

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**PRISCILA SOARES SILVA**

**A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:  
a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial –  
CAPS de Juiz de Fora - MG.**

**JUIZ DE FORA  
2012**

**PRISCILA SOARES SILVA**

**A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:  
a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Juiz de Fora - MG.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Professora Dra. Carina Berta Moljo.

**JUIZ DE FORA - 2012**

Silva, Priscila Soares.

A intervenção do assistente social na saúde mental: a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS de Juiz de Fora - MG / Priscila Soares Silva. – 2012.

137 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Serviço Social. 2. Saúde Mental. 3. Intervenção. I. Título.

A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: a experiência  
dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Juiz de Fora - MG.

PRISCILA SOARES SILVA

Orientadora: Carina Berta Moljo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social  
da Universidade Federal de Juiz de Fora, como exigência parcial a obtenção do título de  
Mestre em Serviço Social.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Profª Doutora Yolanda Aparecida Demétrio Guerra

---

Profª Doutora Cláudia Mônica dos Santos

---

Profª Doutora Carina Berta Moljo (Orientadora)

À minha madrinha Joana.  
Ao meu pai Luizmar.  
Ao grande amor da minha vida, Luiz Guilherme

## AGRADECIMENTOS

Quando comecei a escrever meus agradecimentos, percebi que são muitos aqueles a serem agradecidos, e que esse trabalho não é só meu, mas pertence a cada um que de alguma forma, jeito, modo contribuiu para sua materialização.

Em primeiro lugar agradeço a Deus.

À minha tia, mãe, amiga, madrinha e principal incentivadora, TIA JOANA. Agradeço pela compreensão, pela força, pelas orações, pelo sim na hora certa, pelo não na hora certa, por entender meus silêncios, meus choros, meus desabafos, meus medos, minhas angústias, por sempre querer minha felicidade, por ser para mim um exemplo de garra, força, um exemplo de mulher. Agradeço por saber que sempre havia um colo me esperando quando o caminho se tornava difícil e árido para ser construído e percorrido.

Ao meu pai, Luizmar, que ensinou valores os quais carrego por toda a minha vida.

Agradeço a Luiz Guilherme, “meu nê””, que sempre foi mais que um namorado, mas que é um amigo, um irmão, um anjo. Muito obrigada por ser muitas vezes meu leitor, meu digitador, meu travesseiro, o lenço nas horas do choro e angústia (que não foram poucas)... Muito obrigada pela paciência desmedida, pelo carinho contínuo, pelo apoio de sempre. Meu companheiro nesta trajetória, que soube compreender, como ninguém, a fase pela qual eu estava passando, e que durante a realização deste trabalho, sempre tentou entender minhas dificuldades e minhas ausências. Agradeço-lhe, carinhosamente, por tudo isto.

Agradeço a minha sobrinha e afilhada Giovanna, por entender que eu precisava estudar e não podia brincar, pelo sorriso sincero e pelo abraço apertado, pela esperança que saltava os olhos.

À Carina, pela paciência, confiança, carinho, respeito. Por ter aceitado juntamente comigo esse desafio de desbravar a intervenção do Assistente Social na Saúde Mental. Por acreditar em mim, quando nem eu mais acreditava. Por não desistir de mim. Valeu Carina!

Às professoras Claudia Mônica e Yolanda que aceitaram fazer parte desse processo de aprendizado e que contribuíram com suas colocações e proposições.

À Beth. Ah Beth! Valeu pelos e-mails lembrando prazos... Ao Darci (Dadá), aos funcionários da biblioteca, da limpeza, enfim aqueles que tornaram mais agradáveis as horas que foram passadas na universidade.

Agradeço aos meus colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Bem Estar Social de Paraíba do Sul – RJ, por terem compreendido o quanto terminar esse trabalho era importante para mim. Principalmente as minhas mais novas amigas: Lívia e Paula, que me proporcionaram diálogos ricos e momentos de distração e alegria. Meninas nós somos as meninas SUPER PODEROSAS e de vez em quando somos também as TRÊS PATETAS!

Agradeço aos colegas Assistentes Sociais, que abraçam a luta por uma sociedade sem manicômios, e fazem de seus trabalhos nos CAPS espaço de defesa de um novo modelo de tratamento aqueles que sofrem no processo de adoecimento mental.

Agradeço ainda, as Assistentes Sociais que me ajudaram a construir esse trabalho. Por me receberem e dividirem comigo seus saberes.

Agradeço a Edna, que com sua forma de ser amiga, mãe, irmã, conselheira, ouviu tantas vezes meus desprazeres e compartilhou sua sabedoria, generosidade.

Agradeço a Sandrinha, elo importante em meus primeiros momentos no mestrado. Pessoa que compartilhou não só um apartamento em Juiz de Fora, mas também todo o prazer e dor que envolveu o processo de construção desse trabalho.

Agradeço aos amigos e colegas que fiz durante o mestrado, pelo apoio, incentivo, pelos momentos de concentração e de distração.

Agradeço a Vera, pelas aulas de inglês e pelo incentivo. Foi difícil, mas não impossível.

A Andresa, minha amiga, irmã, mocinha que tanto amo e que sempre me disse para eu nunca desistir.

Agradeço a Assistente Social Carla Barrígio, por ter sido a minha supervisora de estágio e ter compartilhado seu tempo e seu saber. Suas contribuições em minha formação jamais serão esquecidas.

Agradeço ao Bill, pelo carinho e pela torcida desde o término da graduação e principalmente na seleção para o Programa de Mestrado da UFJF.

Foram e são tantos que me apoiaram e me ajudaram a construir esse trabalho, alguns já nem estão mais aqui, entre nós, ditos os vivos; outros estão em locais que a distância impera, outros se colocaram mais presentes em minha vida.

A todos esses... Estes... E aqueles tantos, o meu MUITO OBRIGADO.

## **RESUMO**

Esse estudo pretendeu identificar como se concretiza a intervenção dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS de Juiz de Fora – MG, como esses assistentes sociais lotados materializam seu trabalho, formalizam suas ações e sobre quais fundamentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo está assentada sua intervenção. Esse estudo pretende ainda contribuir com o debate sobre a inserção e intervenção do assistente social na saúde mental, principalmente nos CAPSs, entendendo que existe um mercado de trabalho crescente nessa área, desde o processo de desospitalização dos portadores de transtorno mental.

Palavras chaves: Intervenção; Assistentes Social, CAPS.

## **ABSTRACT**

This study aims to identify how it operates the intervention of social workers in Psychosocial Care Centers - CAPS Juiz de Fora - MG, such as social workers crowded materialize their work, formalize their actions and what theoretical and methodological, ethical, political and technical and operating sits intervention. This study also aims to contribute to the debate on inclusion and intervention of social workers in mental health, especially in CAPS, understanding that there is a growing job market in this area, since the process of deinstitutionalization of the mentally ill.

Keywords: Intervention, Social Assistants, CAPS.

## Lista de abreviaturas

BPC: Benefício de Prestação Continuada

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial Infância e Juventude

CFESS: Conselho Federal de Serviço Social

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRESS: Conselho Regional de Serviço Social

CID: Código Internacional das Doenças

CRESS: Conselho Regional de Serviço Social

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FAMINAS: Faculdade de Minas

IFB: Instituto Franco Basaglia

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Atenção a Saúde da Família

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização Não-Governamental

PNASH: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PSF: Programa Saúde da Família

PTM: Portador de Transtorno Mental

SM: Saúde Mental

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRT: Serviço Residencial Terapêutico

SUS: Sistema Único de Saúde

TO: Terapia Ocupacional

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFJF: Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	14
II. Capítulo I – RESGATE HISTÓRICO DA LOUCURA .....	24
2.1 Questão social e loucura .....	24
2.2 O surgimento dos manicômios e a institucionalização do “louco” .....	28
2.3 A desinstitucionalização do “louco” .....	33
2.4 Lei Paulo Delgado .....	40
2.5 Serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico .....	42
2.6 A Reforma Psiquiátrica hoje.....	48
III. Capítulo II – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM DEBATE .....	53
3.1 Gênese histórica da profissão de Serviço Social no Brasil.....	53
3.2 Serviço Social e saúde mental: Aproximações e debates .....	58
3.3 Política de saúde mental em Juiz de Fora - MG .....	65
IV. Capítulo III – ENTENDENDO O QUE SE FAZ E COMO SE FAZ E PORQUE SE FAZ .....	70
4.1 Perfil Profissional das entrevistadas .....	70
4.2 Participação e mobilização popular – a visão das entrevistadas.....	74
4.3 Intervenção Profissional – referências de conhecimento.....	79
4.3.1 Constituição Federal e Reforma Psiquiátrica – a visão das entrevistadas .....	79
4.3.2 Concepção de Saúde Mental – a visão das entrevistadas .....	81
4.4 Caracterização e avaliação dos serviços prestados – a visão das entrevistadas .....	86
4.5 A intervenção na saúde mental: permeada por intervenções conservadoras?.....	88
4.5.1 Intervenção em Serviço Social .....	88
4.5.2 Intervenção em Serviço Social: Ruptura com Conservadorismo? .....	93
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	107
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	108

## ANEXOS

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	117
ANEXO II – Roteiro para entrevistas com os Assistentes Sociais dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) de Juiz de Fora – MG.....	119
ANEXO III – Roteiro para entrevista com agente fiscal do CRESS MG .....	123
ANEXO IV – Lei Paulo Delgado .....	124
ANEXO V – Portaria nº 336/GM – Estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) .....	127
ANEXO VI – Lei 12.317\ 2010, que dispõe sobre 30 (trinta) horas semanais de trabalho do assistente social sem rebaixamento de remuneração .....	137

## **I. INTRODUÇÃO**

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

IAMAMOTO: 2005.

A minha trajetória acadêmica, cheia de aventuras pelos caminhos do apreender e do saber, é a linha que atravessa a busca pelo meu objeto de estudo neste trabalho. Parafraseando Vicente (2001), este objeto de trabalho, é, portanto: *“Razão de tantas escolhas em minha vida, algumas de forma consciente. Estas, radicalmente constituídas politicamente, a partir de um dado lugar na história”*. O gosto pelo campo da saúde mental foi fundamental pela descoberta de um campo de investigação e intervenção como profissional de Serviço Social, a partir disso toda uma história está sendo construída.

A minha história acadêmica é uma das razões que me levaram ao PROCESSO DE SELEÇÃO AO INGRESSO NO PROGRAMA DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL / UFJF, em outubro de 2008. Iniciei o curso de Serviço Social em fevereiro de 2004, na Faculdade de Minas – FAMINAS, em Muriaé – MG, cidade em que nasci e morava. E ao longo do curso tive momentos de aproximações com a área da Saúde Mental.

O meu primeiro contato com a Saúde Mental, enquanto discente do curso de Serviço Social da FAMINAS<sup>1</sup>, deu-se em março de 2004, com a associação de portadores de transtorno mental, familiares e profissionais CONVIVER, associação essa que tinha como um de seus objetivos montar um Centro Atenção Psicossocial – CAPS em Muriaé – MG e credenciá-lo no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse contato se deu devido a uma atividade acadêmica intitulada “Calourada Universitária”, que havia arrecadado em forma de gincana, alimentos não perecíveis, incentivando o trote solidário. Com a arrecadação dos alimentos necessitou-se então fazer a doação dos mesmos. As instituições escolhidas para recebimento das doações foram sugeridas por alunos dos cursos de graduação da FAMINAS, e a entrega das doações foi feita por discentes do curso de Serviço Social e por funcionários da instituição. Nessa situação percebe-se o olhar da instituição sobre o curso de Serviço Social, vinculando o mesmo a ações assistencialistas.

Entre as instituições que receberam as doações estava a Associação CONVIVER, que sobrevivia de doações populares e de alguns repasses da Prefeitura Municipal de Muriaé - MG. A escolha dessa instituição estava também relacionada com a precária situação financeira que a associação possuía, situação essa que era do conhecimento da então coordenadora do curso de Serviço Social da FAMINAS, a

---

<sup>1</sup> Campus Muriaé – MG.

assistente social Juliana Goulart, que durante algum tempo prestou serviços como assistente social na associação CONVIVER.

A associação CONVIVER, possuía uma forma de conceber seus usuários, os portadores de transtorno mental, em uma perspectiva desconhecida até então por mim. Com a proposta de um tratamento humanizado e de desinstitucionalização do portador de transtorno mental, a associação me cativou, porém, em março de 2004, eu ainda estava no primeiro período da faculdade de Serviço Social, e por mais que eu quisesse fazer um estágio no local ou até mesmo um voluntariado, nenhuma dessas opções era possível e viável, devido ao meu nenhum conhecimento sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, e as minhas condições no momento de não ter como propor alguma contribuição na proposta da associação. Portanto, ainda que pequeno, do contato com a associação surgiu à idéia de fazer um estágio no local, pois a proposta que aquele serviço oferecia, pareceu-me bastante interessante.

No ano seguinte, em maio de 2005, fui conhecer em Cataguases – MG, município vizinho a Muriaé - MG, um pouco da dinâmica do CAPS deste mesmo município, e um pouco sobre a luta Antimanicomial. A visita a este CAPS foi uma iniciativa do curso de Terapia Ocupacional da FAMINAS, e o convite aos graduandos de Serviço Social, foi feito pelo então professor de psicologia social do curso de Serviço Social, o psicólogo Luiz Claudio Ferreira Alves.

Como eu já tinha algum interesse sobre os caminhos que a saúde mental estava trilhando com a perspectiva de desinstitucionalização, não hesitei em aceitar o convite e ir juntamente com os alunos de Terapia Ocupacional conhecer a dinâmica de trabalho e relações estabelecidas no CAPS de Cataguases- MG. Com essa visita tive a certeza que eu queria fazer meu estágio curricular e supervisionado na área de Saúde Mental em um CAPS. E por meio de simpósios, congressos e oficinas que tinham como tema e/ou finalidade a discussão de novos modelos de atenção e cuidado em Saúde Mental; pude me aproximar do campo pretendido.

Ao final de 2005 inaugurava em Muriaé - MG, o Centro de Atenção Psicossocial Adélia Bizzo Xaia. Notícia recebida por mim com grande alegria, pois essa seria a oportunidade de fazer o estágio curricular supervisionado que teria início no ano seguinte. A participação do processo de seleção para a entrada no estágio em março de 2006 foi o passo decisivo para aprofundar meus estudos em Reforma Psiquiátrica e serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Atuei como estagiária no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Muriaé, durante os anos de 2006 e 2007.

Acredito que seja significativo considerar a experiência adquirida por mim dentro de uma instituição que é um equipamento de saúde mental, que visa à diminuição e extinção dos leitos psiquiátricos em manicômio, instituição, onde durante dois anos acompanhei a intervenção do assistente social responsável pela supervisão direta e orientação do meu estágio curricular obrigatório.

Durante minha graduação pude me aproximar da política de saúde mental, através do conhecimento teórico, técnico e histórico da área. Gerando assim meu Trabalho de Conclusão de Curso, no qual todo processo vivido em minha graduação está vinculado: *Um estudo sobre o processo de trabalho do Assistente Social na Saúde Mental: A experiência do Centro de Atenção Psicossocial de Muriaé – MG.*<sup>2</sup>

As razões que me levaram a construir essa proposta de estudo do trabalho que aqui apresento, são fruto de várias inquietações tecidas durante minha trajetória acadêmica. Este trabalho é resultado de algumas indagações que possuo perante a intervenção dos assistentes sociais na Saúde Mental, especificamente no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

Ressalto que a inserção do assistente social na Saúde Mental contribuiu e contribui para a consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, acredito ainda que se faz necessário uma maior aproximação do assistente social com o amplo campo da Saúde Mental, vinculando assim a construção de uma intervenção profissional arraigada nos pressupostos teóricos e metodológicos da Reforma Psiquiátrica.

Esse trabalho buscou conhecer a intervenção do assistente social em equipes de saúde mental, especificamente nos CAPS de Juiz de Fora – MG, e quais eram as contribuições de sua intervenção na saúde mental.

Como a realidade está em constante transformação, aproximei ao máximo dela e fiz minha investigação e minhas análises apoiada em uma perspectiva crítica dialética. Parti do princípio que o conhecimento é aproximativo, pois a realidade em que está inserido meu objeto de estudo é dinâmica. Entendo que esse conhecimento existe apenas porque existem sujeito e objeto, que segundo Marx (2004), existe uma interação dialética entre sujeito e objeto.

A necessidade de investigar e refletir como o assistente social tem se inserido no campo da saúde mental surgiu a partir de várias interlocuções feitas durante minha

---

<sup>2</sup> Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, apresentado na Faculdade de Minas – FAMINAS – campus Muriaé – MG.

trajetória acadêmica e hoje profissional, interlocuções como: Qual é a posição do Assistente Social frente ao saber médico e a equipe em que trabalha? O assistente social é um mero articulador de Benefícios de Prestação Continuada (BPC)? Como o assistente social entende e concebe sua intervenção nos Centros de Atenção Psicossocial? Onde o assistente social se encontra na correlação de forças institucionais? O assistente social sabe realmente o que o Serviço Social propõe na intervenção em saúde mental ou caminha para uma intervenção clínica? Entre outros. Acredito que estas e outras questões que perpassam a inserção do assistente social no CAPS não foram assumidas em sua totalidade durante a execução do projeto de mestrado, pois aqui me fixei em uma questão fundante e as demais ficarão para próximos momentos de aproximações com essas interlocuções.

Portanto, a grande questão que perpassa este trabalho é como se concretiza a intervenção dos assistentes sociais nos CAPS de Juiz de Fora – MG, ou seja, como os assistentes sociais lotados nessa instituição materializam seu trabalho, formalizam suas ações e sobre qual teoria está assentada sua intervenção.

O debate sobre a intervenção do assistente social na Saúde Mental, especificamente nos CAPSs, faz-se necessário nesse cenário atual caracterizado pela expansão dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e ao debate no interior da categoria profissional acerca do Serviço Social clínico, debate esse que está sendo feito em fóruns pelo Brasil.

Ainda é importante ressaltar que o debate acerca do Serviço Social clínico é objeto de preocupação pela categoria profissional dos assistentes sociais, no que concerne a um retrocesso de práticas que até então fizeram parte do passado histórico da profissão de Serviço Social no Brasil.

Neste trabalho abordo de forma sucinta a aproximação e inserção dos profissionais de Serviço Social no grande e complexo campo da Saúde, ressaltando as particularidades brasileiras nas bibliografias e avançando na apreensão da inserção dos assistentes sociais na Saúde Mental.

As reflexões aqui expostas foram elaboradas tendo a incorporação do método crítico e dialético para nortear os objetivos, procedimentos e conclusões. Essa pesquisa está vinculada com o pensamento e com a ação, não separando teoria e prática, mas sim acreditando que as formulações teóricas sustentam e viabilizam uma intervenção na realidade que está posta. Assim:

“O método é entendido como um instrumento de mediação entre o homem que quer conhecer e o objeto desconhecido, como uma parte do real a ser investigado. Para Lukács, o método não é critério de verdade, o critério de verdade encontra-se na própria objetividade do real. O método marxiano tem como base a tese de que “a produção do conhecimento é parte integrante do desenvolvimento histórico do mundo dos homens...”, quando no intercâmbio entre o homem e a natureza (sujeito e objeto), se efetiva, ao mesmo tempo, tanto o sujeito, que se (re)constrói, quanto o mundo dado e transformado pela ação do sujeito, e “nessa relação sujeito-objeto se radica a produção do conhecimento”. (ARAÚJO, 2007).

Minayo (2007) traz em sua análise que toda *“investigação se inicia por uma questão, por uma pergunta, por uma dúvida”* (Minayo, 2007, p. 16). Neste trabalho o movimento não se fez e não se faz diferente, parti de uma pergunta, de uma grande questão: Como os assistentes sociais estão intervindo nos CAPSs do município de Juiz de Fora - MG? E este COMO, não se traduz apenas no “modo de fazer”, de agir, de intervir, mas em qual aporte teórico estes assistentes sociais estão sustentados ao fazerem suas intervenções; em que condições de trabalho essas intervenções são dadas; assim como quais as demandas postas pela instituição, pelos usuários; enfim, o início de qualquer que seja a investigação, não se detém na questão inicial, mas a cada novo movimento de aproximação da realidade, essa questão inicial se vê transpassada por outras, que em um universo maior compreende a pesquisa que foi realizada.

Ainda sobre o método adotado neste trabalho, entendendo a construção do objeto de análise e tendo a perspectiva que esse trabalho não se encerra em aqui

“Exatamente porque o objeto não está dado, a incorporação do método crítico dialético para o desvelamento do real me permitiu entender que se deve partir da concepção “[...] *preliminar de que a realidade social não se dá a conhecer, a não ser pela reflexão demorada, reiterada e obstinada.*” (IANNI, 1986, p.03). Assim, tomando o método marxiano como referência teórico metodológica, foi possível, (...) a análise qualitativa dos dados oriundos da pesquisa junto aos assistentes sociais, tomar o “ponto de chegada” como novo “ponto de partida”. (ORTIZ, 2007: p. 22).

Assim o pensamento dialético:

“No pensamento dialético o real é entendido e representado como um todo que não é *apenas* um conjunto de relações, fatos e processos, mas também a sua *criação*, estrutura e gênese. Ao todo dialético pertence a criação do todo e a criação da unidade, a

unidade das contradições e a sua gênese”. (KOSIK, 1989, p. 42).

Diante desse todo, que une contradições, e entendendo que o meu objeto de pesquisa faz parte desse todo, fez-se necessário para responder a essa questão fundante deste trabalho e construir uma análise sobre meu objeto de estudo, recorrer a instrumentos e técnicas de pesquisa que já foram utilizados por diversos autores e que para este objeto analisado foi o mais adequado. Nesse sentido, utilizei a metodologia qualitativa e quantitativa, entendendo que:

“Os dois tipo de abordagens e os dados dela advindos, porém não são incompatíveis. Entre eles há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa.” (MINAYO 2007, p.22).

Recorri à pesquisa quantitativa e qualitativa, pois aqui compreendo que ambas se fundem na busca pelo conhecimento almejado nessa pesquisa, que *“ambas as abordagens são importantes e o ideal no campo da pesquisa em saúde é que sejam trabalhadas de forma que se complementem sistematicamente.”* (MINAYO 1998, p.34).

Portanto, em um primeiro momento, foi realizado um estudo bibliográfico e documental, em revistas, pesquisas, livros, teses e dissertações, leis, portarias e decretos, a fim de reconstruir historicamente o processo de inserção da profissão de Serviço Social no grande campo da saúde, especificando seu trajeto na área da saúde mental, a fim de conhecer como as relações presentes neste percurso histórico configuram atualmente a intervenção dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossociais de Juiz de Fora – MG. Ainda recorrendo ao estudo bibliográfico, abordo as configurações da saúde no Brasil, abarcando a origem e questões que perpassam o campo da saúde mental brasileira.

Em um segundo momento foi realizada entrevistas com roteiro semi-estruturado com assistentes sociais da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora – MG, buscando nesse momento conhecer as particularidades dessa intervenção assim como está estruturado o Serviço Social nos CAPS de Juiz de Fora – MG.

A pesquisa foi realizada nos 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora - MG, que são de natureza pública e credenciada ao Ministério da Saúde. Tinha-se a hipótese que todos os CAPS possuíam em seu quadro funcional um Assistente Social, apesar da PORTARIA/SNAS N° 224 indicar que na equipe mínima dos CAPS

poderá ter um assistente social, ou outro profissional de ensino superior, não garantindo assim a obrigação de se ter um profissional de Serviço Social nestas instituições, porém ao fazer os primeiros contatos e ao realizar as entrevistas com foi verificado que todos os CAPSs possuíam em seu quadro funcional o profissional de Serviço Social.

As entrevistas abordaram questões como: matriz teórica que norteia a intervenção; concepção de intervenção profissional; atividades diárias do assistente social na instituição pesquisada; demandas da instituição, dos usuários; relação do assistente social com usuários, com a equipe e com a instituição; atribuições privativas do assistente social no CAPS; instrumentos utilizados na intervenção, rotina de trabalho, entre outras. Enfim, questões sobre a intervenção do assistente social na Saúde Mental, assim como os limites, desafios e possibilidades dessa intervenção e as relações estabelecidas nesse espaço sócio institucional. Conforme termo de livre consentimento e esclarecido; e roteiro de entrevistas – (ANEXO 01 e ANEXO 02). Todo o material coletado durante as entrevistas foi devidamente trabalhado e exposto no capítulo 3 deste trabalho.

Durante a pesquisa fez-se necessário buscar alguns esclarecimentos com o Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, onde foi feito uma entrevista com uma das agentes fiscais do CRESS 6ª região da seccional de Juiz de Fora – MG, essa entrevista teve um roteiro conforme ANEXO 03.

A partir de Minayo (1998) levei em consideração que o uso do método dialético para fazer as análises necessárias a essa pesquisa, não é simples, e que aqui tive um cuidado em não cair em análises simplificadas e reducionistas, que sinalizem um retorno ao positivismo. O método de apreensão e análise que é utilizado ao transcorrer deste trabalho é o método materialista histórico dialético, compreendendo a categoria analítica de totalidade. Totalidade essa que para Kosik significa “*realidade como um todo estruturado dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido*” (KOSIK,1976: p.44).

