelo telefone: (48) 8834-0734, ou através do e-mail: [tania.kruger@ufsc.br](mailto:tania.kruger@ufsc.br)

**Eu,**

\_\_\_\_\_,  
**RG nº \_\_\_\_\_, tendo recebido detalhadamente as informações acima e  
 ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo e assino abaixo.**  
**Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

---

**Assinatura do Profissional**


---

**Pesquisadora responsável**