Considerando o conhecimento inacabado, e, ao mesmo tempo, reconhecendo a possibilidade de conhecermos o real e no intuito de esclarecermos os usos do método marxiano na atividade da pesquisa científica, tem-se um caminho de ida e volta para a elaboração da síntese que representa a totalidade do ato de conhecer. Marx (1997), em o Método da Economia Política, afirma, então, que o caminho de ida começa no real concreto, mas, através da capacidade do sujeito de analisar, pensar, ele vai construindo abstrações, categorias, que dizem respeito a aspectos desse real, dos complexos que o

constituem, das suas determinações. Caminho construído pela dialética e ao se trabalhar esse estudo a luz da dialética, tem-se que a mesma:

“(…) trabalha com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, e com o movimento perene entre parte e todo e interioridade e exterioridade dos fenômenos.” (MINAYO 2007, p.24).

E com essa forma de pensar, escrever e analisar o objeto desse trabalho, que foi organizada essa dissertação, que se apresenta da seguinte forma:

- No primeiro capítulo está exposto um breve resgate histórico sobre a problemática da loucura e suas intersecções com a questão social, abordando a temática da institucionalização do portador de transtorno mental, com a criação de manicômios e o processo de desinstitucionalização do mesmo, com a criação de mecanismos para efetivação desse processo, como a Lei 10.216, conhecida popularmente como Lei Paulo Delgado. Nesse mesmo capítulo, têm-se ainda a apresentação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; Residências Terapêuticas, etc.
- No segundo capítulo é abordada a inserção do assistente social no campo da Saúde Mental, e como está estruturada a política de Saúde Mental em Juiz de Fora – MG, expondo quais os mecanismos que a rede que compõe esta política está organizada, dando ênfase aos CAPS, que são os espaços institucionais de inserção e intervenção dos assistentes sociais, intervenção essa que este estudo objetivou estudar, compreender e apresentar.
- No terceiro capítulo apresento os dados coletados nas entrevistas com os assistentes sociais que trabalham nos CAPSs de Juiz de Fora; fazendo uma sistematização dos dados, a fim de que através dos mesmos, possa-se refletir sobre as minhas conclusões sobre intervenção dos assistentes sociais na saúde mental, e quem sabe a partir das mesmas terem um novo ponto de partida para pensarem suas ações. Ressalto que todos os nomes que são relatados durante a exposição das falas das assistentes sociais são fictícios, a fim de resguardar as mesmas.

Acredito que essa pesquisa poderá propiciar aos profissionais de Serviço Social um debate frutífero na área de saúde mental, no que concerne a intervenção dos

mesmos, entendendo que se faz necessário “*fazer pensar para melhor intervir*”.  
(VASCONCELOS, 2002.)

## II. Capítulo I: RESGATE HISTÓRICO DA LOUCURA

Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. A tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos. E justamente quando parecem empenhados em revolucionar-se a si e às coisas, em criar algo que jamais existiu, precisamente nesses períodos de crise revolucionária, os homens conjuram ansiosamente em seu auxílio os espíritos do passado, tomando-lhes emprestados os nomes, os gritos de guerra e as roupagens, a fim de apresentar-se nessa linguagem emprestada (MARX, 1978).

A proposta deste capítulo é elucidar os elementos essenciais da Questão Social, posicionando a mesma como base para as análises que são apresentadas nesse estudo. Apresento ainda a trajetória de institucionalização dos doentes mentais promovido por décadas pelo Estado e Igreja, e que culminou no processo de Reforma Psiquiátrica, reforma essa que possibilitou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, instituição onde é materializada a intervenção das assistentes sociais pesquisadas nesse estudo.

### 2.1 QUESTÃO SOCIAL E LOUCURA

Inicialmente, gostaria de especificar sobre qual base esse estudo está materializado, tendo que essa base, não é um cenário, mas é o fundamento onde as profissões e movimentos estão intervindo. A questão social é essa base, de onde se parte as mais variadas formas de análise e de intervenção e que não se pode identificar de forma simplista com “exclusão social” e/ou “problema social”.

Aqui estamos debruçados sobre a análise de que a questão social tem sua gênese, na determinação da natureza contraditória e essencial do capitalismo, temos, portanto que a Questão Social emerge no capitalismo. Questão Social essa configurada indissociavelmente das configurações assumidas pelo trabalho e pela sociedade burguesa. Assim sendo, temos que a Questão Social condensa o conjunto das desigualdades e das lutas sociais, que estão em movimento constante e alcança sua

plenitude nos tempos de capital fetiche<sup>3</sup>, assim sendo a Questão Social é indissociável da sociedade e da luta de classes.

Ressalta-se aqui, que essa indissociabilidade da Questão Social com a luta de classes não é caracterizada por uma luta entre ricos e pobres, mas sim luta entre projetos de sociedade, modelos de produção e acumulação. Questão Social intrínseca com as questões políticas, históricas, subjetivas, a ação dos sujeitos, as lutas sociais, aos movimentos, enfim a Questão Social precisa ser apreendida em sua totalidade na arena da luta social. Questão Social que são:

“(…) as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006: p. 77).

Assim temos que a Questão Social é uma categoria que expressa a contradição fundamental do modo capitalista de produção. Contradição expressa na apropriação por poucos da riqueza que é socialmente produzida.

“Questão Social apreendida como o *conjunto das* expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”. (IAMAMOTO, 2005: p. 27).

Quando se analisa o Serviço Social e a Questão Social, tem-se que:

“A formação profissional tem na *questão social* sua base de fundação sócio-histórica, o que confere um estatuto de elemento central e constitutivo da relação entre profissão e realidade social. (...) A identificação da *questão social* como elemento transversal à formação e ao exercício profissionais (...) decorre, em primeiro lugar, da necessidade de impregnar a profissão de história da sociedade presente e, em particular, da realidade brasileira, como caminho necessário para superar os dilemas da reiterada defasagem entre teoria e exercício profissional cotidiano, qualificando as

---

<sup>3</sup> Capital Fetiche: categoria cunhada por Marx para designar o capital das finanças. (IAMAMOTO, 2008)

respostas profissionais no enfrentamento das expressões da *questão social*”. (IAMAMOTO, 2009: p.183 e 184).

Então, faz-se necessário ressaltar que é sobre as mais variadas e complexas expressões da Questão Social que o profissional de Serviço Social é chamado a intervir:

“Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. **Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem**<sup>4</sup>. *É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade.* (...) Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de re-invenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado.” (IAMAMOTO, 2005: p. 28).

A partir desses elementos tem-se que questões ligadas a Saúde Mental também podem ser consideradas como expressões da Questão Social, atreladas ao desenvolvimento do modo de produção capitalista em sua forma de dominação e exploração, Gonçalves (1983) afirma:

“A questão da saúde mental somente poderá, a nosso ver, ser adequadamente compreendida se visualizada dentro de um contexto histórico estabelecido tendo em vista o desenvolvimento do referencial mais amplo em que se processa sua atividade, ou seja, a formação econômica e social brasileira, expressão particular através do qual constitui-se, em nosso país, o **modo de produção capitalista**<sup>5</sup>.” (GONÇALVES, 1983, p.23).

Tem-se ainda que há um movimento em medicalizar tais expressões, quando as mesmas surgem como forma de doença, tendo por vezes como solução a medicalização, a internação, ou outros recursos que o capital, através das indústria farmacêutica e de grupos médicos que compartilham do projeto privatista da saúde julgarem necessários:

---

<sup>4</sup> Grifos meus.

<sup>5</sup> Grifos meus.

“O desemprego, a ameaça de demissão, a sobrecarga de trabalho e a perda da autonomia desvanecem os projetos de vida pessoais e comunitários, conduzindo a quadros de depressão (Stolkiner, 1994). E a solução apresentada pelos mesmos alagozes do poder, do discurso médico aliado à ordem internacional, é a do neobiologicismo, que se é distinto da Higiene Mental do início do século, aponta para as velhas formulações genéticas e hereditárias como gênese do transtorno mental (Rose, 1997).” (BISNETO, 2009, p.183)

Compreendendo que os rebatimentos do modo de produção vigente recaem muitas vezes na saúde dos sujeitos, podendo afetar tanto a saúde física, quanto a saúde psíquica, e que a forma de dominação proposta por este modo de produção acaba por desenfrear um processo de “loucura” nesses sujeitos, temos que a saúde mental não pode deixar de ser analisada como um campo de atuação do assistente social, que também é manifestação e expressão da questão social.

“Se os problemas sociais<sup>6</sup> podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, agora, na situação de monopolização da ordem econômica e de ajustamento das nações ao imperativo da globalização financeira, as circunstâncias apontam para o aumento dos padecimentos mentais por conta da alienação das relações sociais de trabalho e de vínculos afetivos: além da informalidade no trabalho, há a precarização das relações sociais em todas as formas de institucionalização social. Em termos de trabalho, quem não está desempregado está com medo de ser demitido. E os empregados com contrato de trabalho estável têm que suportar uma grande sobrecarga de trabalho e a sua manipulação econômica por conta de interesses poderosos da ordem globalizadora, monopolista, financista e neoliberal.” (BISNETO, 2009, p.182)

Entendendo que esses problemas sociais são manifestações e expressões da questão social, temos que questão social é produto da desigualdade de classes, que marca a nossa sociedade, através do modo de produção capitalista. Questão social que marca e objetiva a nossa intervenção como assistentes sociais, assim sendo, entende-se que: *“O assistente social não trabalha com fragmentos da questão social, mas trabalha com indivíduos que condensam, nas suas vidas singulares, as dimensões universais e particulares das relações de classe”*. (Iamamoto, 2004, p.55).

Seja na assistência social, na saúde, no sócio-jurídico, nas empresas, ou em qualquer área de ação e intervenção do assistente social, o profissional trabalha com as

---

<sup>6</sup> Aqui, entendo que os problemas sociais fazem parte da questão social e a questão social não se resume aos problemas sociais.

contradições da relação Capital x Trabalho. Nessas relações engendram-se as resistências, em tempos de barbárie. O próximo item apresenta como a institucionalização do “louco” deu-se por vezes como forma de mascarar problemas como pobreza, indigência, falta de moradia, entres outros; fatos que são expressões inequívocas das contradições expressas pela relação Capital X Trabalho.

## 2.2 - O SURGIMENTO DOS MANICÔMIOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO “LOUCO”

Para melhor compreensão da criação dos serviços substitutivos ao manicômio, faz-se necessário compreender como foi a criação dos mesmos e como foi gestado o processo de institucionalização o “louco”. Assim, esse item pretende elucidar tais fatos.

No século XV na Itália e na Espanha inicia-se um processo científico com os primeiros estabelecimentos destinados aos “loucos”. Até o final do século XVII, segundo Foucault (2005), loucura e razão não estavam ainda separadas. Não havia um vazio entre elas. Loucura e não-loucura, razão e “des-razão” estariam confusamente implicadas. Para Foucault (2005), durante a Época Moderna, o renascimento científico, buscou progressivamente cercar a loucura. Assim ocorreu a passagem da experiência medieval da loucura para a atual, que a confina com o estatuto de doença mental. Para Foucault, no século XVIII ocorre a experiência-limite entre a razão e a “des-razão”. Desde então, o homem contemporâneo deixou de se comunicar com o louco. Com o estabelecimento desta divisão originária, a ciência transformou a loucura em um acidente patológico.

No século XVIII surgiu uma espécie de asilos, que abrigavam de forma subumana os loucos. “*O hospício nascia para que o tratamento pudesse recuperar ou corrigir a razão*” (Lucarelli et al., 1995, p.10 ), assim esse cenário do modelo asilar europeu, sobreviveu até a metade do séc. XIX.

Segundo Amarante (1995), até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados “indesejáveis” à sociedade, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos. Portanto, eram lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes absolutistas da época, os pobres que traziam

desconforto para o regime absolutista e que eram ditos como indigentes eram asilados em instituições.

A necessidade de criação de hospitais psiquiátricos no século XVIII evoca a não reflexão de graves problemas do ser humano e da sociedade, esta última que como resposta aos inúmeros “incivilizáveis”, cria instituições de violência que tinham como procedimentos usuais a infligência de sofrimentos físicos e morais àqueles que não se ajustavam ao modelo de modo de produção e sociedade impostas, os mais alterados sofriam torturas e eram imobilizados com lençóis úmidos e choques.

No Brasil, no início do século XVIII, a questão da loucura foi tratada com uma questão estritamente da “medicina” e no qual os chamado “loucos” não possuíam nenhum tipo de escolha, ficando a mercê da benesse da população e de almas caridosas. A forma principal de tratamento era a retirada do convívio social por meio de internações, através do processo de institucionalização.

De acordo com Basaglia,

“A institucionalização é o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem essas regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que através de um processo de regressão e restrição do EU, o induz a um vazio emocional. (BASAGLIA, 1985, p.259)

De acordo com Barrígio (2006), podemos dizer que a institucionalização trouxe inúmeras conseqüências sobre as doenças mentais como, por exemplo, a fragmentação e/ou extinção do convívio familiar; perda da identidade, liberdade; negação da subjetividade e de todos os direitos; incapacidade de exercer a cidadania. E com a fundação do Instituto Franco Basaglia (IFB)<sup>7</sup> novas e diretas formulações de políticas em saúde mental ocorreram a fim de que a institucionalização fosse repensada como um modelo arcaico e incapaz de propor um tratamento humano e com bases de resgate da cidadania dos portadores de transtorno mental.

O Instituto Franco Basaglia:

---

<sup>7</sup> O IFB foi fundado em 1989, no Rio de Janeiro, sendo uma entidade sem fins lucrativos voltada basicamente para a prestação de assessoria, elaboração de pesquisa, informação e divulgação na área de saúde mental. Realiza ainda a promoção de atividades culturais em defesa dos direitos dos usuários de serviços psiquiátricos e, a geração de novas formas de atendimento a pessoa portadora de transtorno mental.

“... É uma instituição civil sem fins lucrativos que atua na área da saúde mental e da reforma psiquiátrica no Brasil. Reconhecido como de utilidade pública municipal, o IFB foi fundado em 1989 no Rio de Janeiro, e tem como sócios profissionais e usuários de serviços de saúde mental. Seu principal objetivo é desenvolver ações estratégicas de incentivo à formulação de políticas públicas que possam resgatar os direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais.” (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 18/09/2007).

Segundo o Instituto Franco Basaglia foi deste modo que surgiu o hospital psiquiátrico, ou manicômio, como instituição de estudo e tratamento da alienação<sup>8</sup> mental. O chamado "tratamento moral" praticado pelos alienistas incluía o afastamento dos doentes do contato com todas as influências da vida social, e de qualquer contato que pudesse modificar o que era considerado o "desenvolvimento natural" da doença. Desta forma, pressupunha-se que a alienação poderia ser mais bem estudada e sua cura poderia ser atingida. Ressalta-se ainda que a institucionalização fazia com que as pessoas fossem retiradas do convívio familiar e ficassem por anos ou até mesmo por toda vida presas, ou como alguns estudiosos afirmam, “em regime de internação” até a morte.

Cabe ainda ressaltar que inúmeras das internações eram compulsórias e que os institucionalizados além de não terem direito de escolha, também não havia outra forma de tratamento, ou de resposta a doença mental.

O poder institucionalizante, por conseguinte,

“é o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que ocorrem quando o doente fechado no espaço angusto da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originariamente sobreposto à doença, não é sempre reversível”. (BASAGLIA 1981, p. 250).

Segundo Basaglia,

“o internamento particular nem sempre interrompe a continuidade da vida do doente; tampouco diminui ou abole de maneira irreversível sua função social. Por

---

<sup>8</sup> Aqueles considerados doentes mentais, aqui não se trata da categoria alienação de Marx.

isso, superado o período crítico será fácil reinserí-lo na sociedade. O poder destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico.” (BASAGLIA 1981, p.250).

O autor explicita claramente o significado da institucionalização à qual o doente mental é submetido à opressão e vítima do abuso de poder dos técnicos. Não se pode negar que os hospitais psiquiátricos eram depósitos insalubres e cruéis e, que os mesmos não reabilitavam e muito menos devolviam a dignidade e promoviam a emancipação do indivíduo.

“O hospital Psiquiátrico passou a existir e florescer a partir da revolução industrial. As fábricas apareceram em grande quantidade e com elas cresceu a classe operária. A marginalidade aumentou assim como aumentaram os problemas sociais e o sofrimento psíquico. Os determinantes do aparecimento da doença mental provocaram o aparecimento das instituições. A nova ordem social precisava estruturar-se e proteger-se contra os chamados doentes mentais; bem por isso internados em instituições fechadas, “totais”, como diz Erving Goffman, onde se vive dia e noite, sob regras e em grupo.”(BRANT 1984, p.85).

Infere-se, portanto, que a problemática da saúde mental tem como suas questões centrais, a internação dos doentes mentais em manicômios visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública.

Assim o processo de institucionalização dos “loucos” no Brasil se deu através da via de marginalização e exclusão, não diferente do que aconteceu na Itália e Espanha. Esta análise pode ser feita através das obras de Franco Rottelli (1990) e Franco Basaglia (1981) dentre outros, que esmiuçaram as estruturas psiquiátricas na Europa e sinalizam para o processo de desinstitucionalização. Os autores sinalizam que os hospitais psiquiátricos eram depósitos de: indigentes, pobres, ex-escravos, ladrões, andarilhos, mendigos, pessoas com desvios de conduta (mulheres não casadas, desvirginadas), portadores de lepra (encarnando o mal e representando o castigo divino, a lepra se espalha rapidamente causando pavor e sentenciando seus portadores à exclusão.), bruxos, possuídos pelo demônio; enfim a “parte podre” que a sociedade queria esconder.

Até o início do século XIX, a assistência médica dispensada aos doentes mentais centrava-se na criação de asilos. As Santas Casas de Misericórdia reservavam locais e celas para os cuidados dos chamados loucos. Segundo Bastos (2007), somente a partir

de 1830, que médicos higienistas começam a pedir medidas de cuidados específicos criticando ao mesmo tempo as formas de tratamento empregadas pelas pessoas dessas instituições. Considerados “fundadores” da Psiquiatria no Brasil, sem que realmente tivessem uma formação psiquiátrica, são citados José Martins da Cruz Jobim, Joaquim Cândido Soares de Meirelles, Luis Vicente de Simoni, Jean –Maurice Faivre e Francisco Xavier Sigaud.

Nos hospitais, os institucionalizados sofriam agressões físicas, morais e psíquicas, comprometendo assim sua desinstitucionalização. Dentro desse espaço esquadrihado, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores.

A atenção específica ao doente mental no Brasil teve início com a chegada da Família Real (1808). Em virtude das várias mudanças sociais e econômicas ocorridas e para que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, fez-se necessário o uso de medidas de controle, entre essas, a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social. Posteriormente, em 1852, é criado o primeiro hospício brasileiro na cidade do Rio de Janeiro – RJ, intitulado Hospício Pedro II, como consequência de protestos médicos pela maneira como as Santas Casas administravam os cuidados aos chamados loucos. A construção desse manicômio segue a orientação e os propósitos da escola alienista francesa.

Com proclamação da República em 15 de novembro de 1889, o Hospício Pedro II é entregue ao Estado, que muda o nome do mesmo para: Hospício Nacional dos Alienados.

Em 1903, a assistência médico-legal aos chamados loucos passa a pertencer à esfera do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que através da Lei nº. 1132 reorganizam a assistência aos “alienados” e que estabelece em seus primeiros artigos que o *“indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”*. (Lei nº1132 de 1903).

Com o desenvolvimento do capitalismo industrial, ocorreu uma grande atração populacional aos centros urbanos, tendo como consequência a proliferação de doenças e epidemias. Assim as péssimas condições de vida em que viviam a classe operária rebateriam no trabalho e reduziriam a produtividade e, conseqüentemente o lucro, preocupando assim os detentores do capital. Cabendo ao Estado assumir alternativas para contribuir no atendimento necessário aos doentes, incluindo as consideradas como

mentais. Todavia, estas não conseguiram atingir as expectativas, mas sim excluí-los, escondê-los em instituições agrícolas, uma vez que, constituíam seres perturbadores aos olhos da sociedade. Com a revolução de 1930 a assistência da saúde mental conquistou espaço através do decreto da lei nº. 3171 (de 02 de abril de 1941) expandida com a lei 05 de julho de 1953. Em 1954 a Lei nº. 2312 que dispunha sobre as normas de proteção à saúde:

”Art.1º é dever do estado, bem como da família defender e proteger a saúde do individuo. Art.2º...  
“Incube a união manter um órgão de saúde e assistência, que realizará inquéritos, estudos e pesquisas sobre as condições e saúde do povo e as endemias brasileiras”. (Lucarelli et al., 1995, p. 15).

Inúmeras foram às modificações no tratamento dos doentes mentais, a conquista e a afirmação dos direitos deu-se através da negação de experiências que eram incapazes de reabilitar, socializar, respeitar, tratar.

Tratando de resgate de cidadania e pensando na realidade posta: precisa se afrontar o sistema:

“... No sentido de que o contrato direto com a eloqüente condição de violências, afrontas injustiças exige que um sistema que produz e permite tais condições seja tratado com violência: **ou se é cúmplice ou se age destrói**” (BASALIA, 1985, p. 10).

Quando nada é feito para garantir os direitos dos portadores de transtorno mental, pode-se afirmar assim como Basaglia (1985) que acabamos sendo cúmplices permitindo que o portador de transtorno mental seja tratado com violência e exclusão; sem condições de vida social, psíquica e política.

Neste item buscou-se apresentar o processo de institucionalização dos “loucos”, no próximo serão elucidadas as protoformas da desinstitucionalização dos mesmos, como novas formas de conceber a saúde mental.

### 2.3 – A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO “LOUCO”

A ciência que reconhecia o “louco” como um indivíduo que necessitava de um aprisionamento e que o coloca dentro de muros, é tomada como debate, ou seja, as formas de hospitalização, de institucionalização são repensadas e analisadas, não é mais a clausura, a distância, a negação do “louco” que irá conceber um novo paradigma de

tratamento para o mesmo, e sim uma leitura dos aspectos apresentados durante a história da loucura e a necessidade de criação de uma nova história, onde o chamado “louco” terá a oportunidade de um tratamento humano, em comunidade, dentro do seio familiar, enfim, saindo do caos dos hospitais, colônias, e diversas formas de prisões para estar em tratamento junto aos que têm assim como o “louco” o direito de ser livre.

Para esta liberdade se concretizar foi e ainda se faz necessário um percurso de quebra de estigmas e de barreiras, como o preconceito, a não aceitação do outro e uma estrutura capaz de sustentar a desinstitucionalização que foi iniciada por Franco Basaglia, médico Psiquiatra, italiano.

Durante o período de 1961-68, Basaglia, iniciou um processo de transformação no Hospital de Gorizia na Itália, com a finalidade de quebra do paradigma de tratamento existente, onde implantou um projeto de Comunidade Terapêutica, neste momento inicia-se um debate sobre o modelo de tratamento existente e a viabilização de novas formas de tratar o “doente mental”.

Através do serviço de Saúde Mental de Trieste, principal unidade psiquiátrica Italiana onde a bandeira do processo de desinstitucionalização e a quebra do paradigma de tratamento existente foram repensados, analisados e remodelados através da visão de Franco Basaglia, a experiência Italiana foi tomada como exemplo a ser seguido mundialmente.

Segundo Amarante e Rotelli:

“Após um ano de trabalho em Parma, Basaglia chega a Trieste em outubro de 1971. Aí começa a verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos tratamentos violentos, abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. o trabalho desenvolvido em Trieste não propugnava a suspensão dos cuidados aos que deles necessitavam, mas a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender, de lidar e de tratar a loucura. E ainda “a negação da instituição” não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos a margem da normalidade social.”(AMARANTE e ROTELLI, 1995, p. 43-44).

Podemos assim inferir que a experiência de Gorizia e de Trieste foi um passo inicial para a desconstrução do manicômio, bem como as formas violentas de institucionalização.

Tomaz (2009), embasada em estudos de Barros (1994) e Rotelli e Amarante (1992), expõe que o movimento de Reforma Psiquiátrica chegou ao Brasil, em meados dos anos de 1970; momento em que Franco Basaglia fez três visitas ao Brasil:

“Das três visitas que Basaglia fez ao Brasil na década de 70, mais precisamente nos anos de 1975, 1978 e 1979, a última teve uma maior repercussão em função de o momento político ser favorável à maior participação social e política. O contexto de abertura política que o país vivia naquele momento, a reorganização partidária e sindical e o movimento pela anistia formaram o quadro político para os movimentos sociais e pela reivindicação por maior participação social e política. no campo da saúde, ganhou sempre destaque o processo de mobilização, através do Movimento pela Reforma Sanitária, que segundo Bravo (2006, p.32) “consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura da sociedade”, e no campo específico da saúde mental surgiram as reivindicações contra o cotidiano de violência e segregação no interior das instituições psiquiátricas. (TOMAZ, 2009, p. 95-96).

As visitas de Basaglia marcaram momentos de denúncia, mobilização e luta por uma nova política de saúde mental, principalmente a de 1979, ano que foi criado em diversos lugares do Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM.

“O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.” (BRASIL, 2005, p.7).

São apontados, em todas as décadas, muitos aspectos considerados "desumanizantes", relacionados a falhas no atendimento dentro do contexto de tratamento em saúde mental. Cabe ressaltar que até a década de 80, o modelo de

assistência à saúde no país era centrado no atendimento curativo, especializado, individual, tendo como principal espaço para as ações de saúde, o hospital, ou seja, em um modelo institucionalizante. Além disso, não se constituía como direito de todos.

Amarante, Rotelli dentre outros, apontam que a loucura no Brasil e no mundo foi e é considerada uma indústria de dinheiro. A fórmula de maximizar o lucro através de um doente mental foi denunciada no Brasil a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, a “indústria da loucura” tem como precursores donos de clínicas psiquiátricas e a indústria farmacêutica, os rumos mercantilistas que o tratamento proposto ao doente mental possuíam foram denunciados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, através de médicos como Ulysses Pernambucano e Luiz Cerqueira.

De acordo com Rotelli e Amarante (1992), movimento de Reforma Psiquiatria brasileiro propôs uma nova abordagem de tratamento aos “doentes mentais”, e ainda propõe, pois ainda se está em processo de consolidação e efetivação dos pressupostos dessa reforma, e é atual a luta por uma sociedade sem manicômios.

Cabe ainda ressaltar que a reforma psiquiátrica brasileira, a partir de 1987 teve uma grande ampliação de debates, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental e com o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, esse último com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, lema este que os atuais trabalhadores em saúde mental, familiares de portador de transtorno mental e portadores de transtorno mental conhecem bem, pois atualmente é bastante discutido nos espaços de expansão, consolidação e efetivação da reforma psiquiátrica brasileira.

“A Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária”. (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA 18\09\2007).

A partir de então, a Reforma Psiquiátrica começa a ser implementada. Com uma lógica multiprofissional, privilegiando o tratamento terapêutico aliado a inserção social, a Reforma Psiquiátrica é defendida por familiares dos portadores de transtorno mental, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e outros profissionais da Saúde.

“O processo de desinstitucionalização iniciou-se a partir da década de 90, como consequência dos movimentos de luta por uma sociedade sem manicômios. Estes começaram a ganhar força maior após as Conferências Nacionais de Saúde Mental, bem como a Declaração de Caracas que determinaram melhorias nos hospitais, diminuição dos leitos e criação dos núcleos e centros de apoio aos que sofrem de transtornos mentais (NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial e CAPS – Centro de Apoio Psicossocial), que pregavam uma desospitalização gradativa”. (COSTA et al., p.07).

Percebemos que a não garantia de direitos do portador de transtorno mental e a necessidade de lutar pela garantia destes são expressões da Questão Social, ou seja, a não efetivação de uma política pública de saúde mental de qualidade e amparado pelas legislações que a legitimam, é um atenuante do atual processo que o capitalismo está, e isto é facilmente comprovado quando se analisa que o portador de transtorno mental não é produtor de mais-valia, ou seja, o mesmo não é conveniente ao sistema burguês instalado e em vigor. O que temos é que o portador de transtorno mental não produz como na lógica do capital, o processo de produção do mesmo diferencia-se do processo de acumulação que a ordem do capital impõe.

O portador de transtorno mental só é garantidor de recursos financeiros quando o mesmo está em clausura, visto que a indústria farmacêutica e os donos de clínicas psiquiátricas lucram, seja na manutenção desse usuário com grande quantidade de medicação, e/ou internações por longos períodos que não oferecem ao portador de sofrimento mental a possibilidade de socialização.

Já que o mesmo “é inútil” para o mercado de trabalho, deve-se “arrumar” instituições como os hospitais psiquiátricos onde seus administradores e/ou donos tratam os portadores de transtorno mental como verdadeiro “resto” da sociedade, retirando com o tratamento deles o lucro que os mesmos não produzem vendendo/explorando sua força de trabalho.

Com o processo de desinstitucionalização torna-se necessário investimento de novos recursos de atenção à saúde mental com o objetivo de diminuir as demandas de internação psiquiátrica e assim possibilitar um tratamento ambulatorial, setorizado com vistas a uma não reincidência do quadro de internação e de isolamento.

Antes da desinstitucionalização tinha-se o princípio que o isolamento era uma forma eficaz e única para absorção e resolução do “problema dos loucos”. Porém os avanços na medicina e nas ciências em geral e as novas formas de enfrentamento da

loucura foram emergindo, tornando a antiga solução como um problema de saúde pública e de interesse de todos.

Os principais atores no processo de desinstitucionalização são os técnicos que muitas das vezes perpetuaram e perpetuam o modelo de asilamento e de entrega dos doentes mentais a ótica de exclusão. Os mesmos necessitam de uma contínua qualificação profissional, enfatizando a questão da cidadania do doente mental, e deve estar aberto às mudanças propostas para que o doente mental tenha uma nova chance de inserir-se socialmente. Desde o final dos anos 1970, o Brasil vem sentindo os ares de uma reformulação no atendimento aos doentes mentais, pode-se afirmar que não apenas o Brasil segue esse fluxo de reformulação, mas todo o globo, inclusive a Argentina, conforme afirma Alberdi:

“Si al principio hanblámos de rehabilitar las reformas, debemos también rehabilitar los contenidos instituyentes de nuestra historia en una genealogia que haga justicia so pena de quedar anclados y los contenidos conservadores de nuestra historia, como la Coordinadora de Trabajadores de la Salud Mental o los movimientos de Plataforma y Documento, no para ritualizarlos sino para promover su actualización para la construcción de un nuevo disenso, en el que la propia herramienta se complejice e incluya nuevos actores, como los usuarios, sus familiares, artistas, enfermeiros. Trabajadores sociales, etc.” (ALBERDI,2006, p.40.)

A humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante na conjuntura atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão dos métodos habituais, com ênfase na criação de espaços de tratamento menos alienantes que valorizem a dignidade do usuário. Na possibilidade de resgate do humano é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde. A humanização se faz necessária considerando que nos serviços de saúde há situações "desumanizantes", faz-se importante lembrar que o próprio Capital é desumano.

A partir do movimento da Reforma Sanitária, nos anos 1980, começa a se delinear um novo projeto de saúde que passa a valorizá-la como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado, envolvendo princípios como a equidade do atendimento, a integralidade da atenção e a participação social do usuário. E estes direitos são amparados pela Constituição Federal de 1988, onde se pode vislumbrar a defesa do usuário de saúde mental. Assim, é enfocada a humanização, a partir da década de 1980,

a relacionam à possibilidade de constituir um projeto que garante a operacionalização de um serviço de saúde que considere a dignidade do usuário, como cidadão.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Reforma Sanitária fazem parte de um momento histórico brasileiro onde:

“(...) ampliou-se o debate sobre as políticas sociais, no contexto das lutas pela democratização do Estado e da sociedade no Brasil. Desde os anos 80 é possível observar mudanças decorrentes da atuação de novos interlocutores no campo das políticas sociais.” (RAICHELIS, 2006: p. 73)

O movimento da Reforma Sanitária conseguiu entre outras, que a 8ª Conferência Nacional de Saúde se tornasse um marco para a saúde pública no Brasil. Conferência que foi marcada pela proposição do Sistema Único de Saúde e a possibilidade de efetivar o projeto da Reforma Sanitária.

“Essa conferência representou um marco, pois introduziu a sociedade no cenário da discussão de saúde. Os debates saídos dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da saúde transbordou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (Rodrigues Neto, 1988). Alguns desdobramentos ocorreram depois, destacando-se as conferências de temas específicos (**Saúde Mental**<sup>9</sup>, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde do Índio); criação da Comissão Nacional da reforma Sanitária (CNRS) (...)” (BRAVO, 2007: p. 89).

Além das conquistas no que tange a participação da população em espaços como as conferências, tem-se ainda, no texto Constitucional de 1988, conquistas almejadas através do movimento de Reforma Sanitária, movimento que contou com a participação de diversos atores que possuíam o objetivo de construir um modelo de saúde que fosse público; que tivesse a participação da população através mecanismos de gestão, como os Conselhos de Saúde; entre outras características.

“O texto constitucional, (...) inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido provável atender a todas as demandas quando elas se confrontavam com

---

<sup>9</sup> Grifos meus.

interesses empresarias ou de setores do próprio governo (...).” (BRAVO, 2007: p.93).

Vale ressaltar, que o Movimento de Reforma Sanitária, possibilitou ao Movimento de Reforma Psiquiátrica a criação de dispositivos legais que buscavam uma quebra de paradigmas com o modelo psiquiátrico existente, um exemplo é a Lei Paulo Delgado, e somente com a criação do SUS, pode-se pensar em formas de tratamento gratuitas, humanas e de qualidade para os portadores de transtorno mental.

No próximo item têm-se como está configurada a Lei Paulo Delgado e quais suas implicações para o Movimento de Reforma Psiquiátrica.

## 2.4 - LEI PAULO DELGADO

Nesse item apresenta-se a Lei Paulo Delgado, que propiciou materialidade a algumas propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Apesar de não ser um consenso entre as partes interessadas (doentes mentais e seus familiares, governos e hospitais), o projeto lei de Paulo Delgado propunha uma mudança radical no sistema psiquiátrico brasileiro. Como será exposto a seguir.

Em 1989 o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei 3.567/89 onde propôs a "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais" onde suscitou várias discussões.

“Esse projeto, que é, ao mesmo tempo, resultado dessa luta política iniciada por aqueles movimentos, vem a contribuir de forma decisiva para o crescimento da consciência crítica quanto a atual situação psiquiátrica brasileira, favorecendo a ampliação do debate sobre o pensamento antimanicomial não apenas entre os técnicos e usuários, mas também entre vários segmentos da sociedade civil brasileira” (Amarante e Rotelli, 1992, p. 49-50.)

O fechamento do hospital Anchieta (Santos-SP) em 1989 foi um marco da mobilização de técnicos, usuários e familiares no sentido da implementação dos sistemas locais de saúde que favorecem a implantação do modelo Antimanicomial, mostrando as reais possibilidades de uma sociedade sem manicômios.

A Lei Paulo Delgado, que previa o direcionamento de recursos públicos ao atendimento não-manicomial, impedia a construção de novos hospitais psiquiátricos e

obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. O Senado, entretanto, somente aprovou o projeto em 2001, após intensos debates com os profissionais de saúde.

Durante o período de tramitação da Lei Paulo Delgado, outras formas e dispositivos de luta foram utilizados, como a “Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região”, que aconteceu em novembro de 1990, em Caracas, onde representantes de diversos países formularam a Declaração de Caracas, onde existe uma sinalização clara que os direitos humanos e civis dos portadores de transtorno mental sejam respeitados.

A Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001 – ANEXO 04, regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desospitalização, a serem implementados através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial.

“É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.” (BRASIL, 1995: 55-56)”

A Lei tem como objetivo principal humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso, e mesmo assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente. Há a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias. A proposta é privilegiar a convivência do

paciente com a família. A Lei prioriza a humanização no tratamento psiquiátrico que amplia e apóia o debate da Luta Antimanicomial.

Neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente dar a entender a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um impossibilitado e de que a inclusão social é mais eficaz para a sua recuperação. A reforma psiquiátrica elegeu os agentes essenciais neste processo: os técnicos e a família, que passam a serem peças principais. Neste significado, a política de saúde mental está sendo implementada a partir de uma agenda empenhada com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e na produção da autonomia das pessoas. Assim sendo: *“A Lei Paulo Delgado juntamente com III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, e o processo de Reforma Psiquiátrica, passam a dar maior visibilidade à política de saúde mental na esfera federal”*. (COSTA et al., p.07).

Vislumbra-se efetividade da Lei quando se avalia o crescimento exponencial do número de CAPS pelo país, assim como de outros serviços substitutivos ao modelo manicomial. A criação e expansão desses serviços é tema elencado no próximo item deste trabalho.

## 2.5 - SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS AO HOSPITAL PSQUIÁTRICO.

A extinção dos “manicômios” parte do viés de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação e este processo passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90 e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde.

Como estratégia a esse processo de desinstitucionalização, o Ministério da Saúde definiu como objetivos dos Centros de Atenção Psicossocial a oferta de atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

“A desospitalização vem avançando através de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como por exemplo, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Os

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido um outro grande avanço no processo de Reforma Psiquiátrica, tendo como finalidade prestar um atendimento clínico diário, evitando assim internações em hospitais. Em todos os municípios do Brasil há uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais que é organizado pelos CAPS. Essas instituições têm exercido papel estratégico nesse processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois é sua função prestar atendimento diário e diverso (como atendimento clínico e reinserção social através do exercício da cidadania e do acesso aos direitos civis) a pessoas que sofrem de transtornos mentais, evitando assim a inserção destas nos hospitais psiquiátricos. Não devem funcionar, portanto, como complemento dos hospitais psiquiátricos, mas como substituto desses.” (COSTA et al., p.07 – 08).

As residências terapêuticas são alternativas de moradia para pessoas internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade, ou seja, o serviço é ofertado a aqueles que a muito perderam os vínculos familiares, comunitários, que perderam sua identidade social e histórica. O Serviço Residencial Terapêutico vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico em conjunto com os demais programas existentes na área de saúde mental. As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade.

Existem ainda outros programas que tem a proposta de oferecer retaguarda para o fechamento dos “manicômios” como os programas “De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)” e com estes vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. O Programa de Volta para Casa criado pela Lei Federal nº 10.708/2003, tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social de pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos por meio do pagamento mensal de um auxílio reabilitação. Para receber esse auxílio, a pessoa deve ser egressa de hospital psiquiátrico e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

Estes serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico têm suporte legal na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e também está respaldado em Portarias que definem as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, e que consideram a necessidade de atualização das normas constantes nas mesmas, assim como a precisão de investir recursos novos e ampliação dos mesmos.

Ações para desenvolvimento da nova política de Saúde Mental segundo o Ministério da Saúde:

- **Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados:** o processo de mudança do modelo assistencial que vem sendo conduzido visa à redução dos leitos hospitalares de hospitais psiquiátricos de forma planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

- **Qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar:** os serviços de saúde como, centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas em saúde. São, portanto, propostas que visam o oferecimento de um conjunto diversificado de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial.

- **Programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica:** o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental para além das universidades. Requer o estabelecimento de bases para criar programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma.

- **Implantação do Programa de Volta para Casa:** este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216 de 06/04/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental ao determinar que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou que se caracterize situação de grave dependência institucional sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Este Programa faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Como estratégia principal para a implementação do Programa foi instituído o

auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, conforme Lei nº 10.708 de 31/07/2003 e Portaria nº 2.077/GM de 31/10/2003, que regulamenta a referida Lei.

- **Implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas:** a Lei nº 10.216 de 06/04/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde: garante aos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência. Neste sentido a edição da Portaria nº 2.197 de 14/10/2004 vai ao encontro dessa diretriz, ao redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Estabelece como partícipes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, unidades de atenção básica, CAPS ad, hospitais gerais de referência, a rede de suporte social (associações de ajuda mútua) e, como características principais, estar implicada a rede de cuidados em DST/AIDS e adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades.

- **Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica:** a atenção básica em saúde se constitui como um espaço propício aos serviços com base territoriais que visam buscar modificações sociais, superar o viés da simples assistência e incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais.

Dentre os principais instrumentos que definem a Política Nacional de Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde, incluem-se:

- a) Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS / SUS) 2001/2002; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

- b) Lei nº 10.216 de 06/04/2001; redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

- c) Lei nº 10.708 de 31/07/2003; Lei do Programa de Volta para Casa. Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

d) Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992; regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Estabelece normas para o funcionamento de serviços ambulatoriais e hospitalares e define como co-responsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos, os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados inclusive a complementá-la.

e) Portaria GM nº 106 de 11/02/2000; cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Esta Portaria tem papel importante na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura de acolhimento ao paciente egresso de internação psiquiátrica de longa permanência e sem suporte sócio-familiar.

f) Portaria GM nº 251 de 31/01/2002; estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os 39 hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.

g) Portaria GM nº 336 de 19/02/2002 – ANEXO 05; acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

h) Portaria GM nº 2.391 de 26/12/2002; notificação das internações psiquiátricas involuntárias; define critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei 10.216.

i) Portaria GM nº 2.077 de 31/10/2003; define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa de Volta para Casa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos

j) Portaria GM nº 52 de 20/01/2004; cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 reafirmando a diretriz de redução progressiva de leitos.

k) Portaria GM nº 1.608 de 03/08/2004; constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, tendo em vista, a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social.

l) Portaria GM nº 1.935 de 16/09/2004; destina incentivo financeiro antecipado para Centros Atenção Psicossocial em fase de implantação.

Elencar as portarias, normas e leis que possibilitam a criação dos serviços substitutivos possibilita compreender um pouco melhor onde encontra-se a criação dos CAPSs, pois como já explicitado na introdução desse trabalho, o objeto principal desse estudo é a intervenção do assistente social em um serviço substitutivo, que é o CAPS que é uma estratégia de concretização da reforma psiquiátrica, oferecendo ao portador de transtorno mental a possibilidade de sua reinserção em seu território, oferecendo nesse território as condições necessárias de atendimento ao portador de transtorno mental e sua família,

Os CAPS criados pela Portaria GM 224/ 92 foram definidos como:

“(...) unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita, definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 1992).

Assim sendo, o equipamento CAPS é um local de referência e tratamento para os indivíduos que sofrem com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um serviço que ofereça a esse indivíduo a possibilidade de tratamento, acompanhamento multidisciplinar, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a reinserção e/ou inserção na comunidade, ao trabalho, enfia a uma vida ativa na sociedade.

Cabe ressaltar que os CAPS devem estar articulados com toda a rede de proteção sócio-assistencial do município a fim de que se possa realmente oferecer ao indivíduo as possibilidades citadas acima.

Os CAPS têm uma proposta de trabalho que compreende atender o usuário em seu território, a efetivação dessa proposta tem sido alcançada paulatinamente, como será apresentado no próximo item, quando se apresenta dados de como está configurada a Reforma Psiquiátrica nos dias atuais e como está distribuída a cobertura de CAPS nacionalmente.

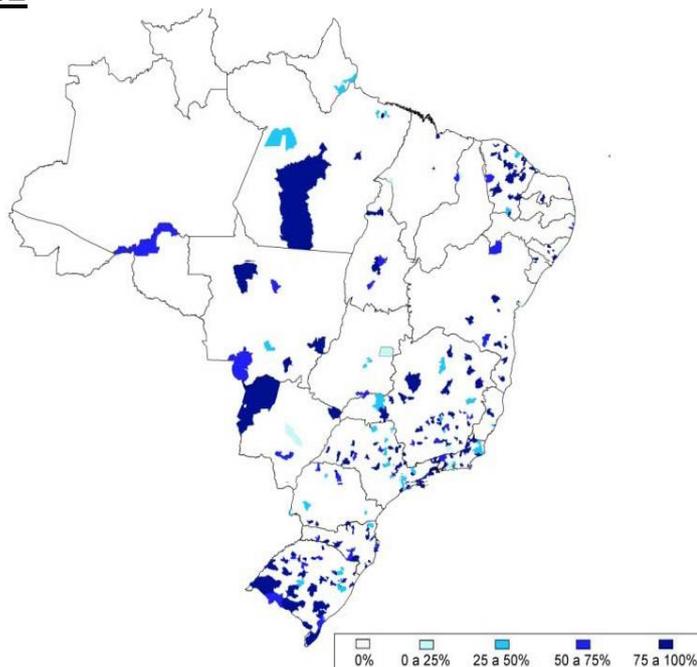
## 2.6 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA HOJE

Em 2011, dez anos após o sancionamento da Lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, lei essa que possibilitou a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalar manicomial, tem-se desenhado em nosso país um mapa de expansão dos diversos serviços substitutivos como: as Residências Terapêuticas – SRT, os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, entre outros. A expansão dos CAPS pode ser vislumbrada no mapa abaixo que o Ministério da Saúde apresentou em julho de 2011:

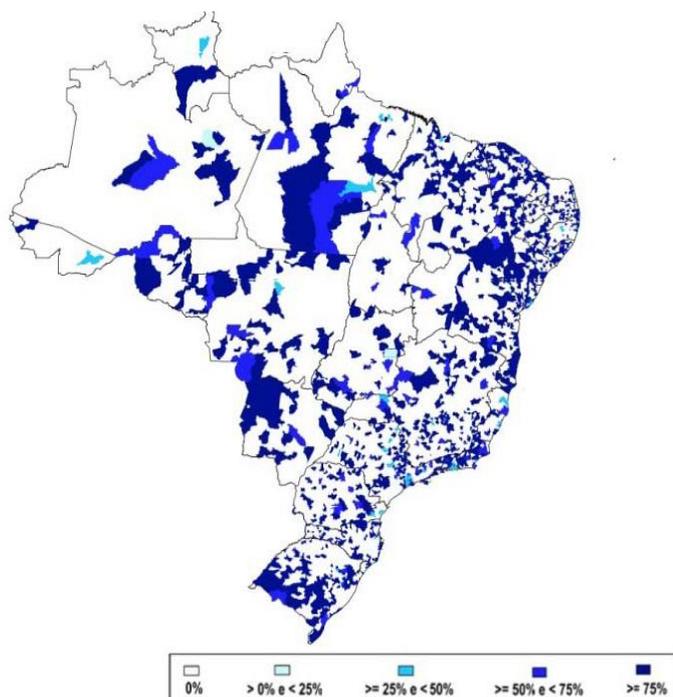
### Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002 e julho de 2011 (parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)

Os mapas abaixo registram a expansão da cobertura em saúde mental de dezembro de 2002 a julho de 2011. A escala em azul indica a cobertura dos municípios (Quanto mais escuro melhor a cobertura).

#### 2002



**2011**



---

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Ressalta-se, que a criação dos novos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico não garante por si só a efetividade da Reforma Psiquiátrica, entende-se que a Reforma é um processo gradual e em curso, e que para sua efetivação de fato, faz-se necessário estruturar todo um aparato caracterizado pela rede sócio-assistencial, mobilizando todas as políticas setoriais por onde o portador de transtorno mental poderá transitar, políticas como Assistência Social, Cultura, Trabalho, Educação, Esporte, entre outras.

Para construir esse trabalho intersetorial a última Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada entre os dias 27 de junho a 1º de julho de 2010, teve como tema: “Saúde Mental – direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” e como três eixos estratégicos a discussão de: Saúde Mental e Políticas de Estado; Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; e Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

Percebe-se que a proposta da Conferência possibilitou um debate sobre a construção de uma rede de atenção psicossocial que pudesse romper com os muros da saúde, e para a criação, consolidação e fortalecimento dessa proposta, foram convidados para a conferência diversos profissionais das áreas da Assistência Social, Direitos Humanos, da Justiça, Trabalho, Cultura, Esporte e da Educação, na busca de criação e

fortalecimento dessa rede, ressaltando o compromisso de todos com os portadores de transtorno mental.

A necessidade de criação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial é um dos desafios encontrados na contemporaneidade pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, hoje se tem ainda o desafio de mudar a cultura manicomial e a forma de lidar com as questões ligadas a saúde mental, cultura e forma essas que estão arraigadas durante séculos na sociedade:

“A criação dessa rede, entretanto, não garante, por si só, a transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, pois a desconstrução da ordem manicomial excludente passa necessariamente por uma contestação radical da nossa relação com o chamado “louco” (DUARTE, 2009), enraizado em nossa cultura profissional e institucional da vida social.” (DUARTE, 2010, p.188).

O município de Juiz de Fora não está alheio as discussões que perpassam a política de saúde mental nos âmbitos federais e estaduais, e também fez a discussão sobre a intersetorialidade na saúde mental, na IV Conferência Municipal de Saúde Mental realizada nos dias 8, 9 e 10 de abril.

Apesar dos avanços na expansão dos CAPS, das RST, etc. temos hoje ainda uma disputa entre dois modelos na saúde: *“o projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90”* (BRAVO, 2006, p. 101).

Na saúde mental, essa disputa é vislumbrada quando se analisa a precariedade com que alguns CAPS estão trabalhando, com equipes reduzidas, com equipes incompletas, com falta de recursos para oficinas, com capacidade máxima de usuários, enfim, percebe-se que não basta apenas abrir um CAPS, faz-se necessário mantê-lo.

Hoje se corre o risco de cair na falácia do manicômio quando se pensa em atendimentos a usuários de álcool e outras drogas, principalmente com advento do crack, que tem sido enfrentado em alguns municípios com internação compulsória. Tem-se um retorno a prática manicomial, mais uma vez uma política e uma intervenção de segregação está em pauta, e o retorno a práticas manicomiais não parece distante da realidade.

A necessidade de se fazer uma política intersetorial é mais uma vez colocada em pauta, afinal precisa-se de uma rede sócio-assistencial para atender o usuário de crack, que muitas vezes não tem mais vínculos com familiares e torna-se morador de rua.

Faz-se necessário um debate sobre os rumos da Reforma Psiquiátrica em nossa categoria profissional, vide que há uma possibilidade de retorno e/ou reafirmação de práticas conservadoras.

O Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, do estado do Rio de Janeiro na edição nº 61 da PRAXIS<sup>10</sup> discute o uso de drogas e internação compulsória, como sendo um retorno a política manicomial, em entrevista a PRAXIS, a assistente social da FIOCRUZ, Conceição Robaina pontuou o que verificamos no dia a dia dos portadores de transtorno mental e dos CAPS:

“o que ocorre é que no Brasil a política de saúde mental (como as demais) vem sendo implementada pelo viés neoliberal: fecham-se leitos de internação permanente, mas não se criam equipamentos substitutivos. O número de CAPS (...) de atenção 24 horas que dispõem de leitos para internação dos usuários acompanhados) são insignificantes.” (ROBAINA in PRAXIS, 2011: p.03).

A fala de Robaina é pertinente, a política de saúde mental também sofre com os ajustes neoliberais. Há uma discussão sobre qual o melhor atendimento no que se refere ao atendimento ao usuário de crack, e os CRESS têm feito debates sobre o assunto e se posicionado.

Tem-se hoje uma política de enfrentamento ao uso de crack na cidade de São Paulo, que possui como recursos a violência e a internação compulsória, tais recursos, que foram utilizados durante anos e que já foram verificados como ineficientes e incapazes de darem respostas de tratamento necessário para aos usuários de álcool e outras drogas. Precisa-se debater sobre essas experiências que “limpam” as cidades e “retiram” da visão da sociedade um problema de saúde pública, que está gritando por medidas estruturais e não paliativas.

Não podemos perder de vista a disputa dos projetos de saúde citados acima, e entender que o projeto ético-político hegemônico do Serviço Social tem um compromisso com o público, com a esfera do Estado, e visa o fortalecimento de uma saúde pública e de qualidade, ou seja, tem o compromisso com o projeto da Reforma

---

<sup>10</sup> Jornal do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS da 7ª Região.

Sanitária e também com a Reforma Psiquiátrica, objetivando uma saúde pública para todos.

Netto ao discutir o projeto ético-político<sup>11</sup> do Serviço Social pontua com que posicionamentos que o mesmo pactua:

“(...) ele se posiciona a favor da *equidade* e da *justiça social*, na perspectiva da *universalização* do acesso a bens e serviços relacionados às políticas e programas sociais; a *ampliação* e a *consolidação da cidadania* são explicitamente postas como *garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras*. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente *democrático* – considerada a *democratização* como *socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida*.” (NETTO,2006: p.155).

Enfim, os desafios na consolidação da Reforma Psiquiátrica são muitos, mas há também uma gama de possibilidades, principalmente quando se pensa em criação de uma rede, para dar apoio e suporte não somente aos usuários da saúde mental, mas aos profissionais que terão não só para onde encaminhar, mas terão possibilidades reais de intervenção; quando se tem uma série de leis, resoluções, normas operacionais, pactos, que nos oferecem um aparato legal e institucional na luta pela defesa de uma saúde pública e de qualidade; assim como um Código de Ética<sup>12</sup> que possui em seus princípios fundamentais a defesa da democracia, o posicionamento em favor da equidade e justiça social, dentre outros elementos que asseguram ao profissional uma intervenção que vise à consolidação da esfera pública estatal.

Há um longo caminho a se percorrer na consolidação da Reforma Psiquiátrica, mas já dizia o poeta: “o caminho só se faz caminhando”.

Encerra-se esse capítulo tendo como entendimento que há um projeto em curso, e que para a efetivação dos princípios desse projeto, faz-se necessário a incorporação de vários atores, entre eles, dos profissionais de Serviço Social, inserção essa que será trabalhada no próximo capítulo.

---

<sup>11</sup> O projeto ético-político será trabalhado no capítulo 3, ao analisar os dados coletados na entrevista.

<sup>12</sup> Código de Ética de 1993.

### III. Capítulo II: SAÚDE MENTAL EM DEBATE

“Apenas quando somos instruídos pela realidade é  
que podemos mudá-la.”

Bertolt Brecht

Este capítulo traz os elementos para apreensão sobre a o surgimento do Serviço Social como profissão e sobre a incorporação do profissional de Serviço Social na Saúde Mental, com suas primeiras intervenções higienistas até os dias atuais. O capítulo traz ainda, como está estruturada a política setorial saúde mental em Juiz de Fora, que afinada com algumas propostas da Reforma Psiquiátrica possui serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, como residências terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

#### 3.1 – GÊNESE HISTÓRICA DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O Serviço Social no Brasil surge, logo no início da década de 1930, tendo como seu fundamento a doutrina da Igreja Católica, que naquele período movimentava-se na busca da recristianização da ordem burguesa:

“O movimento de “reação católica” é respaldado em uma vasta rede de organizações difusoras de um projeto de recristianização da ordem burguesa, sob o imperativo ético do comunitarismo cristão, exorcizando essa ordem de seu conteúdo liberal. A Igreja luta, ainda, ela legitimação jurídica de suas áreas de influência dentro do aparato do Estado.” (IAMAMOTO, 2004: p. 18).

Faz-se necessário ressaltar, que se deve relacionar o surgimento do Serviço Social “*com as mazelas próprias à ordem burguesa, com as seqüelas necessárias dos processos que comparecem na constituição e no envolver do capitalismo, em especial aqueles concernentes ao binômio industrialização/urbanização, tal como este se revelou no curso do século XIX.*” (NETTO, 1992: p.13).

Com o agravamento das expressões da Questão Social, a classe operária mobiliza-se a fim de que o Estado, a burguesia dominante e a Igreja Católica debatam e busquem alternativas de enfrentamento da Questão Social. A Igreja católica faz esse debate tendo como base material às encíclicas papais, onde estava estabelecido que “*Deus é a fonte de toda justiça, e apenas uma sociedade baseada nos princípios*

*crístãos pode realizar a justiça social. A intervenção do Estado na “questão social”  legítima, já que este deve servir ao bem comum.”* (IAMAMOTO, 2004: p. 18). É esse cenário e contexto de “debate cristão” sobre a Questão Social que se tem os pilares doutrinários do Serviço Social: *“A Igreja deve compartilhar com este a atuao da “questão social” na tarefa da recristianizao da sociedade através de grupos sociais básicos, especialmente a família.”* (IAMAMOTO, 2004: p. 19). Portanto:

“Os referenciais orientadores do pensamento e da ao do emergente Serviço Social brasileiro tem sua fonte na Doutrina Social da Igreja, no ideário franco-belga de ao social e no pensamento de São Tomás de Aquino (séc. XII): o tomismo e o neotomismo (retomada em fins do século XIX do pensamento tomista por Jacques Maritain na França e pelo Cardeal Mercier na Bélgica tendo em vista “aplicá-lo” às necessidades de nosso tempo).” (YAZBEC, 2009: p. 06).

Ao buscar as rzes históricas da profissão de Serviço Social tem-se que:

“(...) o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formao doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no ‘mundo temporal’, nos inícios da década de 30.” (IAMAMOTO, 2004: p.18).

Iamamoto & Carvalho (2006) expõem que o surgimento do Serviço Social está ligado à criao de institutos e obras as Igreja Católica, como a *“Associao das Senhoras Brasileiras (1920), no Rio de Janeiro, a Liga das Senhoras Católicas (1923), em São Paulo(...) fundao, em 1922 da Confederao Católica – precursora da Ao Católica”* (...) (Iamamoto & Carvalho 2006: p.166 e 167), entre outras.

Ressalta-se:

“A importância dessas instituioes e obras, e de sua centralizao, a partir da cpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ao concreta é extremamente limitada, se seu conteúdo  assistencial e paternalista, será a partir do seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ao Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social”. (IAMAMOTO & CARVALHO 2006: p.167).

Assim sendo, tem-se que

“O Serviço Social aparece ao militantes desses movimentos como uma *alternativa profissionalizante às suas atividades de apostolado social*, num momento

de profundas transformações sociais e políticas. A Ação Social e a Ação Católica logo se tornam uma das fontes preferenciais de recrutamento desses profissionais. A profissão não se caracteriza apenas como uma nova forma de exercer a caridade, mas como forma de intervenção ideológica na vida da classe trabalhadora, com base na atividade assistencial; seus efeitos são essencialmente políticos; o enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mútua colaboração entre capital e trabalho.” (IAMAMOTO, 2004: p.20).

Iamamoto & Carvalho (2006) observam que o Serviço Social surge como desdobramento Ação Social e da Ação Católica, como um departamento especializado da Ação Social, portanto, o:

“Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS) é a manifestação original do Serviço Social no Brasil, surge em 1932 (...) Aparece como condensação da necessidade sentida por setores da Ação Social e Ação Católica – especialmente da primeira – de se tornar mais efetiva e dar maior rendimento às iniciativas e obras promovidas pela filantropia das classes dominantes paulistas sobre o patrocínio da Igreja e de dinamizar a mobilização do laicato.” (IAMAMOTO & CARVALHO 2006: p.168).

A primeira escola de Serviço Social no Brasil surge em São Paulo em 1936, após o empenho do CEAS em criar e fortalecer grupos como da Juventude Feminina Católica. Surge como uma profissão exclusivamente feminina, pois no discurso conservador a mulher teria uma “*vocação natural (...) para as tarefas educativas e caridosas.*” (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006: p. 171). As mulheres teriam a:

“(...) *consciência do posto que cabe à mulher na preservação da ordem moral e social e o dever de tornarem-se aptas para agir de acordo com suas convicções e suas responsabilidades.* Incapazes de romper com essas representações, o apostolado social permite àquelas mulheres, a partir da reificação daquelas qualidades, uma participação ativa no empreendimento político e ideológico de sua classe, e da defesa de seus interesses.” (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006, p. 171 e 172).

Os requisitos para ser tornar assistente social estavam embebidos na perspectiva conservadora:

“O Assistente Social deveria, assim: ser uma pessoa da mais íntegra formação moral, que a um sólido preparo

técnico alie o desinteresse pessoal, uma grande capacidade de devotamento e sentimento de amor ao próximo; deve ser realmente solicitado pela situação penosa de seus irmãos, pelas injustiças sociais, pela ignorância, pela miséria, e a esta solicitação devem corresponder as qualidades pessoais de inteligência e vontade. Deve ser dotado de outras tantas qualidades inatas, cuja enumeração é bastante longa: devotamento, critério, senso prático, desprendimento, modéstia, simplicidade, comunicatividade, bom humor, calma, sociabilidade, trato fácil e espontâneo, saber conquistar a simpatia, saber influenciar e convencer”. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006: p. 221).

Assim, as “boas moças” que pleiteavam vagas na Escola de Serviço Social em São Paulo, eram investigadas, a fim de concluir se as mesmas eram idôneas e se poderiam ser assistentes sociais. Nesse momento tem-se configurado uma intervenção embasada em valores morais e religiosos:

“(…) a forma de intervenção junto à população cliente guarda relação ao tipo de educação familiar e religiosa a que estão sujeitas essas *moças da sociedade*: o recalque dos elementos materiais em função de valores espirituais, a vigilância e repressão em relação aos instintos, a infantilização etc. Esses elementos de autoritarismo e castração de sua educação se reproduzem no trato com a população, que passa a ser objeto de sua assistência: autoritarismo, infantilização, intransigência com o que consideram irracional ou imoral no seu modo de vida. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006: p. 218).

Iamamoto & Carvalho (2006) destacam que na formação das primeiras assistentes sociais a moral era primordial:

“A formação moral seria o coroamento do trabalho de preparação do Assistente Social, pois, na falta de uma formação moral solidamente edificada sobre uma base de princípios cristãos, a ação seria falha, devido à ausência dos elementos que garantem uma ação educativa, que é a visada pelo Serviço Social”. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006: p. 223-224).

Esse modo de “formar” e “educar” as assistentes sociais foi reproduzido nas demais escolas que foram sendo abertas. Ortiz (2007) elucida que quando se cria as escolas tem-se um movimento que busca romper com o viés caritativo que permeava as práticas dos grupos católicos, romper, pois segundo a autora há um novo objetivo em se fazer a “caridade” em um novo momento histórico, político, financeiro, onde há um chamamento para os profissionais de Serviço Social:

“Se a existência do veio da continuidade é inegável, também o é o fato de que neste mesmo processo de constituição da profissão, há uma clara ruptura com tais protoformas. É exatamente este outro aspecto que envolve o mesmo processo que os autores comumente não percebem, o que de certa maneira é compreensível, tendo em vista que somente a partir de uma perspectiva dialética é possível se apanhar a intrínseca relação entre os elementos contrários presentes na unidade – a continuidade e a ruptura. É a relação orgânica entre ambos que fundamenta o processo histórico de constituição e desenvolvimento do Serviço Social, enquanto uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho. E onde reside a ruptura do Serviço Social com as suas protoformas? **A ruptura está no fato de que tais agentes serão requisitados por um conjunto de instituições, que por sua vez estão pressionadas por uma estrutura social que necessita tornar a reprodução daqueles que não dispõem de meios próprios de produção (que até então se constituíam os alvos tradicionais da caridade e da filantropia) em objeto de medidas anticrise. Essa é a grande diferença entre a forma como a ajuda, a caridade e a filantropia se processavam e como a assistência aos trabalhadores passa a ser feita no bojo do capitalismo em sua fase madura**<sup>13</sup>. Ou seja, os objetivos dessas ações são radicalmente diferentes, e a maneira de implementá-las também deve seguir formalmente outros parâmetros. (ORTIZ, 2007: p.174).

Ortiz (2007) aponta que quando se tem um mercado de trabalho para os assistentes sociais é que se tem configurado uma necessidade de se romper com as protoformas da profissão, portanto, as mudanças na sociedade capitalista – que está consoante a racionalidade burguesa, da reprodução do capital – solicita a profissionalidade do Serviço Social:

“Dessa forma, o que permite que a emergência do Serviço Social rompa com suas protoformas é o estabelecimento de um **mercado de trabalho**<sup>14</sup>, que passa a requisitar uma série de profissões, dentre elas o Serviço Social, para compor o quadro de profissionais que institucionalmente darão as respostas às demandas oriundas das refrações da “questão social”, mediatizadas pelo projeto reformista conservador em tela. Conclui-se, portanto, que “(...)o Serviço Social é indivorciável da ordem monopólica – ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social.” (NETTO, 1996, p. 70). Observa-se que a constituição de um determinado espaço sócio-ocupacional para o assistente social vincula-se a uma das estratégias utilizadas pelo

---

<sup>13</sup> Grifos meus.

<sup>14</sup> Grifos meus.

capitalismo monopolista para minimizar a tendência de crises cíclicas, as quais tiveram no Estado, principal aliado. É, portanto, no interior das políticas sociais públicas – uma das modalidades privilegiadas de enfrentamento das seqüelas da “questão social” – que se requisita tecnicamente esse tipo de profissional.” (ORTIZ, 2007: p.175).

A construção história do Serviço Social não se encerra quando se tem a criação das primeiras escolas, tem-se aí um ponto que não é o final. Ponto que se tornou de partida para configurações e transformações para o alcance do Serviço Social nos dias atuais.

Destaca-se o quão importante é a compreensão da gênese do Serviço Social, afim de que sejam analisadas as intervenções de assistentes sociais na atualidade, permeadas por vezes por concepções teóricas conservadoras. Essa compreensão também se faz necessária para apreensão do processo de inserção do profissional de Serviço Social na Saúde Mental, processo esse que será elucidado no próximo item.

### 3.2 – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: APROXIMAÇÕES E DEBATES

Ao percorrer o caminho histórico cunhado pelo Serviço Social no Brasil, deparamos com particularidades históricas da profissão permeadas por intersecções com a medicina. Tal afirmação se assegura ao analisarmos o movimento de higiene mental, que segundo Vasconcelos (2006), teve início na França no século XIX, mas foi nos Estados Unidos no início do século XX que o movimento higienista teve terreno fértil para sua difusão. Vasconcelos (2006) relata que a partir desse momento o movimento chega ao Brasil, onde é fundado em 1918 na cidade de São Paulo a primeira Liga Eugênica latino-americana e logo em seguida, em 1923, no Rio de Janeiro tem-se a Liga Brasileira de Saúde Mental. O autor aponta que médicos psiquiátricos higienistas afirmaram que os trabalhadores sociais, seriam os grandes responsáveis por difundir e “aplicar” o movimento higienista. Assim, *“a psiquiatria passa a formular então um programa de higiene social a ser assumido pelo Estado, articulado à política social e econômica que vai atingir principalmente os trabalhadores e o subproletariado.”* (VASCONCELOS, 2006, p. 133).

O Serviço Social surge no Brasil sobre forte influência europeia entre 1930 a 1945<sup>15</sup>, e em seu início Bisneto (2005) ressalta a presença do Serviço Social no campo da Saúde Mental, especificamente intervindo com prevenção higienista, ou seja, na perspectiva apresentada por Vasconcelos (2006), assim sendo:

"O Serviço Social em Saúde Mental iniciou-se nos anos 1940 pela atuação no COI – Centro de Orientação Infantil e no COJ – Centro de Orientação Juvenil. Porém o número de assistentes sociais permaneceu pequeno e seu escopo de atuação era bem distinto do atual, atendendo a jovens e famílias na prevenção higienista." (BISNETO 2005, p.112-113).

Machado ressalta que em 1941:

“Em relação à abordagem do assistente social, sempre houve ações progressistas, porém todas pontuais, como é a situação da Casa das Palmeiras, que contou com presença marcante de Lígia Loureiro, assistente social pioneira nesse novo método de intervenção no âmbito do Serviço Social. Este novo modo de trabalhar estava balizado em práticas “psicossociais” alicerçadas em outra concepção de homem, loucura e sociedade. O novo método de abordagem privilegiava o usuário\louco no seu processo subjetivo artístico, que extrapolava o *lócus* da família. Entretanto, esse modelo de abordagem “psicossocial” não teve repercussões no âmbito acadêmico e ocupacional do Serviço Social como um todo.” (MACHADO, 2009: p. 40)

Bisneto (2009) ressalta que “*em termos teóricos, essas práticas iniciais guardam uma distância muito grande em relação ao Serviço Social atual, uma vez que àquela época predominavam abordagens de cunho eugênico e da higiene mental*”. (BISNETO, 2009: p.22). Assim temos que as primeiras intervenções não possuíam o arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo que atualmente a profissão se propõe a ter em suas intervenções.

Faz-se necessário ressaltar que as primeiras escolas de Serviço Social tinham em seus programas de ensino disciplinas como: “*Higiene mental e Noções de Psiquiatria – 25 horas; Serviço Social Médico – 24 horas; Prática do Serviço Social Médico – 45 a 90 horas; Psicologia do Adolescente – 12 horas; Higiene do Trabalho – 12 horas; Higiene; Higiene Mental; Microbiologia*.” (VASCONCELOS 2006, p. 178 – 180). Essas são apenas das algumas disciplinas dos programas que o autor apresenta,

---

<sup>15</sup> Yamamoto e Carvalho (2006) apresentam o início do Serviço Social no Brasil.

sendo que algumas estavam disponíveis a carga horária e outras esse dado não estava exposto.

Apresento esses dados a fim de que se possa apreender o processo de atrelamento da profissão de Serviço Social ao movimento higienista<sup>16</sup>, e o quanto esse processo foi decisivo para as primeiras intervenções do Serviço Social no campo da saúde mental, e sobre qual perspectiva essas intervenções estavam norteadas.

Segundo Machado (2009):

“O Serviço Social iniciou seu trabalho nos hospitais psiquiátricos em 1941, sendo um dos primeiros profissionais a fazerem parte da equipe de saúde mental nos hospitais psiquiátricos (depois dos psiquiatras e enfermeiros). As outras profissões, como Psicologia, Educação Física e Terapia Ocupacional, iriam compor as equipes somente nos anos 1970.” (MACHADO, 2009, p.40).

A autora afirma ainda, que esse trabalho inicial, nos hospitais psiquiátricos, foi marcado por intervenções pontuais e conservadoras.

Bravo (2007), afirma que na década de 1950, vislumbram-se no cenário norte-americano, proposições racionalizadas dentro da área da saúde, afim de que a intervenção do Estado não se desse apenas na economia, mas também na atenção médica; com a “*medicina integral*” e “*medicina preventiva*”. Esse processo de intervenção estatal na atenção médica acabou-se por desdobrar nos anos de 1960 e 1970 na “*medicina comunitária*” e na “*integração docente-assistencial*”. Neste cenário, “*o Serviço Social assume uma postura desenvolvimentista, ideário da época, valorizando a modernização... (...) os assistentes sociais voltam-se para a saúde coletiva...*” (BRAVO, 2007: p.34).

A ampliação do Serviço Social no Brasil ocorreu ao final da Segunda Grande Guerra Mundial (1945), configurando como uma profissão pautada às exigências do capitalismo e suas mais diversas crises, mas foi com o desenvolvimentismo proposto pela ditadura militar (1964 – 1985) que se ampliou efetivamente, no que concerne o atendimento a serviços previdenciários dos institucionalizados em manicômios:

“Por isso pode-se dizer que sua estrutura atual originou-se após 1964, com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, com a prestação de serviços sociais necessários

---

<sup>16</sup> Ressalta-se que a 1ª escola de Serviço Social na América Latina, no Chile foi criada em 1932, por um médico higienista, Doutor Del Rio.

ou benéficos para a lógica dos manicômios a fim de legitimá-los na situação de pobreza dos pacientes.”. (BISNETO 2005, p. 112-113).

No Brasil, Bisneto (2005) afirma que apenas na década de 1990, esta estrutura de tratamento com Assistentes Sociais do pós-64, é reaproveitada pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, mas que a exigência de um profissional de Serviço Social em hospitais psiquiátricos acontece apenas em 1970, como reivindicação obrigatória do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A elaboração do Projeto de Reforma Sanitária (período configurado entre meados dos anos de 1970 aos anos de 1980), o avanço que se deu com a construção da Carta Magna (1988) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fez com que o Serviço Social brasileiro conquistasse um espaço maior na política de saúde, sendo essa pública e também na esfera privada, assim sendo a área da saúde tornou-se um grande empregador de Assistentes Sociais, conforme afirma Bravo:

“A área da saúde é tomada como referência por ser um dos setores significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes.” (BRAVO 2007, p.25).

O Serviço Social tem espaço dentro do campo da saúde mental como profissão que amplia e afirma a cidadania a partir do momento em que surgem novas propostas para o tratamento dos “doentes mentais”, mais precisamente quando o processo de desinstitucionalização se coloca em pauta, ou seja, fim dos anos 1970 e início dos anos de 1980, isto não acontece não apenas com o Serviço Social, mas com todas as demais profissões que estão inseridas e intervindo em questões ligadas a saúde mental.

A definição e ampliação dos direitos para os portadores de transtornos mentais, assim como a possibilidade de acionamento de recursos e dispositivos legais (Lei 10.216 – Lei Paulo Delgado), - ANEXO 04 - implicam em um processo de articulação de novos preceitos e paradigmas que posicionam e sustentam novas frentes de trabalho para o profissional de Serviço Social. A Lei 10.216 redireciona o modelo da assistência psiquiátrica

Há de se robustecer as iniciativas que buscam redefinir o papel dos profissionais e dos serviços de saúde, colocando a discussão sobre o significado do cuidado em Saúde Mental, sobre o sentido do processo de cura, nas parcerias interinstitucionais, além da

criação de uma cultura de solidariedade e vivência de cidadania que garanta a inclusão social do indivíduo, sua autonomia e dignidade.

A Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, preconiza a inserção de Assistentes Sociais nas equipes de saúde mental em todas as esferas que tangem a saúde mental, pode-se inferir, portanto que existe uma necessidade de organização de nossa categoria profissional a fim de ocupar esses espaços de trabalho e intervenção do Assistente Social, mas com uma perspectiva que abarque as necessidades do campo da saúde mental sem ferir o Projeto Ético Político do Serviço Social, que tem como alguns dos componentes constitutivos os marcos regulatórios de nossa profissão, que são a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, o Código de Ética Profissional de 1993, entre outros.

“Os novos moldes da assistência psiquiátrica necessitam de equipes multiprofissionais que dêem conta das demandas em todos os seus níveis e especificidades. Dentro dessas novas modalidades de serviços de saúde mental encontra-se o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que se configura num espaço de atuação do Serviço Social.” (COSTA et al., p.10).

A Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 regulamenta as equipes mínimas em unidades básicas de saúde/centros de saúde, ambulatorios<sup>17</sup>:

“A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e **assistente social**<sup>18</sup>) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). (...) No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, **assistente social**<sup>19</sup>, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.” (PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 59).

---

<sup>17</sup> O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitalares. PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 58.

<sup>18</sup> Grifos meus.

<sup>19</sup> Grifos meus.

A referida portaria ainda dispõe sobre os recursos humanos nos CAPS e NAPS<sup>20</sup>:

“A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro; 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, **assistente social**<sup>21</sup>, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos); profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.” (PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 60.)

Ao direcionar as normas para o atendimento em hospitais dias<sup>22</sup> a portaria também orienta sobre o quadro de profissionais nessas instituições:

“A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro; 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, **assistente social**, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos); profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.” (PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 61.)

Referindo-se aos serviços de urgência psiquiátrica<sup>23</sup>, ao interpretar a referida portaria pode-se inferir que presença do Assistente Social é obrigatória:

“No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves): 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo; **1 assistente social**<sup>24</sup>; 1 enfermeiro; profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.” (PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 62.)

---

<sup>20</sup> Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 59.

<sup>21</sup> Grifos meus.

<sup>22</sup> A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe<sup>59</sup> multiprofissional, visando a substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente. PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 61.

<sup>23</sup> Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo. PORTARIA/SNAS Nº 224, 2002, p. 62.

<sup>24</sup> Grifos meus.

No que tange os recursos humanos de estabelecimentos que possuem leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral<sup>25</sup>, esses estabelecimentos devem contar com a seguinte equipe e técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

“1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo; 1 enfermeiro; 2 profissionais de nível superior (psicólogo, **assistente social**<sup>26</sup>e/ou terapeuta ocupacional); profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.” (PORTARIA/SNAS N° 224, 2002, p. 63).

Na leitura e interpretação da portaria acima referida, entende-se a obrigatoriedade do profissional de Serviço Social nos hospitais especializados em psiquiatria<sup>27</sup>, não ficando a assim a escolha da instituição por algum profissional com curso superior, segundo a mesma portaria os hospitais especializados em psiquiatria deverão contar no mínimo:

“1 médico plantonista nas 24 horas; 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos; E ainda: Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro; Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais: **1 assistente social**<sup>28</sup>; 1 terapeuta ocupacional; 2 auxiliares de enfermagem; 1 psicólogo; E ainda: 1 clínico geral para cada 120 pacientes; 1 nutricionista e 1 farmacêutico. O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.” (PORTARIA/SNAS N° 224, 2002, p.65).

Sendo o Assistente Social um profissional que possui uma formação genérica, ele pode intervir nas mais diversas áreas do saber :

“O Assistente Social é um profissional de formação genérica crítica pela incidência de fundamentos teórico explicativos de outras áreas do saber, permitindo a possibilidade de consolidação de uma visão de homem e de mundo na perspectiva da totalidade. Sendo a

---

<sup>25</sup> O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais. PORTARIA/SNAS N° 224, 2002, p. 63.

<sup>26</sup> Grifos meus.

<sup>27</sup> Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. PORTARIA/SNAS N° 224, 2002, p. 64

<sup>28</sup> Grifos meus.

instituição um espaço contraditório e antagônico na disputa de poderes, o assistente social deve construir mediações que legitime o exercício profissional parametrado nas competências e atribuições consolidadas no âmbito do projeto ético-político.”(WITIUK, 2010, p. 03)

Segundo Bisneto, há ainda que construir no Serviço Social brasileiro uma visão de subjetividade que seja ligada aos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos, invertendo a nossa queixa de psicologização das relações sociais - com objetivo de termos uma sociologia crítica e lúcida das relações interpessoais.

Nesse sentido, foi necessário fazer um esboço sobre o surgimento dos manicômios, a institucionalização, a inserção dos assistentes sociais na saúde mental, a Reforma Psiquiátrica, a implantação do CAPS e, logo, como se dá materializa do assistente social nos CAPS.

As discussões abordadas acima fazem parte da discussão do objeto de estudo que aqui foi proposto, esse objeto está materializado no CAPS de Juiz de Fora – MG, assim sendo no próximo item será abordado como está estruturada a política de saúde mental no mesmo.

### 3.3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM JUIZ DE FORA – MG.

Juiz de Fora, é um município do estado de Minas Gerais, situado na Zona da Mata Mineira, com uma população estimada pelo IBGE para 2009 de 526.706 habitantes. O município conta com uma rede de saúde mental coordenada pelo Departamento de Saúde Mental, que tem como gestor municipal, o médico psiquiátrico José Eduardo Amorim<sup>29</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde a rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com Programa de Volta para Casa<sup>30</sup>. Ela deve

---

<sup>29</sup> Dados de novembro de 2010, segundo o Departamento Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora – MG.

<sup>30</sup> No capítulo II, no item sobre os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico desse trabalho, têm-se as informações sobre o que é programa de Volta Para Casa.

funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

A história da saúde mental em Juiz de Fora foi marcada por interesses privados no que diz respeito à assistência aqueles que necessitavam recorrer a internações psiquiátricas. Segundo Mendes (2007) os atendimentos realizados pelos ambulatórios públicos eram poucos frente à quantidade de internações realizadas na rede hospitalar privada, e só através de algumas reflexões e debates, como o I Seminário de Assistência em Saúde Mental em Juiz de Fora, realizado em 1986, que se começou a organização de uma rede de assistência em saúde mental no município.

As primeiras idéias de possibilidades de tratamento ao portador de sofrimento mental pareciam frágeis, mas ganharam peso e força durante os encontros realizados em anos posteriores. Encontros que discutiam critérios para as internações psiquiátricas, treinamento para profissionais que compunham as equipes multidisciplinares, criação de pronto socorro municipal para urgências psiquiátricas, entre outros assuntos.

Mendes (2007) ressalta que havia uma parcela conservadora de profissionais em saúde mental, que marchava a favor de uma cultura manicomial, e que essa parcela mantinha práticas que reforçavam interesses privatistas. Ressalta-se que durante os Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não foram todos os profissionais de Serviço Social que aderiram as propostas das mesmas, alguns profissionais estavam atrelados ao projeto privatista, seja ligados a empresas que o defendiam ou a grupos do governo que também o apoiavam.

Tal atrelamento deve-se ao próprio movimento dentro da categoria, havia também dentro do Serviço Social diferentes direções a serem seguidas, nesse momento têm-se o Movimento de Renovação do Serviço Social no Brasil, movimento que possuía três direções: modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura. Cada uma dessas direções apresentava um aporte teórico que direcionava os profissionais para o atrelamento a um pólo do projeto de saúde em disputa, afinal, as direções eram embebidas de concepções teóricas, que poderiam ser conservadoras ou apontar para novas perspectivas do que diz respeito aos rumos da profissão.<sup>31</sup>

Ainda sobre a política de saúde mental em Juiz de Fora, segundo Mendes (2007), na década de 1990, após algumas auditorias em hospitais concentrados no “corredor da Loucura”: Juiz de Fora, Barbacena e Belo Horizonte, resultou em relatório

---

<sup>31</sup> No próximo capítulo serão elucidadas as propostas de cada direção.

que apontava que nessas cidades havia a indústria da loucura, esse relatório propunha uma diminuição de leitos psiquiátricos nessas cidades. Com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Juiz de Fora, o município deveria estruturar uma política de saúde mental, elaborando técnicas e propostas para reverter o quadro que o Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental apresentou.

Para a estruturação de uma política de saúde mental no município de Juiz de Fora, foi instituída a Comissão Municipal de Saúde Mental – CMSM, visando à redefinição da assistência em saúde mental. Segundo Mendes (2007), a comissão em um primeiro momento criou uma central de vagas para leitos psiquiátricos, visando inibir as internações psiquiátricas extra-cotas, e conjuntamente criou e ampliou a oferta de serviços ambulatoriais visando assim o atendimento aos psicóticos e alcoolistas, que eram atendidos até então apenas com internações psiquiátricas.

Mendes (2007) pontua que a comissão elaborou um Plano Municipal de Saúde Mental, plano esse que teve suas propostas analisadas e voltadas pela plenária da I Conferência Municipal de Saúde Mental em 1992. Desde então, o município foi criando mecanismos e espaços para a discussão de uma política em saúde mental que pudesse oferecer ao portador de sofrimento mental um tratamento e não somente a internação psiquiátrica.

Mendes (2007) relata que em 1994 foi criado o Instituto de Saúde Mental, que gerenciou os recursos físicos e financeiros da saúde mental; e que em 1997 foi formado o Fórum de Saúde Mental, fórum esse que possuía nitidamente interesses políticos partidários e que foi extinto após debates da 2ª Conferência Municipal de Saúde Mental, também realizada em 1997, conferência essa que discutiu uma política de saúde mental para o município de Juiz de Fora, e trouxe propostas mais arraigadas com os pressupostos da reforma psiquiátrica, que no cenário brasileiro já possuía discussões significativas.

Apesar dos avanços apresentados, ocorreu em Juiz de Fora, e na maioria dos municípios brasileiros, uma falta de investimentos nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim sendo não se internava como antes, mas também não oferecia ao portador de sofrimento mental um serviço que substituíria a internação e desse ao mesmo uma possibilidade de atendimento e tratamento. Com a diminuição de leitos psiquiátricos, mas sem outros serviços para ofertar a essa população o processo de desospitalização teve como um primeiro resultado a precarização do atendimento:

(...) a gestão municipal procurou garantir investimentos nos setores que priorizava, utilizando os recursos financeiros que economizava com a desospitalização psiquiátrica, deixando de criar, com estes recursos, a rede substitutiva ao tratamento hospitalar. (...) a qualidade ruim da assistência psiquiátrica privada causada pela diminuição dos leitos que repercutiu, com o passar do tempo, na inviabilidade econômica dos hospitais, e a precariedade da assistência pública causada pela insuficiência e ineficácia do tratamento extra-hospitalar. (MENDES, 2007, p. 115).

A criação de uma rede de serviços em saúde mental que pudesse reverter o quadro sinalizado acima está em processo até os dias atuais. O município de Juiz de Fora – MG, atualmente <sup>32</sup> conta com uma rede de serviços em saúde mental composta por 04 (quatro) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 05 residências terapêuticas, 05 (cinco) clínicas para internação conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que duas dessas clínicas estão em processo de fechamento, pois não obtiveram a pontuação mínima exigida no Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH. Observa-se que esse programa exerceu e atualmente continua exercendo um papel de suma importância no que tange o processo de desinstitucionalização:

“Vale ressaltar que a política de desinstitucionalização ganhou grande impulso após a implantação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria no ano de 2002, que tem conseguido nos quatro últimos anos vistoriar hospitais e desativar leitos que se encontram sem condições de funcionamento, mas o processo ainda é lento”. (COSTA et al., p.07).

O município possui um CAPS no bairro São Mateus, conhecido como CAPS HU/ UFJF, inaugurado em setembro de 2011, que atende adultos e crianças e encaminha para demais CAPS e serviços de saúde mental do município; conta com um Centro de Atenção Psicossocial Infância e Juventude – CAPS IJ, no bairro Santa Catarina, inaugurado em outubro de 2006, que atende crianças e adolescentes de todo o município; a rede ainda é composta pelo CAPS Casa Viva, inaugurado em outubro de 1993, que está localizado no bairro Centro de Juiz de Fora, que atende portadores de distúrbios psicóticos, neuróticos graves, entre outros; possui o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad, inaugurado em maio de 2007, que atende

---

<sup>32</sup> Dados de novembro de 2010, segundo o Departamento Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora – MG.

pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e psicotrópicas (SPP), como álcool, tabaco, maconha, cocaína, entre outras drogas, localizado no bairro São Mateus.

Há uma expectativa de inaugurar mais um CAPS III no município, sendo esse um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente. Nas falas de algumas das assistentes sociais entrevistadas fica claro que existe uma demora para a inauguração desse serviço, o que tem causado um acúmulo de serviços nos outros serviços.

Ainda, elecando os serviços substitutivos no município, têm-se as clínicas que estão localizadas nos bairros Borboletas, São Bernardo, Vila Ideal, sendo que duas ficam no bairro Paineiras, a Clínica São Marcos que está em processo de fechamento e a clínica São Domingos.

As residências tereapêuticas são divididas em masculinas e femininas, sendo que 04 femininas e 01 masculina, que estão localizadas nos bairros: Marumbi, Furtado, Santo Antônio e Lourdes.

Conhecer a gênese do Serviço Social, assim como a inserção desse profissional na saúde mental e como está estruturada a política de saúde mental no município de Juiz de Fora, com a inserção do assistente social nessa política possibilitou a realização das entrevistas e as análises que seguem no próximo capítulo.

## IV. Capítulo III: ENTENDENDO O QUE SE FAZ, COMO SE FAZ E PORQUE SE FAZ

Os filósofos limitaram-se a interpretar o mundo de diversas maneiras; o que importa é modificá-lo.  
Karl Marx

Este capítulo tem como objetivo principal a análise da intervenção dos Assistentes Sociais nos CAPS de Juiz de Fora, para tanto apresento os dados coletados nas entrevistas realizadas com as Assistentes Sociais dos CAPS e a sistematização desses dados.

As entrevistas foram realizadas com cinco Assistentes Sociais que trabalham nos quatro CAPS existentes no município. As entrevistas foram realizadas nos CAPS, vale ressaltar que tive algumas dificuldades para fazê-las: a primeira dificuldade foi agendar a entrevista, a maioria das profissionais entrevistadas quando eu tentava fazer contato por telefone estavam em atendimentos e reuniões, em três entrevistas precisei marcar a entrevista pessoalmente, visto que minhas ligações não eram retornadas. Tal fato atrasou o processo de coleta de dados. Ressalto ainda, em que condições físicas foram feitas tais entrevistas, como a maioria das profissionais não possuem sala própria para atendimentos, teve entrevistas que foram realizadas em salas sem nenhum tipo de mobília, em salas de reuniões e até mesmo em uma cozinha.

Para sistematizar e analisar os dados coletados, em um primeiro momento apresento o perfil profissional das entrevistadas, com dados como idade, anos de formação, escola que graduou, vínculo empregatício, entre outros; logo em seguida trago para análise e reflexão dados sobre participação e mobilização popular; abordo ainda as referências de conhecimento que as entrevistadas possuem, e trago para a discussão o conceito de saúde e saúde mental que as mesmas possuem e como esses conceitos rebatem na intervenção profissional. Apresento, ainda, uma caracterização dos serviços prestados por elas, e em seguida uma análise sobre a intervenção em Serviço Social, especificamente na Saúde Mental.

### 4.1 – PERFIL PROFISSIONAL DAS ENTREVISTADAS

As assistentes sociais entrevistadas têm entre 46 a 58 anos. Todas se formaram na Universidade Federal de Juiz de Fora – MG. Como se pode observar a tabela a seguir, formaram-se entre 1977 a 1994:

Ano de formação	Frequência
De 1977 a 1982	01
De 1983 a 1988	03
De 1989 a 1994	01

Ressalta-se que, algumas assistentes sociais formaram-se durante o movimento de Renovação do Serviço Social no Brasil, outras enquanto o processo estava em pleno desenvolvimento e ademais quando o movimento de Renovação já havia deixado seus frutos. Movimento esse que segundo Netto (2006) compreende:

“(…) o conjunto de características novas que, no marco das restrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.” (NETTO, 2006: p. 131)

Netto (2006) afirma que movimento de Renovação possui “*rebatimentos visíveis nos dias correntes*” (NETTO, 2006: p. 116). Ortiz (2007) salienta que

“a Renovação enformou um novo perfil profissional, principalmente considerando a expressão de uma de suas vertentes – a chamada “*intenção de ruptura*”. que por sua vez trouxe novas e importantes inflexões para o redimensionamento da auto-imagem profissional”. (ORTIZ, 2007: p. 207).

Para Netto (2006) o Movimento de Renovação:

“No âmbito das suas natureza e funcionalidade constitutivas, alteraram-se muitas demandas práticas a ele colocadas e a sua inserção nas estruturas organizacional-institucionais (donde, pois, **a alteração das condições do seu exercício profissional**); a reprodução da categoria profissional – a formação dos seus quadros técnicos – viu-se profundamente redimensionada (bem como os padrões da sua **organização como categoria**<sup>33</sup>); e seus referenciais teórico-culturais e ideológicos sofreram giros sensíveis

---

<sup>33</sup> Grifos meus.

(assim como as suas auto-representações). (NETTO, 2006, p.115).

A exposição neste trabalho do que configurou o Movimento de Renovação do Serviço Social, fez-se necessária, pois esse Movimento propiciou ao Serviço Social mudanças precisas e incisivas nas condições de trabalho e na organização da categoria, mudanças essas vislumbradas nos dias atuais.

Faz-se necessário ressaltar, que as assistentes sociais entrevistadas tiveram seu processo de formação concomitantemente com o período de ditadura militar (1964 – 1985), ou seja, um período marcado por repressão. Netto (2005) expõe que a *repressão abateu sobre o pensamento crítico latino-americano*, visto que *as ditaduras patrocinadas pelos Estados Unidos e a serviço das oligarquias* estavam sendo processadas não somente no Brasil, mas em demais países da América Latina.

Os currículos<sup>34</sup> em que todas estudaram diferem-se do currículo mínimo para a graduação em Serviço Social aprovado pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social – ABESS em novembro de 1996. Neste currículo mínimo é contemplado questões sobre o ensino da prática profissional e do estágio; a dimensão investigativa no ensino da prática; e a extensão; a fim de:

“Formar e qualificar assistentes sociais críticos e competentes através de atividades de ensino, pesquisa, extensão, influenciando na elaboração e implementação de políticas sociais públicas e na organização e mobilização da sociedade civil, tendo em vista contribuir para o processo de cidadania e democratização da sociedade brasileira.” (UFJF. Pró Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento. *Planejamento Estratégico Participativo da Faculdade de Serviço Social*. Juiz de Fora, 5 de dezembro de 1996 in IAMAMOTO,2005:p.260).

Outro dado importante, é que todas são concursadas, como se pode observar na tabela a seguir:

Concurso	Frequência
Municipal	03
Federal	02

As que são concursadas em nível federal estão hoje na Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG cedidas pelo governo federal.

---

<sup>34</sup> Ressalta-se que não havia currículo mínimo quando as mesmas estudaram.

Quando interpeladas se o vínculo de trabalho exerce alguma influência em sua intervenção, uma disse que não, e as demais disseram que a principal questão que permeia o vínculo é a estabilidade:

“Não. Acredito que não.” (AS D)

“Eu acredito que a diferença mais fundamental, pelo que eu observo na prática, é que por ser **concurrada eu tenho a estabilidade** e os contratados podem ser demitidos. Existe a estabilidade, né, então eu acho que a diferença fundamental é esta. (AS C)

Outra entrevistada ressaltou a questão do respeito:

Com certeza, é um respeito muito maior, né? Porque entra perfeito, sai perfeito, de gestão em gestão, a gente sempre está. O que acontece na Saúde Mental é assim: eles nunca tiram a gente do lugar. Pode surgir outro serviço que eles precisem da gente, porque inclusive nessa última gestão agora saíram três assistentes sociais e só entrou a Maria<sup>35</sup>. A Maria entrou fez dois ou três anos e saíram três, ano passado. Então o que acontece é a gente... O coordenador, o gestor de Saúde Mental, pedir para subir mais um outro serviço dentro da nossa área. Agora, **o respeito é muito grande**, isso sem dúvida. (...) Porque o concurso é diferente de ser apadrinhado, porque ser do partido que o prefeito atual é, né? Independente do partido que for eu estou sempre na minha área.” (AS B).

No que concerne a carga horária de trabalho todas são 40 (quarenta) horas semanais e possuem apenas um vínculo de trabalho. Com a sanção da Lei 12.317\ 2010 (ANEXO 06), que dispõe sobre 30 (trinta) horas semanais de trabalho do assistente social sem rebaixamento de remuneração, algumas já estão fazendo às trinta horas, outras não:

Olha, atualmente a gente passou para seis horas, né? Foi assinado, o Lula assinou em vinte e oito de agosto e agora todos os profissionais estão fazendo seis horas.(...) Antes era quarenta, agora é trinta. (AS B)

“O assistente social agora mudou o horário, né, para trinta horas, e aí eu faço... mas como aqui ainda funciona quarenta horas, então minha carga horária ainda continua quarenta. (...) Eu estou vendo isso, eu vou até entrar em contato com o CRESS, né, pra ver como que está a situação do assistente social do Ministério da Saúde. Eu não sei como está essa questão”. (AS D)

É perceptível uma falta de conhecimento sobre a lei que regulamenta as trinta horas, visto que a mesma abrange assistentes sociais nas três esferas de governo. Outras parecem desconhecer o processo de lutas e negociações que envolveram a sanção da lei, e as dificuldades que estão sendo encontradas para sua aplicabilidade.

“A carga horária agora são trinta horas, né. (...) É, eram quarenta, agora passou para trinta. Graças a Deus.” (AS F)

Podemos inferir que a falta de conhecimento sobre o processo para a sanção da lei das trinta horas está ligado à falta de participação das nossas entrevistadas em

---

<sup>35</sup> Nome fictício.

instâncias de discussão sobre a profissão. Como podemos perceber no próximo item, quando a questão da participação e mobilização popular é analisada.

## 4.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO POPULAR – A VISÃO DAS ENTREVISTADAS

Tabela – participação nos Conselhos de Saúde municipais:

Assistente Social	Participa de Conselhos de Saúde
B	Não
C	Não
D	Não
E	Não
F	Não

Todas as assistentes sociais entrevistadas não participam de conselhos de saúde. Uma das entrevistadas ao ser perguntada se o CAPS tem cadeira no conselho de saúde respondeu:

**“Olha, isto eu não sei responder.” (AS C).**

Uma nos informou que o gestor de saúde mental no município que possuía assento no conselho municipal de saúde, porém atualmente ela não sabe informar se o atual gestor continua com essa vaga.

Quando foram perguntadas sobre a importância do conselho de saúde na atenção a saúde prestada a população, uma das entrevistadas respondeu

“Porque é um canal, né? De debate, né? Do usuário com o serviço. Eu acho um canal muito importante nesse sentido”. (AS F)

Apesar de informarem que é um espaço importante, nenhuma das entrevistadas sabia dizer quando acontecem as reuniões do conselho, sendo que uma acredita que os convites devam chegar ao departamento de saúde mental e não nas coordenações dos CAPS. Fica comprometida a dimensão a seguir já que a própria assistente social não sabe quando e nem onde o conselho se reúne:

“democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos”. (CFESS, p. 58: 2010).

Vale ressaltar a importância dos conselhos, principalmente o de saúde, sendo a área de intervenção das entrevistadas, os conselhos são espaços de luta por melhores condições de vida e saúde, assim sendo devem ser ocupados por profissionais que defendam os interesses e necessidades dos usuários. Segundo Vasconcelos (2009):

“Há um **descuido**, assim, não só as assistentes sociais, mas de todos os trabalhadores de saúde, na ocupação, não só individualizada, mas organizada e coletiva, dos espaços dados por lei, como no caso da representação nos Conselhos de Saúde, onde é assegurada a participação dos profissionais de saúde e usuários. Quanto aos assistentes sociais, (...) visto que não ocupam nem os espaços criados por lei para que se efetive a **plena realização da democracia participativa**.<sup>36</sup>” (VASCONCELOS, 2009, p.201).

Para ultrapassar a concepção de direito como um mero discurso, é necessário que a intervenção profissional contribua na efetivação dos direitos formais, socializando as informações aos seus usuários de modo que lhes sejam informados sobre os espaços institucionais (como os Conselhos, Conferências, Orçamento Participativo, Audiência Pública, etc) e dos extra-institucionais (como as Associações de Moradores; Movimentos Sociais Negro, Estudantil, Feminista, de Orientação Sexual, por Moradia urbana, por Moradia rural, dentre outros) presentes no município, a fim de que estes usuários busquem realmente sua autonomia e protagonismo, tornando-se de fato sujeitos sociais críticos e conscientes do seu papel na sociedade.

Quando não se participa nesses espaços democráticos de decisão acaba-se por minar possibilidades de mudanças no interior das instituições, já que não são levadas a essa instância na busca por discussões e apontamentos.

Ressalta-se a relevância da inserção do assistente social nos espaços de participação popular, enquanto competências específicas dos assistentes sociais na área da Saúde e enquanto objetivos de qualificação dos espaços de controle social democráticos/garantia dos direitos e melhoria das condições de vida dos usuários. De acordo com o documento dos parâmetros para atuação de assistentes sociais e na política de saúde tem-se que:

“(...) constituem uma contribuição fundamental do profissional de Serviço Social (...) • estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos

---

<sup>36</sup> Grifos do autor.

serviços de saúde; • **mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;** • contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde; (...)• **participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;** (...) • estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático; **Essa participação acontece tanto na condição de conselheiro de saúde como na condição de técnico e/ou assessor,** como ainda profissional observador das reuniões do conselho. • incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal; • participar na organização, coordenação e realização de préconferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional); (...)• **socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;**<sup>37</sup> • estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais; • identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.” (CFESS, p. 56, 57 e 58: 2010).

Sobre a participação nas reuniões e espaços de discussão do CRESS, a maioria disse que apenas contribuem com o valor da anuidade e lêem o jornal de informação do CRESS:

“Do CRESS eu não costumo... Não tenho costume de ir não, mas estou sempre informada porque eu recebo informações através de revistas, jornaizinhos. (AS C).

Mas uma vez temos a dimensão da participação sendo deixada de lado pelas assistentes sociais, e um espaço rico de debates que são os fóruns que os CRESS possuem, ficam sem aqueles que poderiam estar contribuindo com os debates.

Tabela – trabalho com movimentos sociais:

Assistente Social	Trabalha com movimentos sociais
B	Não

<sup>37</sup> Grifos meus.

C	Não
D	Não
E	Não
F	Não

Outro dado importante é a falta de mobilização da comunidade em prol a melhores condições de vida e saúde da população usuária, principalmente quando se tem um público atendido que sofre preconceito e discriminação por uma grande parte da sociedade, que não conhece a reforma psiquiátrica e sua proposta de inserção social dos portadores de transtorno mental.

Segundo Vasconcelos (2009):

“Observa-se, assim, por parte das unidades e dos profissionais de saúde, um silêncio e uma ausência de ações sistemáticas e continuadas, **articuladas com as comunidades, escolas, empresas, clubes, associações, sindicatos, destinadas ao enfrentamento direto dos determinantes do processo de saúde-doença.** <sup>38</sup>”  
(VASCONCELOS, 2009, p.207).

Esse silêncio, citado por Vasconcelos (2007) acaba por aumentar a falta de informação da sociedade sobre a reforma psiquiátrica e assim sendo não há como cobrar dessa mesma sociedade atitudes diferentes com os portadores de transtorno mental, já que não existe um movimento permanente de conscientização do processo de inclusão dos portadores de transtorno mental. Digo permanente, porque ações fragmentadas e pequenas ocorrem, geralmente uma vez por ano, no dia 15 de maio, dia nacional da luta antimanicomial, onde a maioria dos CAPS colocam seus usuários, familiares e profissionais da instituição às ruas, com bandeiras, faixas, carros de som, música, a fim de mostrar a sociedade quem é o “louco” na contemporaneidade, porém essas ações não contam com os movimentos sociais, que poderiam ser grandes parceiros na luta por uma sociedade sem manicômios, mas não só sem o modelo de tratamento antimanicomial, mas com uma proposta de tratamento que busque a reinsignificação da dignidade humana e social dos portadores de transtorno mental.

Considero que o profissional que poderia fazer essa ponte entre os CAPS e os movimentos sociais seriam os assistentes sociais, que possuem em sua grande maioria uma formação acadêmica crítica e reflexiva sobre o mundo e principalmente sobre as

---

<sup>38</sup> Grifos meus.

contradições que emergem da relação Capital X Trabalho. Iamamoto (2005) ressalta que “*O Serviço Social, em sua prática, dispõe de condições potencialmente privilegiadas, pela proximidade que tem ao dia a dia das classes subalternas (...)*” (IAMAMOTO, 2005: p.200). Porém, percebo que esse movimento não seja iniciativa única e exclusiva dos assistentes sociais, mas que deveria partir dos mesmos, uma sensibilização aos outros profissionais da instituição a fim de vislumbrar um projeto de inserção dos portadores de transtorno mental na sociedade com a parceria dos movimentos sociais.

Vale ressaltar que de acordo com a Lei que regulamenta a profissão de Serviço Social, compete ao assistente social: “*prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade*” (CRESS, p.9: 2006), assim sendo fica claro essa dimensão no nosso trabalho.

Quando os assistentes sociais não mobilizam os movimentos sociais a fim de disseminar a proposta da reforma psiquiátrica, enfim e a proposta do CAPS, acaba-se por aumentar o enorme lacuna entre o CAPS e o mundo fora CAPS. Assim sendo os usuários do serviço só se sentem bem dentro dos muros da instituição, já que o mundo lá fora (fora do CAPS) é demasiadamente perverso com aqueles que não se encaixam nos padrões de normalidade e consumo impostos pelo Capital.

“O Serviço Social na saúde mental tem sua prática voltada para o resgate das relações sociais dos usuários identificando-os em sua totalidade (atentando para as particularidades que os envolvem), podendo utilizar de sua capacidade analítica e histórica para a promoção da ressocialização e fortalecimento dos vínculos dos sujeitos. Fica notório, portanto, que cabe ao assistente social minimizar as contradições existentes no sistema de saúde que respondem às demandas da psiquiatria mediante a racionalidade médica que desconhece os problemas implícitos acerca da pobreza e das questões sociais desencadeadas pelo Capitalismo e legitimada pelo ideário neoliberal junto à globalização.” (COSTA et al., p.14).

As assistentes sociais entrevistadas disseram que fazem reunião com familiares dos usuários, como estratégia de sensibilização e mobilização da família ao tratamento do usuário, porém as reuniões não possuem grandes adesões, já que as reuniões acontecem em horários de trabalho dos técnicos da instituição, horário esse que também é de trabalho para a maioria dos familiares dos usuários; e os familiares não recebem vale transporte para comparecer as reuniões, e como a maioria dos CAPS ficam

instalados em áreas centrais do município de Juiz de Fora, a locomoção dos familiares de bairros periféricos ao Centro fica comprometida e muitas vezes inviabilizada por falta de recursos financeiros.

Tem-se aqui configurado um limite na intervenção dos assistentes sociais, limite esse que não é característico apenas da área da saúde mental, mas em todas as esferas onde se concretiza alguma política pública. Os poucos recursos financeiros nas políticas públicas são resultado de uma política social idealizada por uma direção neoliberal, preconizada pelo capital.

### 4.3 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL – REFERÊNCIAS DE CONHECIMENTO

#### 4.3.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL E REFORMA PSIQUIATRICA – VISÃO DAS ENTREVISTADAS

A Constituição Federal de 1988, ao “*ampliar e normatizar o campo dos direitos sociais, abre novas perspectivas de trabalho para o Serviço Social*” (VASCONCELOS, 2009: p. 248). Perspectivas que possibilitaram aos usuários dos serviços prestados por nós Assistentes Sociais, o direito a informação; a igualdade; a livre manifestação do pensamento; direito de resposta; a liberdade de consciência e de crença; direito de ir e vir; criação de associações; direitos sociais como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, entre outros. A efetivação de tais direitos acaba por ser uma luta diária dos Assistentes Sociais, e somente através da Carta Magna que essa luta pôde ter um aparato legal.

Ao serem questionadas sobre a importância da Constituição de 1988 na intervenção dos assistentes sociais, as repostas foram as mais diferentes possíveis, algumas delas demonstrando certo desconhecimento sobre o conteúdo da Constituição Federal de 1988. Destaco algumas:

“Eu acho que foi importante sim para a gente trabalhar, né? Dentro da nossa linha.(...)então eu acho interessante a Constituição, delimita direitinho as atividades que você deve fazer, o que você pode fazer, que você pode procurar, né?” (AS B)

Quando a assistente social diz que a Constituição de 1988 especifica o que o assistente social pode ou não fazer, fica claro o desconhecimento da mesma sobre o texto constitucional, visto que o mesmo em nenhum momento cita a profissão de Serviço Social, e nem expõe as atribuições desse profissional.

“Eu estou assim agora no momento não me lembrando quais foram as principais mudanças a Constituição. (...) Eu sei que ela foi muito importante, mas eu acho que um dos fatores mais importantes foi o estabelecimento da democracia. (AS C).

“Eu acho que foi um avanço em muitos aspectos, não é, porque ainda falha muita coisa, mas eu acho que clareou muita coisa, deu mais consistência algumas questões, e à partir da constituição de 88, assim ficou mais... eu não sei se a gente pode dizer isso, algumas questões ficaram mais abrangentes, e puderam ser mais especificadas, como é o caso da própria desospitalização, os direitos dos usuários de saúde mental, dos usuários da saúde, de um modo geral, então eu acho que facilitou nesse sentido, de se poder ter atenção com questões que antes estavam muito misturadas ou não eram vistos, ou muito ainda, pouco claras, não é, no sentido de se perceber aquilo como uma questão do estado, como uma necessidade de uma política, de alguma coisa nesse sentido.” (AS E)

Ressalta-se que a Constituição de 1988 garante os direitos dos cidadãos, estabelece a organização do Estado e dos poderes, e é considerada a constituição mais democrática da nossa história, ela possibilita a consolidação de políticas públicas.

Nota-se que nenhuma das assistentes sociais entrevistadas fez um elo da Constituição de 1988 com a seguridade social, nem com a participação popular e tão pouco com o princípio da universalidade.

“A Carta Constitucional de 1988 trouxe uma ampliação do campo dos direitos sociais, sendo por isso reconhecida como a “Constituição cidadã”. A normatização desses direitos abre novas frentes de luta no zelo pela sua efetivação, preservando o princípio de universalidade em sua abrangência a todos os cidadãos.” (LIMA in IAMAMOTO, 2005: p. 264).

A fala das entrevistadas demonstra pouco conhecimento sobre o texto da Constituição de 1988, nenhuma das entrevistadas fez crítica ao texto, e quando perguntadas sobre o movimento da reforma psiquiátrica, todas disseram conhecer o movimento e ao relacioná-la com a política de saúde mental do município de Juiz de Fora, algumas disseram que uma das maiores contribuições do movimento Juiz de Fora é a abertura os CAPS e a redução de números de leitos psiquiátricos.

Em algumas falas é relatado certo atraso no andamento da política de saúde mental no município de Juiz de Fora, quando se analisa a proposta da reforma, isso é positivo, pois se percebe na fala da assistente social um tom de crítica, ou seja, a mesma consegue transpor a aparência dos fenômenos e reconhecer que o espaço de inserção profissional é um espaço de lutas políticas:

“Olha, eu acho que política mental de Juiz de Fora em relação à reforma ainda é muito atrasada, sabe, assim, o que a gente vê de outros lugares, lê, e fica sabendo, ainda está muito aquém do que poderia estar, já que a gente tem um secretário de saúde estadual

daqui, e já teve outros, e tal, a lei, o deputado é daqui, eu acho que **os avanços na cidade ainda são lentos**, sabe, está melhorando, está, com certeza, mas ainda é lento, poderia estar muito melhor, mais isso tem também questões políticas envolvidas aí, que entram, as coisas caminham, mais facilmente, mais seriamente aí.” (AS E)

Foi relatado que a política de saúde mental do município de Juiz de Fora, precisa de mais vontade política por parte do poder legislativo:

“Então eu acho que a possibilidade dos modelos substitutivos, da reforma é muito boa nesse sentido. Agora, tem que haver mais vontade política. Né? Porque Juiz de Fora, você vê, é uma cidade muito grande para ter dois CAPS adulto” (AS B).

Tais falas nos remetem a um problema que muito maior que apenas “vontade política”, tem-se hoje uma política social direcionada por princípios neoliberais que não tem comprometimento algum com uma política pública de qualidade e para todos, mas que reforça o caráter focalista das políticas sociais, com a oferta de atendimentos que estão aquém dos necessários. Assim sendo, podemos inferir que os grupos políticos existentes em Juiz de Fora podem compartilhar das proposições neoliberais, mas tal afirmação torna-se leviana, já que a mesma não está embasada em estudos, mas em apenas uma suposição ao analisar as falas das entrevistadas.

“(…) o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a uma série de determinantes históricos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho.” (IAMAMOTO, 2008: p. 424).

Acrescento que esses limites, não apenas impedem e/ou atrasam a consecução de um projeto profissional no mercado de trabalho, mas atrelado a isso de um projeto de intervenção nas instituições onde os assistentes sociais materializam e formalizam suas ações.

#### 4.3.2 CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL – VISÃO DAS ENTREVISTADAS

Para a conceituação da Saúde, parte-se da premissa que é um direito de todos e dever do Estado, direito esse assegurando na Constituinte de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080: “Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990).

A concepção de saúde expressa no relatório da 8ª Conferência de Saúde, ocorrida em 1986; relaciona a saúde com as condições sócio-históricas, ou seja, o processo saúde-doença passa a ser concebido enquanto:

“(…) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em sua luta cotidiana. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE 1986, p. 4).

Esse conceito ampliado de saúde possibilita aos profissionais de saúde trabalhar os usuários como um todo, enquanto o conceito anterior, que dizia que saúde era apenas ausência de doença, colocava o usuário apenas como objeto da medicina. Esse conceito também possibilitou maior inserção de Assistentes Sociais na política de saúde, no âmbito da promoção e proteção nos diferentes níveis do SUS (da atenção primária à quaternária) e em seus diversos âmbitos como hospitais, UBS's, PSF, NASF e no controle social.

Embasado nesse conceito ampliado de saúde, temos a política de saúde mental, onde o Ministério da Saúde preconiza ações articuladas com uma rede psicossocial e sócio-assistencial e que contemplem o usuário do serviço em seu território.

Uma das perguntas das entrevistas realizadas com as Assistentes Sociais dos CAPS de Juiz de Fora trazia a questão do conceito de saúde mental para as mesmas, as respostas são permeadas por questões ligadas a ausência de doença, a questões psíquicas, a inclusão, a qualidade de vida, enfim a diversas questões que perpassam a vida do indivíduo, segue abaixo alguns relatos:

“Saúde mental é isso que eu te falei: é trabalhar em cima do... Não só dos problemas mentais, da doença, como trabalhar com reabilitação psicossocial, com a cidadania, com a inserção, inclusão do usuário no dia-a-dia. (...) Então eu acho que saúde mental é você olhar não só a doença, o transtorno, mas a inclusão, a reabilitação, o dia-a-dia do

usuário, no quê que você pode ajudar, fazer ele entender que só o medicamento... Saúde não é só ausência de doença, né? É um todo.” (AS B)

“Eu acho que a saúde mental envolve as questões da vida da pessoa, a qualidade de vida que a pessoa tem, e como é que ela encara as questões dela, os problemas que ela passa. Então, saúde mental para mim, não é você não ter nenhum problema, nenhuma doença mental, mas é você saber lidar com essas questões, como você se vê naquilo ou as pessoas, é o que você faz para estar trabalhando e melhorando a sua saúde mental, como é que a gente pode estar cuidando disso, então são os aspectos que envolvem toda vida de uma pessoa, familiares, sociais, políticos, econômicos, como ela lida com essa gama de coisas, e as questões, os problemas e o lado bom de todas essas questões, para mim é isso.” (AS E)

“Ah, eu acho que é uma coisa tão longa que é difícil assim, definir numa frase só. Envolve muita coisa. Envolve principalmente família, né, eu acho que a família (...) na saúde mental, não só dos nossos pacientes, mas de qualquer pessoa, né, se a gente for ver, se a gente for observar, eu diria que a família é um ponto fundamental pra saúde mental de qualquer ser humano. E saúde mental envolve respeito, convivência saudável. Assim, é uma coisa tão longa que...” (AS D)

“Eu vou dar uma definição de saúde em geral, que engloba a saúde mental e que é citada pela Organização Mundial de Saúde. É o bem-estar físico, mental, social, material e espiritual. Saúde mental é difícil de separar desses aspectos, porque nós somos seres integrados, nós não somos só mente, nós não somos só corpo, nós somos social, nós somos espiritual. A saúde mental está inserida nisso. A saúde da mente está relacionada com o corpo, com o emocional, com o material, com o familiar, com o social e com o espiritual, ela não é só mente. Então a saúde mental é integrada a todos estes fatores, inclusive o material. Portanto, **a abordagem da saúde mental deve ser feita, na minha opinião, observando o ser humano como ser holístico**, não como ser apenas mental e que apresenta tais ou tais transtornos. Ele é um ser holístico, que abrange todos estes aspectos: sociais, familiares, espirituais, físico, mentais, materiais.” (AS C)

Pode-se observar que é citado o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS, porém quando se trata em analisar que saúde é um direito, nada se é ressaltado pelas entrevistadas, ficando a saúde mais a cargo e responsabilidade da família, comunidade e esquecendo-se do Estado, como provedor e mantenedor do direito constitucional e universal que é a saúde.

Retorno aqui a questão que perpassa essa pesquisa, a intervenção do Assistente Social na saúde mental, e ao analisar esses relatos pode-se inferir que a concepção de direito que muitas vezes é algo que se remete ao profissional de Serviço Social, aqui não é tido como o tal, enfim o próprio profissional não reconhece o caráter do direito em sua área de intervenção.

Ressalta-se ainda, na fala da assistente social, que a mesma utiliza o termo holístico para dizer que o ser humano precisa ser reconhecido e atendido em sua totalidade. Esse termo remete a um caráter de intervenção sistêmico. Faz-se necessário observar que uma abordagem sistêmica faz parte de uma matriz positivista, dentro da

perspectiva modernizadora que foi uma das direções assumidas pelo Serviço Social tradicional durante o Movimento de Renovação do Serviço Social brasileiro:

“(...) *perspectiva modernizadora* (...). Trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional que, se encontra o auge da sua formulação exatamente na segunda metade dos anos sessenta – seus grandes monumentos, sem dúvidas, são os textos dos seminários de Araxá e Teresópolis. (...) o núcleo central desta perspectiva é a tematização do Serviço Social como interveniente, dinamizador e integrador, no processo de desenvolvimento. (...) constatam-se reiterações da tradição, registram-se avanços inequívocos, com aportes extraídos do *back-ground* pertinente ao **estrutural-funcionalismo**<sup>39</sup> norte-americano. Este é o caráter modernizador desta perspectiva: ela aceita como dado inquestionável a ordem sociopolítica derivada de abril e procura dotar a profissão de referências e instrumentos capazes de responder às demandas que se apresentam nos seus limites – donde, aliás, o cariz tecnocrático do perfil que pretende atribuir ao Serviço Social no país. (...) o lastro eclético que é portadora.” (NETTO, 2006 154-155)

Sendo assim, têm-se traços do pensamento conservador no que concerne a concepção de saúde mental de parte das entrevistadas, observa-se ainda, que tais traços não ficam apenas na fala, na concepção, mas que essa concepção perpassa e determina a forma de intervir nas expressões da Questão Social, ou seja, na forma da intervenção com os usuários da política de saúde mental.

Observe a fala de uma das assistentes sociais entrevistada:

“qualquer campo do Serviço Social a Psicologia é importante porque nós lidamos com seres humanos. É muito importante ter conhecimentos, seja em qualquer área: da **Psicologia, da Filosofia, da Sociologia, da História**. Então eu sempre procurei leituras nesta área porque elas nos falam sobre os **seres humanos em geral**<sup>40</sup>. Então como nós lidamos com os seres humanos em qualquer área que seja eu considero que esses estudos são importantes também para a compreensão e o saber lidar com as pessoas.” (AS C)

Ressalta-se que o Serviço Social não visa entender o “ser humano”, é sim, uma “*profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade*”. Profissão que precisa “*apreender os processos macroscópicos que atravessam todas as especializações do trabalho, inclusive, o Serviço Social*.” Faz-se necessário compreender o que o Serviço Social se propõe, assim também qual é objeto de análise e intervenção – Questão Social.

---

<sup>39</sup> Grifos meus.

<sup>40</sup> Grifos meus.

É perceptível nas falas de algumas entrevistadas, traços expressivos do pensamento conservador, tem-se no Movimento de Renovação uma direção chamada reatualização do conservadorismo, onde concede:

“(…) um relevo destacado às dimensões da subjetividade, ela atende às requisições fortemente psicologistas que surgem em amplos extratos profissionais cujo desempenho está travejado por um eticismo abstrato. Sabe-se que a retórica irracionalista da **“humanização”** (cristã tradicional ou de fundo existencialista) adquire saliência especial em contextos capitalistas de rápido desenvolvimento das forças produtivas: à crescente burocratização “massificadora” da vida social, ela opõe a **valorização “profunda” da “personalidade”, das “realidades psíquicas”, das “situações existenciais”** etc. Enfim, esta perspectiva – correlatamente ao anterior – se beneficia de todo um acúmulo ainda vigente de expectativas, historicamente respaldadas no desempenho tradicional dos assistentes sociais, referentes ao exercício do Serviço Social fundado no circuito da *ajuda psicossocial*<sup>41</sup>. (NETTO, 2006: p.158).

Nos parâmetros para a atuação do assistente social na saúde, tem bem claro que os assistentes sociais não devem desempenhar funções que não condizem com sua formação profissional:

“Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar essa questão, pois alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual, reivindicando o reconhecimento do campo psíquico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico, conforme já referido. Essa abordagem é anunciada como uma resignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão **“holística do ser humano”**<sup>42</sup>. Ressalta-se que essas ações fogem ao âmbito da competência do assistente social, pois não estão previstas na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, seja na lei de regulamentação da profissão (IAMAMOTO, 2002).” (CFESS, p.44: 2010).

---

<sup>41</sup> Grifos meus.

<sup>42</sup> Grifos meus.

A forma de se conceber um termo, no caso aqui ressaltado, a concepção de saúde mental, nos dá condição de entender melhor sobre que matriz teórica está assentada a intervenção das entrevistadas. Mostra ainda como elas intervêm, e se essa intervenção está em consonância com as ações propostas pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, por conseguinte pelo Código de Ética de 1993 que rege a profissão de Serviço Social.

O pensamento conservador é uma das veias abertas do Serviço Social, ele faz-se presente de forma sutil, nós assistentes sociais, por vezes temos uma fala de recusa a práticas conservadoras, mas é no cotidiano do trabalho, durante pequenos atendimentos, atitudes, o mesmo revela-se como forma de intervir nas expressões da Questão Social.

#### 4.4 CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS – A VISÃO DAS ENTREVISTADAS

Ao caracterizar e avaliar os serviços prestados pelo CAPS, as assistente sociais tiveram certa dificuldade, algumas disseram que o serviço é bom. Em um dos relatos, a assistente social afirma que faltam recursos financeiros, e que para um bom andamento do serviço há uma necessidade dos profissionais injetarem dinheiro na instituição, observe:

“Eu acho que são muito bons, mas eu acho que a gente luta muito com a falta de condição financeira, né? Então, por exemplo, falta... Por exemplo, o ideal, a gente já tem pedido há anos, é um carro para a gente. Por exemplo, se acontece um usuário que está doente, ou que de vez em quando transtorno possibilita isso às vezes, não querer vir, você poder ir buscar ele na hora, não ficar dependendo do carro, né? Material. Ateliê, por exemplo. No ateliê está sempre faltando tinta, está sempre faltando... Papel não, mas assim, esses quadros, né? Então a gente tem que estar sempre fazendo festinha, festa junina para levantar dinheiro. Por exemplo, na próxima semana vai ter a festa dos usuários, de aniversário do mês. **A gente sempre tem que estar injetando um dinheirinho**, fazendo bingo, fazendo as coisas, **trazendo as coisas de casa**. Então falta. Realmente eu acho que dinheiro para a Saúde tinha que vir um bolo para a Saúde Mental, porque entra gestão e sai gestão e está sempre deficitária. A gente sempre, **por amor à causa**, traz coisa de casa e trabalha fora do horário e pede, entendeu? Para ficar uma coisa... Por exemplo, eles adoram bingo, mas no bingo, se você não oferecer um presentinho fica sem graça, né? Então ali no momento que seja um brinquinho, que seja um biscoito. Para eles é interessante, né? Porque a gente está lá não só em ganhar, mas é que motiva, né? Então eu acho que a gente... **O problema é que a gente tem muita falta de recursos financeiros. O recurso acaba não chegando exatamente no serviço.**” (AS B)

Outra assistente social ressalta o cuidado ao atender o usuário com hora marcada, e o acompanhamento que se faz com o usuário e a família do mesmo. Ressalta

ainda de limites dentro da própria equipe, mas que apesar dos mesmos, há uma discussão dos casos e um respeito com o direito do usuário. Observe:

“Olha, eu acho que o serviço eles são bastante bons, em termos, se a gente comparar com que a gente tem no restante da saúde, não é assim, não estou dizendo só da saúde, a **gente procura atender... tem horário marcado, então atender pessoas no horário, ter um respeito em relação à essas coisas, estar atento às necessidades da pessoa, se ela está vindo ou não está vindo, o que aconteceu, fazer contato, procurar saber, valorizar os avanços das pessoas, valorizar a família**, ter um espaço para que as pessoas possam dizer dos seus momentos, das suas penas aí, vamos dizer assim, as suas questões, então nesse sentido eu acho que a gente tem um trabalho bastante bom, sabe, a gente procura, claro, não é **uma equipe, um mar de rosas, mas a gente procura sempre estar conversando, estar discutindo os casos que a gente estar atendendo**, estar todo mundo muito atento assim ao que é do direito da pessoa, o que é possível, dentro de uma ética de cada profissão, a gente tenta manter isso, então nesse sentido eu acho que é bastante bom.” (AS E)

Ao caracterizarem os serviços prestados por elas – assistentes sociais – a maioria fez uma autocrítica, pontuando que o serviço poderia ser melhor, mas que existiam questões e limites externos a sua “boa vontade”. A lógica neoliberal da produtividade presente na política de saúde acaba por aumentar a sensação de limite que algumas assistentes sociais convivem. A falta de tempo para refletir as ações é colocada como um atenuante na não efetivação de um bom serviço.

“Olha eu acho que é ainda poderia melhorar, sabe, a gente sempre fica pensando nisso, mas esbarra em questões que vão além da vontade da gente também, não é, nem sempre é fácil você fazer uma articulação com outros setores, com outras instituições, isso atrapalha um pouco, as pessoas às vezes não compreendem o que você está buscando, o que você está propondo, **existe uma cobrança não só na instituição como um todo, da produtividade**, então as pessoas não entendem que a porta de entrada, por exemplo, não é a mesma de saída, então entra com muito mais facilidade do que sai, a pessoa entra hoje, não quer dizer que ela vai sair amanhã, daqui um mês, daqui três meses, pode ou não sair, portanto a rotatividade não é a mesma, isso é um dificultador que as outras pessoas de outros setores de serviço, de outras instituições, não entendem isso, não é uma coisa automática, é um processo, depende de cada um, de cada paciente, e isso dificulta bastante, **porque vira e mexe a gente fica sobrecarregada**, e aí complica, porque você prestar um bom atendimento **estando sobrecarregada, não tendo tempo para discussão, não tendo tempo para... a gente precisa de um tempo para refletir, em que atitude vai tomar**, o que você vai fazer, qual a forma, pesquisar o serviço, porque as coisas mudam, há procura em tal lugar, tal lugar já fechou, não tem mais, fulano não está lá, mudou tudo, não é assim mais, isso dificulta o trabalho da gente, é você ficar o tempo todo atento à essas mudanças, sabendo de tudo, isso também toma tempo, não é uma coisa fácil não.” (AS E)

“Eu às vezes **me sinto limitada**, não é, porque o problema é muito maior, precisa ter o apoio de outras instituições pra poder levar o serviço social, né, efetivar, porque sozinha às vezes eu me sinto muito impotente pra resolver tudo. A parte de direitos, tudo bem, né, a gente informa ao usuário, orienta, mas na inserção social (...)”. (AS F).

É perceptível pelas falas das Assistentes Sociais que existem limites precisos em sua intervenção que acabam por inferir na qualidade dos serviços prestados, o que não

fica tão claro é a percepção das mesmas que esses limites existem devido a algo maior do que a falta de “boa vontade” da prefeitura de Juiz de Fora em investir na política de saúde mental. Precisa-se refletir como atualmente as políticas públicas estão organizadas no Estado, entendo sobre qual ideário elas estão sendo gestadas, ideário neoliberal, que tem como elementos norteadores uma política social fragmentada, focalista, descentralizada e insuficiente para responder as demandas de seus usuários.

“(…) traço comum nas estratégias neoliberais de (des) estruturação dos serviços sociais públicos é a **descentralização de serviços sociais**. (...) A descentralização tem se caracterizado pela mera transferência da responsabilidade sobre serviços completamente deteriorados e sem financiamento para níveis locais de governo. Estes, de modo geral com menor poder de arrecadação que o nível federal, recebem tais serviços para fechá-los ou mantê-los num nível mínimo de funcionamento. (...) A **privatização total ou parcial dos serviços** constitui-se em estratégia que, de modo geral, acompanha a descentralização. (...) Uma das estratégias mais disseminadas (...) é a **focalização**<sup>43</sup>. A idéia é a de que os gastos e os serviços sociais público\estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos pobres ” (SOARES, 2002: p. 77, 78 e 79).

Ao visualizar e analisar os processos macro societários que permeiam a realidade em que estamos inseridas enquanto assistentes sociais pode-se construir propostas de intervenção que visem o fortalecimento do nosso usuário, com vistas a uma transformação social que busque romper com o modo de produção instaurado.

E ao se apreender todo esse processo fica mais nítido a identificação de responsáveis por uma política pública de qualidade e para todos, não culpabilizando familiares, usuários e profissionais.

## 4.5 A INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL: PERMEADA POR INTERVENÇÕES CONSERVADORAS?

### 4.5.1 INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

---

<sup>43</sup> Grifos meus.

Santos (2003), embasada em Guerra expõe que para o exercício da intervenção profissional em Serviço Social, o Assistente Social precisa ter conhecimento “*da situação, o cotidiano de sua prática, dos meios e condições de sua realização, das possibilidades que a realidade contém e das tendências que suas ações poderão desencadear*”. (GUERRA in SANTOS 2003, p. 29). Santos (2003), conclui então que o profissional precisa estar fundamentado em uma teoria social. A escolha de uma teoria social dará o ordenamento, a direção de sua intervenção profissional, de suas ações, e percepções.

Suguihiro (1999) ressalta que:

“É importante entender que o saber que deriva da prática profissional não se coloca imediatamente de modo pronto e acabado, mas é um conhecimento que se constrói: “desenvolve, traduz, codifica e decodifica um conjunto de questões que se colocam à prática profissional em determinado momento” (Baptista,1986:4), e delas extrai um saber.” (SUGUIHIRO 1999, p.3).

O profissional de Serviço Social precisa em sua intervenção profissional uma postura crítica, investigativa e interventiva sobre a realidade que intervém. Soluções mágicas não serão encontradas no cotidiano, o que se pode fazer é construir soluções e alternativas entendendo a dinâmica da realidade, e para tanto faz-se necessário a dimensão investigativa:

“Assim, o desafio está em apreender e desvelar os limites e as possibilidades potenciais presentes na dinâmica da vida cotidiana profissional. Esta via de abordagem tem como respaldo a percepção de que a prática profissional se constitui em espaço privilegiado para apropriação das potencialidades da intervenção, na medida em que se vê frente as diferentes expressões da vida cotidiana, as quais formam um mosaico que, dependendo do modo que se debruçar sobre ele, permite uma apreensão totalizante da realidade nas suas variadas dimensões e, em consequência, a construção de uma prática de espectro abrangente. Assim, para desencadear um processo de desvelamento do que se oculta nas práticas cotidianas dos assistentes sociais e, concomitantemente, apreender as possibilidades do “novo”, **faz-se necessário a incorporação da ação investigativa como instrumento para o exercício profissional**<sup>44</sup>. A investigação possibilita o resgate e a reconstrução da ação cotidiana dos assistentes sociais,

---

<sup>44</sup> Grifos meus.

capturando suas determinações e seus nexos através de estudo reiterado e crítico da realidade social.” (SUGUIHIRO 1999, p.5).

A dimensão investigativa nos dá possibilidades de intervenção quando nós profissionais de Serviço Social nos sentimos limitados em nossa intervenção profissional. Ela nos dá a oportunidade de sairmos da aparência das demandas para a essência, onde ali, e só ali, poderemos entender a complexidade dos fenômenos e buscar alternativas de intervenções que vão além da demanda imediata:

“(…) com uma ação investigativa que tenha uma nítida preocupação com a prática, de forma a garantir um nível de reflexão que permita não apenas apreender o real imediato com suas contradições, mas também **desvelar o que está oculto no aparente**. Deve, ainda, possibilitar, além do resgate dialético das dimensões que dão movimento à prática profissional – **dimensão do fazer e a do pensar** – a percepção dos meios de sua superação. A ação investigativa dá aos profissionais a oportunidade de pensar em si mesmos e ao seu fazer profissional. Isto requer dos profissionais disposição de analisar e refletir, de forma aberta e transparente, suas ações, seus dilemas e falsos dilemas, imbuídos pelo interesse em desenvolver uma ação planejada, resultante daquela reflexão, permitindo o enfrentamento de suas questões operativas principais. **A intenção de desvelar as práticas ocultas do cotidiano só pode efetivar-se a partir da e na ação profissional.**<sup>45</sup>” (SUGUIHIRO 1999, p.6).

O Assistente Social em seu cotidiano profissional precisa registrar e sistematizar sua intervenção, através de planos de trabalho, relatórios (de visitas, atendimentos, supervisões, avaliações), pareceres, prontuários, atas, cronogramas, diário de campo etc. Quando se registra as ações, o profissional tem a possibilidade de planejar ações futuras, embasadas em análises quantitativas e qualitativas do trabalho desenvolvido. O registro possibilita ao profissional manter uma linha histórica e cronológica de suas ações, e possibilita a garantia da continuidade das ações por outro profissional. Segundo Miotto et AL (2007):

“É através da sistematização da intervenção que se desenvolvem tanto os processos investigativos sobre a realidade social, os sujeitos e o processo de intervenção profissional, quanto de marcos orientadores para as ações profissionais articuladas em diferentes processos de intervenção, como também na articulação entre esses

---

<sup>45</sup> Grifos meus.

mesmos processos. Para tanto, destaca-se a importância das análises e/ou diagnósticos sobre a realidade social e sobre as demandas singulares da população atendida. Dessa forma, a documentação pode ser considerada como um elemento constitutivo da ação profissional, uma vez que ela lhe dá materialidade ao comprovar a realização da ação (...).” (MIOTO et al, p. 95: 2007).

A ação de registrar, documentar, sistematizar e arquivar as ações possibilita a instituição construir um histórico do Serviço Social na mesma, se atentando para os impactos produzidos qualitativamente e quantitativamente no que diz respeito à proposta da instituição ao ter em seu quadro um profissional de Serviço Social.

O registro também mostra o comprometimento do profissional com o usuário que acessa o serviço, dando ao atendimento a transparência nas ações e respeito pelo que é informado nas entrevistas e relatos.

Para Faleiros (2005), o profissional de Serviço Social em sua prática profissional precisa conhecer as trajetórias sociais individuais, a fim de construir uma intervenção que busque a ruptura com referências e identificações de dominação e segregação. Para o autor devem-se construir estratégias onde os “dominados” possam ser fortalecidos, mas para tanto se faz necessário entender a dinâmica das forças, as correlações de força e os atores envolvidos.

Faleiros (2005) enfatiza a necessidade potencializar e fortalecer o usuário (cliente)<sup>46</sup>, criando uma relação entre profissional e usuário, relação essa, que segundo o autor, consiste em uma articulação de mediações e estratégias de ações dos atores envolvidos. Para o autor:

“A particularidade da intervenção em Serviço Social está no movimento das relações sociais mais gerais do processo de reprodução dessas relações no capitalismo. Esse processo, no entanto, não é automático, mas está imbricado em contradições e conflitos das forças sociais. (...) O eixo da intervenção, nessa perspectiva, não é a reprodução em geral nem a singularidade de um caso ou um recurso, mas a *mediação* da correlação e forças para mudar as condições em que recursos e problemas se colocam e se destinam ao bloco dominado. (...) Para se trabalhar a força e o saber do dominado com ele numa nova relação profissional que dinamize categorias próprias que levem à crítica da prática conservadora para uma prática crítica.” (FALEIROS, 2005, p.120).

---

<sup>46</sup> O autor utiliza do termo cliente para caracterizar os usuários dos serviços prestados pelo Serviço Social.

Assim sendo, o autor considera o usuário (cliente) como principal agente no processo de ruptura com a dominação, sem essa relação à intervenção não se concretiza.

Moreira (2006) faz a discussão da intervenção profissional e o projeto ético-político da profissão, para a autora:

“A consolidação e a efetivação do projeto ético-político profissional na prática profissional cotidiana dos assistentes sociais é, sem dúvida um dos maiores desafios para os sujeitos políticos identificados com esta perspectiva teórico-metodológica na atualidade. A efetivação do projeto ético-político profissional, contudo não depende somente da qualificação e do compromisso individual do assistente social: requer o compromisso da categoria como um todo, exige organização política e análise crítica da realidade para compreensão do momento histórico no qual vivemos e suas implicações para o exercício profissional, exige construção de ações que levem à superação do quadro macro-societário.” ( MOREIRA, 2006, p. 91).

Como podemos verificar a intervenção crítica do profissional em Serviço Social possui vários elementos cruciais para sua efetivação, Santos (2003) apresenta a necessidade de uma teoria social para orientar a intervenção do Assistente Social, buscando assim não cair no ecletismo; Moreira (2006) apresenta o desafio do projeto ético-político da profissão; Faleiros (2005) expõe a necessidade de se ter uma relação entre usuário (cliente) e profissional, que busque o fortalecimento do usuário (cliente), enfim, para a consolidação de uma intervenção arraigada nos pressupostos do projeto ético-político, em uma perspectiva crítica dialética faz-se necessário não apenas romper com práticas conservadoras, mas fortalecer as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política da profissão, mas com o cuidado de não utilizar cada uma dessas dimensões de forma fragmentada, em separado, mas entendendo-as como um arcabouço para a intervenção do Assistente Social, onde são interdependentes.

Quando se analisa a intervenção do profissional de Serviço Social em Saúde Mental, Bisneto (2009) aponta que o início da intervenção dos assistentes sociais na saúde mental foi marcado pela falta de referenciais metodológicos do Serviço Social em Saúde Mental para o norteamento da intervenção profissional:

“A atuação do Serviço Social em Psiquiatria no Brasil tomou vulto (em termos de grande número de profissionais na área) no contexto do Movimento de Reconceitualização, em que predominavam as metodologias oriundas do desenvolvimentismo, da fenomenologia e do marxismo. Na época, as universidades públicas e católicas de Serviço Social

com pós-graduação apresentavam uma hegemonia das teorias provenientes da tradição marxista, em que a produção teórica se voltava para refrações mais evidentes da “questão social”. (...) mas não houve ênfase no desenvolvimento e publicação de textos de Serviço Social em Saúde Mental para a situação brasileira, o que resultou em um **vazio metodológico**.<sup>47</sup>” (BISNETO, 2009: p.45).

Bisneto (2009) faz uma análise do ensino do Serviço Social no Brasil ressaltando a metodologia de Serviço Social em saúde mental. O autor traz elementos que nos fazem refletir sobre o não “*desenvolvimento metodológico em Serviço Social na Saúde Mental dentro da nova pós-graduação*”. (BISNETO, 2009: p.46). Ou seja, nem com o advento de cursos de pós-graduação embasados em uma perspectiva de ruptura com o conservadorismo verificou-se a possibilidade do desenvolvimento de substrato teórico do Serviço Social em Saúde Mental, assim sendo “*faltou criação de substrato teórico para prática*” (BISNETO, 2009:p.46).

Pode-se inferir que analisar a intervenção dos assistentes sociais levando em consideração apenas o ponto de vista metodológico, acaba por minar outros elementos que se fazem necessários na intervenção, assim sendo precisa-se resgatar as dimensões: ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica; esse tripé constitui a intervenção dos assistentes sociais, cada dimensão isolada não dá conta de responder as inúmeras expressões da Questão Social, cada dimensão dessas

“são fundamentais e complementam entre si. Porém, aprisionados em si mesmos, transformam-se em limites que vêm tecendo o cenário de algumas dificuldades, identificadas pela categoria profissional, que necessitam ser ultrapassadas: o teorismo, o militanteismo e o tecnicismo” (IAMAMOTO, 2005: p. 53).

Analisar a intervenção profissional é, portanto, um desafio atual, complexo e arriscado, já que se pode cair nas armadilhas de fazer análises superficiais e fragmentadas, produzindo assim um conhecimento que não consegue se aproximar da realidade e/ou nem dar respostas efetivas as expressões da Questão Social.

#### 4.5.2 INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL: RUPTURA COM CONSERVADORISMO?

Há na intervenção das Assistentes Sociais entrevistadas uma busca de leituras em outras áreas, como se a formação em Serviço Social não fornecesse uma base teórica

---

<sup>47</sup> Grifos meus.

e prática para as mesmas intervirem na área da saúde mental, assim sendo as Assistentes Sociais acabam estudando disciplinas, livros, autores distantes da formação crítica que o Serviço Social se propõe atualmente. Observe os relatos:

“Eu já li muitos livros de Serviço Social especificamente na época da faculdade, alguns anos depois, específicos de Serviço Social. E mais tarde eu procurei ler outras leituras para complementar os conhecimentos do Serviço Social. Procurei ler **livros ligados à Psicologia para complementar...** (AS C)

Porque específico em Serviço Social é o que eu estou te falando: eu não tenho lido não. Mas eu li muito sobre **reabilitação psicossocial**, Saraceno, tenho lido também do... Ai, gente, eu não lembro o nome dele. Que o livro são dez capítulos e **é um psicanalista falando da terapia dele nos dez casos, que é um livro do...** Não é do Saraceno não, é do mesmo autor do... Ai, meu Deus, como é que chama aquele? Que é também um psicanalista muito famoso? (...) Tem aquela menina, mas agora o nome eu esqueci, gente. **Que é sobre várias terapias.** E o que eu te falei, mais textos assim esporádicos na internet, livro **mesmo de Serviço Social não leio não**, tem muito tempo que eu não leio. (AS B)

**Eu li mais livros na área de saúde mental, por conta da especialização.** (AS F)

Ressalta-se que realmente existe pouca bibliografia a respeito da temática Saúde Mental e Serviço Social, e que a procura de referenciais teóricos na área de inserção do profissional de Serviço Social não é uma característica dos que estão inseridos na política de saúde mental, é notável que os profissionais ao se inserirem nas políticas sociais acabam por terem maiores aproximações às bibliografias referentes a política inserida, porém o que não se pode perder de vista, é que o profissional está inserido naquela determinada política por ser um assistente social e por isso ele precisa levar para essa política as contribuições do Serviço Social. Os relatos de leitura sobre a política de saúde mental fizeram parte das entrevistas, assim como leituras sobre assuntos que atravessam a prática, mas não deveriam ser o objeto de intervenção.

Quando uma das entrevistadas expõe que Saraceno<sup>48</sup> tem sido uma das leituras constantes, vemos mesmo uma aproximação de autores que falam sobre a reforma psiquiátrica, sobre formas de tratamento em saúde mental, e a leitura sobre o Serviço Social não é tida com prioridade.

Da nossa profissão? (...) Eu não tenho lido. Eu acho que eu acabei me envolvendo com esse **assunto de terapia familiar, de atendimento a família**, então eu acabei encaminhando para esse lado, né, para esse assunto. (AS D)

---

<sup>48</sup> Benedetto Saraceno, psiquiatra genovês, que foi diretor por 12 anos do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Iamamoto em um debate que o CRESS 7ª Região e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ fizeram sobre as atribuições privativas do Assistente Social e o Serviço Social Clínico expôs que “*O Serviço Social psicossocial é parte da história de nossa herança profissional e foi exatamente o objeto de crítica por parte do Movimento de Reconceituação.*” (Iamamoto in CRESS 2004, p. 41).

A necessidade de se romper com práticas conservadoras que deram origem e sustentação ao trabalho do Serviço Social durante décadas se faz presente na atualidade na intervenção das assistentes sociais entrevistadas. Ao analisar as entrevistas fez-se necessário recorrer à história do Serviço Social, ressaltando a base conservadora que a profissão se sustentou em seu início, como já foi elucidado no capítulo II sobre as origens do Serviço Social no Brasil.

A influência desse pensamento conservador se faz presente na contemporaneidade na intervenção das assistentes sociais. Temos hoje assistentes com um discurso atrelado ao projeto ético-político do Serviço Social, mas com uma intervenção conservadora, apoiada em uma “escuta” que propicia a um aconselhamento, a atendimentos individuais, a intervenções pontuais e focalistas.

Mas quem faz a crítica a esse tipo de intervenção? A academia? Mas não foi ela quem deu subsídios para a formação e atuação do profissional de Serviço Social? Quem faz a reflexão da prática cotidiana e rotineira? O assistente social? Mas ele não está devorado por uma rotina institucional e por uma demanda que cresce assustadoramente todos os dias? Essas e tantas outras perguntas acabam por angustiar o profissional que muitas das vezes não consegue articular a demanda do micro com o macro, não consegue fazer uma análise de conjuntura e por vezes pergunta-se porque estudou tanto Marx na academia, se ele não responde como intervir. Mas Marx estudou e quis *conhecer teoricamente a sociedade capitalista, mas tendo em vista possibilitar sua transformação* (SANTOS, 2010: p. 17). E só entendendo a engrenagem capitalista, há possibilidades de uma intervenção que permita a compreensão que o Serviço Social sozinho não terá condições de suprimir a Questão Social, e que no modo de produção capitalista, no máximo conseguiremos amenizar as expressões da Questão Social:

(...) para garantir uma sintonia do Serviço Social com os tempos atuais, é necessário romper com uma visão endógena, focalista, uma visão “de dentro” do Serviço Social, prisioneira em seus muros internos. Alargar os horizontes, olhar para mais longe, para o movimento das classes sociais e do Estado em suas relações com a

sociedade; não para perder ou diluir as particularidades profissionais, mas, ao contrário, para iluminá-las com maior nitidez. Extrapolar o Serviço Social para melhor apreendê-lo na história da sociedade da qual ele é parte e expressão. É importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do Serviço Social, como precondição para que se possa captar novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrir alternativas de ação.” (IAMAMOTO, 2005: p.20)

O profissional de Serviço Social da ponta, o antigo executor terminal de políticas sociais, não está tão ultrapassado assim, hoje têm assistentes sociais pensando, construindo, gerindo não só a política de saúde mental, mas da assistência social, entre outras, mas hoje, pasmem ou não, século XXI, temos assistentes sociais que somente fazem o trabalho na ponta, apenas executam uma política social, que não planejaram e muito menos ousam discuti-la, e nem pensam em transformá-la. E podemos concluir isso através da análise das entrevistas desse trabalho. Temos assistentes sociais que não participam de conselhos, que não mobilizam a população na busca de melhorar ou quem sabe até mudar os rumos e ideários da política que estão inseridas.

Segundo Vasconcelos:

“Os assistentes sociais são levados a um trabalho conservador que, direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente reproduz e /ou reforça os *status quo*, sem conseguirem romper, na prática, com valores conservadores. Assim, mesmo apoiando o projeto hegemônico no debate teórico do Serviço Social, a maioria desses profissionais realiza atividades profissionais na direção contrária aos interesses históricos das classes trabalhadoras expressos na negação e luta contra a exploração do trabalho. Sem capacidade para antecipar suas ações, os assistentes sociais realizam atividades isoladas e não uma prática profissional, visto que as atividades desenvolvidas não se constituem numa ação planejada por meio da qual objetivam alcançar metas e fins definidos em resposta à demandas colocadas ao Serviço Social: demandas institucionais e demandas dos usuários, nas suas inter-relações. Dessa forma, as ações profissionais, no seu conjunto, não expressam um processo consciente e a responsabilidade em contribuir para transformação/superação do *status quo*”.

(VASCONCELOS 2009, p. 31 e 32)

O trabalho nas equipes de saúde mental possuem essas e outras características que Vasconcelos ressaltou e quando se analisa a inserção do serviço social nas equipes

de saúde mental, algumas das entrevistadas pontuam que essa área é historicamente um campo de profissionais da psicologia e psiquiatria, e que fica difícil manifestar a posição do Serviço Social:

“É, predomina ainda a psicologia e medicina, né, que a gente tem que matar um leão por dia pra poder, assim, se... eu estou sozinha como assistente social, né, pra poder se impor mais a profissão. Porque veio de uma cultura já de programa, né, de saúde mental, que era só psicólogo e médico, então tem mais tendência ainda a psicologização, mas isso já está, assim, acabando aos poucos, né.” (AS F).

Mas quando perguntadas qual o processo que elas fazem para que os profissionais de Serviço Social sejam respeitados com suas especificidades nas equipes de saúde mental, há relatos:

“Há, mas eles nos respeitam, mas também temos que entender né, o histórico deles na área, e que muitas coisas não temos como opinar né.” (AS F)

Apesar de o médico nos remeter logo a cura, a medicação, há de se robustecer os pressupostos e as propostas da reforma psiquiátrica, atendendo o portador de sofrimento mental em seu todo, e não somente no aspecto da saúde-doença:

“Ainda que se leve em conta a suposta competência médica no tratamento à doença mental, é bem verdade que o que está posto para o trabalho em saúde mental não é necessariamente a finalidade da cura, exclusivamente por meio da medicação. Portanto, um conjunto de tecnologias deve estar acionado em rede, considerando-se que, em última instância, o que o trabalho em saúde mental produz em atos é um certo modo de cuidar”. (DUARTE, 2006, p. 161)

Vale ressaltar, que mesmo algumas profissões tendo disciplinas de saúde mental em sua formação acadêmica, o profissional que atua na política de saúde mental necessita discutir e problematizar quais são as especificidades da profissão de Serviço Social e quais as contribuições que a mesma podem fazer na busca da construção de uma intervenção que seja mais ampla que a intervenção clínica, intervenção essa almejada nos pressupostos da reforma psiquiátrica. O usuário, não é apenas o portador de sofrimento mental, mas ele transita em demais políticas e faz uso da rede sócio-assistencial e busca na mesma o amparo não só para amenizar ou curar seus sintomas, mas busca um lugar na sociedade e que essa o aceite com suas limitações.

Segundo Bisneto (2009):

“(...) a entrada dos assistentes sociais na Saúde Mental foi sobredeterminada pela criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico. Essas equipes não se constituíram apenas porque o Serviço Social atuaria como “apaziguador” das “questões

sociais” emergentes na área manicomial e como barateador dos custos de assistência em geral” (BISNETO, 2009: p. 50).

Assim sendo, os profissionais precisam fazer uma auto-crítica de sua inserção nas equipes multidisciplinares, entendendo que há um contexto maior de requisição de sua inserção, e essa requisição está a serviço da proposta neoliberal de sucateamento dos serviços prestados a população. Nessa perspectiva, o papel de cada profissional é determinante na superação dos desafios e na consolidação de uma intervenção comprometida com as necessidades específicas de cada área de intervenção.

Há em algumas falas das assistentes sociais entrevistadas um sentimento de conformidade e de fatalismo, como se todas as alternativas já tivessem sido tentadas, e que nos resta apenas atender bem o nosso usuário, para que ele possa pelo menos se sentir respeitado em sua dignidade humana. As políticas sociais parecem como algo maior, algo intransponível, algo que está dado, imposto, imutável. Faz-se necessário ressaltar que em todos os campos de atuação dos profissionais de Serviço Social, temos que:

“(…) a conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais; todavia impõe limites e possibilidades. Sempre existe um campo para ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social. Essa compreensão é muito importante para se evitar uma atitude *fatalista* do processo histórico e, por extensão, do Serviço Social: como se a realidade já estivesse dada em sua forma definitiva, os seus desdobramentos predeterminados e os limites estabelecidos de tal forma, que pouco se pode fazer para alterá-los.” IAMAMOTO, 2005: p. 21 e 22).

As falas de algumas das entrevistadas nos remetem a refletir sobre algumas das discussões que Iamamoto faz. Refletir que “*as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais*”. (IAMAMOTO, 2005: p.21). Cabe ao profissional utilizar de seus conhecimentos teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, ou seja, de seu arcabouço cunhado e processado durante sua vida acadêmica e profissional, na busca de encontrar caminhos onde o profissional consiga:

“(…) desenvolver sua capacidade de *decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano*. Enfim, ser um

profissional *propositivo e não só executivo.*”  
(IAMAMOTO, 2005: p. 20)

É no cotidiano profissional e institucional que se vislumbra as diferentes condições e relações sociais em que os condicionantes e determinantes interferem na atuação profissional, são condições objetivas e subjetivas, conjunturais e/ou estruturais que colocam o desafio para o assistente social onde este passa a buscar alternativas para o desdobramento para sua atuação profissional no interior do contexto atual, que está calcado na manutenção e sustentação do sistema capitalista.

Dessa forma o assistente social para materializar os interesses coletivos dos sujeitos sociais e responder aos interesses contratantes e concomitantemente a isso reafirmar o projeto ético político profissional nas perturbadas relações sociais existentes, deve compreender e refletir sobre o cotidiano, sobre o seu fazer, como fazer para que e para quem. É necessário discutirmos a intervenção, a nossa velha e amiga companheira prática, como ela se dá e como romper com o conservadorismo em nossas ações:

(...) É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos 80. Estes são fundamentais para o entendimento da profissão hoje, pois significam o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria — intenção de ruptura — (...) e com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde, dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços. **Se o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teóricas, poucas mudanças conseguem apresentar na intervenção.**<sup>49</sup> Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente de intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. (...). (BRAVO, 2006, p.34).

O assistente social esta sujeito as normas institucionais tendo que assumir uma postura ética e comprometida com os usuários, fazendo a análise da totalidade e de todos os seus complexos envolvidos e na defesa dos direitos sociais.

---

<sup>49</sup> Grifos meus.

Os desafios são constantes, porém é necessário buscar alternativas criativas e propositivas e estratégicas para direcionar sua ação profissional pautada no projeto ético político, para que este não fique subjugado para segundo plano.

Faz-se necessário utilizar dos instrumentos que a nossa profissão dispõe na busca de tais alternativas, instrumentos esses como a visita domiciliar, que propicia ao profissional uma visão do usuário fora CAPS, um olhar de onde e como o mesmo estabelece suas relações sociais, instrumental que visa complementar o conhecimento que o assistente social e a equipe têm sobre aquele usuário e sua família na perspectiva de encontrar conjuntamente possibilidades de intervenção.

A visita domiciliar não deve ser tida como um instrumento de controle da vida do usuário, ela precisa ser realizada com planejamento, tendo claro quais são os objetivos que se desejam alcançar com a mesma. Nas protoformas do Serviço Social tinha-se o instrumento da visita domiciliar :

“(…) era a prática mais usual, situando-se como um instrumento que permitia atingir um duplo objetivo: conhecer in loco as condições de moradia e de saúde da classe trabalhadora e de socializar o ‘modo capitalista de pensar’. O uso regular dessa prática remontava a vários séculos, na verdade, pois foi regularmente utilizada pelos inspetores e comissários da Lei dos Pobres para fiscalizar as condições de vida das pessoas por ela atendidas. (...) A visita domiciliar e o inquérito com muita frequência eram utilizados, então, como instrumento de intimidação do trabalhador ou de fiscalização de sua vida pessoal e familiar.” (MARTINELLI, 2003: p. 104 - 105).

Durante as entrevistas para materialização desse trabalho, as assistentes sociais entrevistadas ao serem perguntadas se utilizam o recurso da visita domiciliar em sua intervenção profissional fizeram diferentes relatos, falaram sobre a dificuldade de conseguir carro para as visitas, fato esse ressaltado por todas, pois os CAPS não possuem carro próprio, e o veículo necessita ser agendado no Departamento de Saúde Mental, com antecedência.

Apesar das dificuldades no processo de agendamento do veículo, faz-se necessário ressaltar que a visita domiciliar é um importante instrumento de trabalho dos assistentes sociais. Assim sendo, cabe aos profissionais uma mobilização a fim de pleitear mais veículos para o Departamento de Saúde Mental do município na busca de que a demanda seja atendida. Porém, não há relatos pelas entrevistadas de nenhum

movimento no que concerne atingir esse objetivo e mais uma vez fica claro uma atitude de conformidade com o sistema sem intencionalidade e nem tentativa de mudá-lo.

Para Santos & Noronha (2010), existem algumas atitudes que precisam ser tomadas antes de se fazer uma visita domiciliar:

“Para minimizar uma possível postura autoritária e fiscalizadora, os autores indicam algumas habilidades fundamentais no manuseio desse instrumento: seu planejamento antes de ser realizada, com definição de objetivos e pontos a serem trabalhados a partir desses objetivos; marcação da visita com antecedência, com explicação do motivo da visita e solicitação do consentimento do usuário para o prosseguimento das ações do assistente social, quando ele chegar ao local; e na necessidade de fazer anotações, explicação ao usuário da importância do registro e o que se vai fazer com ele. Esses cuidados vão ao encontro dos princípios que perpassam o projeto de profissão hoje. Assim, a escolha pelo uso visita domiciliar é, enfim, uma decisão que deve ser tomada levando-se em consideração a natureza da instituição, sua finalidade, mas, principalmente, a finalidade do profissional, seu referencial teórico-metodológico e ético-político, articulados aos interesses da população”. (SANTOS & NORONHA, 2010: p. 54-55).

A não realização da visita domiciliar, nos casos constatados como necessários desse instrumento, acaba por minar alguns dos pressupostos da reforma psiquiátrica, que é propiciar ao portador de sofrimento mental um atendimento fora CAPS, com vistas a sua inserção ou reinserção na sociedade.

Ao ser perguntada se faz visita domiciliar uma das assistentes sociais respondeu:

“Não, não tenho feito não, Até o momento para ser bem honesta, não julguei necessário isso, entendeu, (...) quando a gente precisa, quando é uma situação mais grave, ou alguma coisa assim, a gente solicita o agente comunitário, então a gente faz um contato com o PS e pede que seja feita uma visita, alguma coisa assim, com uma certa rapidez, explica a situação(...)” (AS E)

Ao dizer que quando precisa fazer alguma visita domiciliar solicita a uma unidade básica de saúde, para que um agente comunitário colha as informações necessárias sobre o paciente e sobre sua família, essa situação remete-me a seguinte pergunta: um agente comunitário de saúde teria competência técnico-operativo, teórico-metodológico e ético-político para fazer uma visita quando essa havia sido requisitada a um profissional de Serviço Social? Ou o agente comunitário tem outras competências e funções que não são as mesmas do profissional de Serviço Social? O assistente social

possui os instrumentos para a realização de seu trabalho e cabe a esse profissional a operacionalização dos mesmos, assim sendo:

“A noção de estria de instrumento como mero conjunto de técnicas se amplia para abranger o *conhecimento como um meio de trabalho*, sem que esse trabalhador especializado não consegue efetuar sua atividade ou trabalho. As *bases teórico-metodológica* são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo que a moldam. Assim, o conhecimento não é uma *verniz* que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo Assistente Social ao longo do seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho.” (IAMAMOTO, 2005:p. 62 e 63).

Ressalta-se que durante e após a visita domiciliar o profissional estará em seus registros, seja em forma de relatório ou ofícios, e depois nas ações e diretrizes, imprimindo a consistência de sua formação teórica, metodológica e do seu compromisso ético-político.

Outro instrumento importante utilizado pelas assistentes sociais entrevistadas é a entrevista realizada com os portadores de sofrimento mental e com seus familiares, geralmente no momento de acolhida do novo usuário ao CAPS. Foi relatado que o acolhimento é realizado sempre em dupla, sendo dois profissionais de diferentes áreas que o fazem. Em uma das instituições pesquisadas, uma assistente social relatou que estagiários fazem o acolhimento de familiares do usuário, enquanto os profissionais fazem o acolhimento do usuário.

“(...) como a gente tem mais estagiários, (...) a gente atende o paciente, o usuário, e os estagiários atendem os familiares, e aí eles vão saber, enquanto a gente está colhendo a história do usuário, o que trouxe ele aqui, como é esse uso de drogas, o que acontece ou deixa de acontecer, como é que ele está, **e os estagiários, normalmente dois, estão ouvindo os familiares para saber o que é que está acontecendo**, como eles vêm aquilo, como eles se sentem, ter uma noção, porque costuma ser um pouco diferente esses relatos, então, depois, a gente conversa sobre isso, quem fez o acolhimento do dia, os estagiários que atenderam os familiares naquele dia, discute um pouco o que foi visto, tira a dúvida deles, e aí a gente dá um encaminhamento(...)” (AS E)

Verifica-se nesse fato o sucateamento dos serviços públicos prestados, pois ao invés de contratar mais profissionais de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, entre outros, acaba-se por contratar estagiários com contratos precários e menos custosos a

prefeitura de Juiz de Fora. Fica ainda o questionamento sobre como é o atendimento prestado por esses estagiários, afinal eles ainda estão em processo de aprendizagem, e como fica a questão da supervisão direta do profissional, já que pelo que fica claro no relato, o que se tem é uma supervisão posterior ao atendimento, visando sanar dúvidas oriundas do acolhimento.

A Política Nacional de Estágio – PNE, que traz elementos sobre o estágio em Serviço Social ressalta que:

“(…) a necessidade de normatizar a relação direta, sistemática e contínua entre as Instituições de Ensino Superior, as instituições campos de estágio e os Conselhos Regionais de Serviço Social, na busca da indissociabilidade entre formação e exercício profissional; a importância de se garantir a qualidade do exercício profissional do assistente social que, para tanto, deve ter assegurada uma aprendizagem de qualidade, **por meio da supervisão direta**<sup>50</sup>, além de outros requisitos necessários à formação profissional; que a atividade de **supervisão direta do estágio em Serviço Social constitui momento ímpar no processo ensino-aprendizagem, pois se configura como elemento síntese na relação teoria-prática**<sup>51</sup>, na articulação entre pesquisa e intervenção profissional e que se consubstancia como exercício teórico prático, mediante a inserção do aluno nos diferentes espaços ocupacionais das esferas públicas e privadas, com vistas à formação profissional, conhecimento da realidade institucional, problematização teórico metodológica”. (ABEPSS)

O momento da acolhida é tido como momento interdisciplinar e segundo o linha guia de saúde mental:

“o acolhimento não pode ser atribuição exclusiva de uma determinada categoria, e sim um compromisso de todos os trabalhadores do centro de saúde. Não pode ter hora ou dia marcado, porque não é apenas uma etapa de introdução ao serviço: é pano de fundo de todo cuidado à saúde, e postura essencial ao ofício de cuidar.” SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005: p.51).

Como o acolhimento é feito por diversos profissionais inseridos nas equipes do CAPS, cabe a cada profissional trazer as contribuições de sua especificidade profissional para o acolhimento, fazendo com que realmente haja um trabalho interdisciplinar.

---

<sup>50</sup> Grifos meus.

<sup>51</sup> Grifos meus

O acolhimento utiliza-se do instrumento da entrevista, que é:

“(…) um momento épico, único e especial, de encontro entre sujeitos, no qual se faz presente o embate democrático e saudável de idéias, trajetórias e singularidades. (...) pode se transformar em um intenso momento de proliferação de análises, reflexões e experiências de vida... (...) capaz de produzir confrontos de conhecimentos e informações... (...) A importância a entrevista e de sua condução é destacada com pressupostos, habilidades e por um marco teórico para a qualificação do seu desenvolvimento. (...) uma atividade profissional com objetivos a serem alcançados. ( LEWGOY e SILVEIRA, 2007: p.235)

Assim sendo, a entrevista é um momento em que o profissional do Serviço Social ouve o usuário e a partir daí pode começar a construir estratégias para sua intervenção. Vale ressaltar que o assistente social não é o profissional da escuta. Diferentemente de um psicólogo nós assistentes sociais ouvimos o usuários, e através do nosso processo formativo, do nosso arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo transitaremos da demanda aparente a essência e assim construiremos mediações a fim de realizarmos uma intervenção respeitando o processo de autonomia do usuário.

O profissional de Serviço Social, ao utilizar do recurso da entrevista nos acolhimentos poderá utilizar as informações prestadas para possíveis intervenções:

“A entrevista, vista como um momento de estímulo à reflexão, deve priorizar, ainda, uma escuta silenciosa da população, sucedida por uma sumarização do profissional do que ele compreendeu, dando assim a oportunidade à população de confirmar ou refazer a impressão do profissional e repensar sobre o que ela mesmo disse. Enfim, deve-se deixar o usuário discorrer sobre questões conflituosas, cabendo ao profissional aprofundar as questões trazidas, trabalhando os diversos aspectos que perpassam aquela situação. (...) É necessária uma postura de problematização, de crítica e reflexão em relação ao saber trazido pela população – e não mera supervalorização do mesmo –, oferecendo-se uma contribuição teórica às situações por ela trazidas.” (SANTOS & NORONHA, 2010: p.53).

Apesar de termos uma demanda rotineira, e a todo momentos sermos requisitados a fazer intervenções pontuais, precisa-se transitar da aparência e identificar a essência dos fenômenos que nos aparecem no cotidiano profissional. A prática

rotineira, tarefaira, esvaziada de reflexão é sinônimo de uma intervenção conservadora e de manutenção da ordem burguesa:

“O fetiche da prática, fortemente impregnado na estrutura da sociedade, se apossou dos assistentes sociais, insuflando-lhes um sentido de urgência e uma prontidão para ação que roubavam qualquer possibilidade de reflexão e de crítica. (...) Sempre prontos para oferecer respostas urgentes às questões prementes, desde cedo os assistentes sociais foram imprimindo à profissão a marca do agir imediato, a ação espontânea, alienada e alienante.” (MARTINELLI, 2003: p. 127).

Com a grande quantidade de demandas que é direcionada muitas vezes ao profissional de Serviço Social, que não pode acontecer é entendermos que qualquer outro profissional poderá responder essas demandas. As equipes multidisciplinares que propõem um trabalho interdisciplinar acabam por muitas vezes propondo que todo mundo saiba fazer o serviço do outro, pois caso haja alguma falta, aquele profissional não faça tanta “falta”. Porém, verifica-se que essa reposição de profissionais acaba acontecendo com profissões que durante décadas foram subordinadas ao saber médico, pois quando falta um médico, a equipe tem bem claro que nenhum profissional que não seja médico pode substituí-lo.

Assim sendo, nas equipes do CAPS muitas vezes todos os profissionais fazem oficinas de arte, artesanato, pintura, ioga, entre outras, porque há falta de oficinairos para o desenvolvimento de tais atividades; nos horários que a assistente social não está presente outros profissionais fazem orientações a benefícios previdenciários, passe livre e outros encaminhamentos; e assim a particularidade da profissão de Serviço Social fica perdida, nos dando a impressão que não há necessidade de se ter nas equipes um profissional de Serviço Social, pois não existem especificidades dessa profissão.

Esse processo é verificado pelos relatos das próprias entrevistadas, percebe-se que profissional de Serviço Social que não contribui com sua bagagem teórica, com seu olhar diferenciado sobre as situações, com sua formação crítica sobre os processos de exploração e expropriação da força de trabalho, enfim, percebe-se um vazio no que diz respeito ao caráter político que a profissão possui, uma dimensão que vai para além de uma orientação, de um atendimento individual, mas que coaduna com os princípios do Projeto Ético - Político da profissão.

A área da saúde mental apresenta como foco de trabalho de diferentes profissionais e cada um vai atuar a partir de suas atribuições privativas, de suas

competências, das suas particularidades dos serviços que é capaz de prestar e da leitura e entendimento que se tem da política de saúde mental, em decorrência de sua formação.

O Serviço Social em Saúde Mental precisa estar conectado a outras áreas que intervêm na política de Saúde Mental, tendo uma leitura crítica destas para dar conta das demandas institucionais sem perder de vista a dimensão crítica e a visão histórica dos processos que envolvem a vida do usuário para que se coloque em prática suas proposições.

Segundo Costa et al:

“(…) para responder às particularidades, faz-se inevitável uma análise crítica da prática do assistente social, de modo que englobe os usuários, familiares, equipamentos institucionais e também uma análise macro das questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas que permeiam a dimensão micro da instituição, a fim de buscar uma melhor prestação de serviços aos usuários de Saúde Mental, bem como assistência a seus familiares. Logo, a atuação do assistente social deve contemplar tanto a área da psiquiatria quanto a do Serviço Social, realizando acolhimento, oficinas, redes de atenção, visando a cidadania, a autonomia do sujeito e inserção na família, considerando sua totalidade social.” (COSTA et al., p.11).

A intervenção em Serviço Social na política de Saúde Mental constitui-se um desafio diário e contínuo no cotidiano profissional, pois o campo da Saúde Mental possui armadilhas para o profissional, como a possibilidade de uma intervenção clínica e terapêutica.

## V CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início desse trabalho foi marcado pela paixão pelo campo da saúde mental. A busca por trabalhar na área da saúde mental me fez por diversas vezes aventurar em concursos públicos que podiam em alguns momentos me dar à possibilidade de trabalhar em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Porém, ironia da vida, meu primeiro trabalho como assistente social, não foi em um CAPS, nem em uma residência terapêutica, enfim em nenhum setor que trabalhasse diretamente com a questão da saúde mental. Em novembro de 2009 fui trabalhar em um Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, em Paraíba do Sul – RJ. E desde então fui conhecendo os meandros e a lógica que permeia a política de assistência social e como se configurava a intervenção do assistente social nessa política. E percebi que em alguns atendimentos e momentos o mesmo usuário que buscava o atendimento no CRAS com a demanda aparente de algum mínimo social: cesta básica, leite, aluguel social, entre outros; era o portador de sofrimento mental, que buscava um lugar na sociedade, que buscava retomar sua vida após anos de clausura em manicômios, que buscava sua autonomia aprendendo algum ofício.

E foi assim, reconhecendo esse usuário no todo, que pude juntamente com a equipe do CRAS possibilitar a esse usuário, portador de sofrimento mental, a sua inserção nas oficinas de inclusão produtiva do CRAS, que até então não tinham esse usuário, pois o mesmo era considerado perigoso e inapto a atividades em grupos de pessoas tidas normais; a equipe do CRAS juntamente com o departamento de saúde mental do município encontrou em alguns momentos um espaço de reuniões onde os problemas da rede eram discutidos na busca de solucioná-los ou amenizá-los. E assim, com pequenas ações pudemos fortificar a rede de atenção sócio-assistencial do município, priorizando um trabalho em conjunto nas mais diferentes frentes de atuação.

Porque começar as minhas considerações finais pontuando essa experiência de trabalho? Porque vislumbro nessa experiência um pouco do que acontece com nossa categoria profissional. Quando saímos do processo de aprendizagem na academia, saímos ansiosas por um emprego estável e de preferência em uma área que gostamos, mas isso muitas vezes não é possível, às vezes conseguimos a estabilidade de um concurso, mas somos alocadas em setores que aparentemente não gostamos. E então temos que ter a capacidade e disponibilidade de estudar e conhecer aquela política que estamos inseridas e intervir nela.

Esse processo não é fácil, e entendo que isso de certa forma aconteceu com as entrevistadas desse trabalho, todas tinham em comum a estabilidade de um concurso, todas relataram que aprenderam a gostar e trabalhar no campo da saúde mental, mas podemos inferir devido as suas falas que o campo de trabalho não foi escolha das mesmas, principalmente daquelas que quando fizeram seus respectivos concursos, nem vislumbravam a possibilidade de criação de serviços como o CAPS, já que esse serviço é recente no âmbito da política de saúde mental.

A compreensão de que a base para materialização da intervenção do assistente social é a mesma nas mais diferentes políticas sociais, só é inteligível quando nós profissionais do Serviço Social, conseguimos entender o objeto da nossa profissão. Entender que a Questão Social perpassa todas as políticas sociais, que ela está presente na vida de todos os nossos usuários, intrinsecamente ligada a nossa intervenção:

“Pode-se concluir que articular a profissão e a realidade é um dos maiores desafios, pois entende-se que o Serviço Social não atua apenas *sobre* a realidade, mas atua *na* realidade. Nesta perspectiva, compreende-se que as análises de conjuntura – com o foco privilegiado na questão social –, não são apenas o *pano de fundo que emolduram o exercício profissional*; ao contrario, são partes constitutivas da configuração do trabalho do Serviço Social, devendo ser apreendidas como tais. O esforço está, portanto, em *romper qualquer relação de exterioridade entre profissão e realidade*, atribuindo-lhe a centralidade que deve ter no exercício profissional.” (IAMAMOTO 2005, p.55).

E foi assim que pude reconhecer na minha intervenção o quanto se pode contribuir para a transformação social e autonomia de nossos usuários. Não sozinha, mas com outros profissionais, de outras áreas, que comungam idéias que podem ser semeadas na rede de proteção sócio-assistencial.

O processo de construção desse trabalho foi marcado por algumas dificuldades. Pontuo a dificuldade em marcar as entrevistas, teve Assistente Social que só após a 13ª (décima terceira) ligação consegui marcar um encontro. E quando o encontro se concretizava pude observar a falta de infra-estrutura que muitas colegas de profissão trabalham; muitas em salas divididas com outros profissionais; em uma das entrevistas cheguei a ser atendida em salas de reuniões, em salas com apenas duas cadeiras e mais nenhum tipo de móvel, e uma das entrevistas foi realizada na cozinha da instituição, pois a Assistente Social no momento não dispunha de salas vazias para atendimento.

Ponto a dificuldade em encontrar uma bibliografia que pudesse me dar chão para meu caminhar. Caminho torto e longo, afinal, concluo esse trabalho com várias prorrogações de prazo, a dificuldade em encontrar horários para as assistentes sociais serem entrevistadas, depois em encontrar uma bibliografia que me desse o suporte teórico necessário para analisar as entrevistas fizeram com que por vários momentos eu recorresse à leitura, e a busca por novas bibliografias.

Enfrentei as dificuldades diárias de conciliar estudo, trabalho e família, mas enfrentei a difícil tarefa de tentar responder os questionamentos que eu fiz ao iniciar esse estudo. Se no início o objetivo era afunilar meu objeto de estudo até chegar a uma questão fundante (aqui relembro as aulas da Professora Claudia Monica), esse objetivo foi alcançado com as inúmeras orientações da Professora Carina.

Com o término do processo de investigação, cujo produto resultou na dissertação que ora se apresenta, chega-se a algumas inferências, uma das quais merece ser elencada é a de que existe no trabalho dos assistentes sociais do CAPS de Juiz de Fora traços do pensamento conservador, e que esse se materializa em práticas pontuais, focalistas, tecnicistas, burocratizadas, despolitizadas, ; com características de “escuta”, atenção “psicossocial”, terapia familiar<sup>52</sup>, enfim, apesar de todas dizerem que não possuem uma prática clínica e/ou terapêutica verifica-se um direcionamento na intervenção das mesmas para tais práticas.

Assim tem-se que:

“O conservadorismo não se reduz ao tradicionalismo. Enquanto subestima o caráter histórico-progressivo das transformações capitalistas, a crítica conservadora dispõe de um componente anticapitalista romântico. (...) o pensamento é conservador porque é *antimoderno*. Ele atinge não apenas as Ciências Sociais e o Serviço Social. Expressa-se também na arte e literatura, consubstanciado no *romantismo*”.(CRESS 2004, p. 48-49).

Traços do pensamento conservador se reatualizam em um:

“(...) cenário econômico e sócio-político que marca a contemporaneidade tende a reafirmar para o Serviço Social determinados traços da profissão, que nunca foram completamente eliminados do âmbito profissional, mas que em contextos como o atual, tendem a reaparecer com força e sob novos formatos. Assim, observa-se a permanência do messianismo expresso no trabalho voluntário como meio de

---

<sup>52</sup> Ressalta-se que uma das entrevistadas especializou-se em terapia familiar, mas informou que não utiliza tais recursos em seus atendimentos.

“inserção” de profissionais no mercado de trabalho; a reatualização do ecletismo sob a bandeira do relativismo epistemológico, como garantia para o fim das barreiras institucionais e disciplinares e o tão sonhado reconhecimento profissional; o corporativismo como instrumento de contenção das metamorfoses do mundo do trabalho em detrimento da afirmação e aprofundamento da identidade e da consciência de classe; e o moralismo travestido na defesa de direitos sociais. (ORTIZ, 2007: p. 293).

Aa realização deste estudo foi de grande importância para meu amadurecimento intelectual e profissional, através deste pude aprofundar meus conhecimentos teóricos, através da bibliografia e, assim, aproximar com a discussão proposta no trabalho.

Para finalizar, parafraseio Ortiz (2007):

“(...) o conhecimento deve iluminar a ação; é só para isso, inclusive, que ele deve ter sentido. Assim, espero que as conclusões desta pesquisa tenham sido capazes de provocar a criação de estratégias, sobretudo do ponto de vista ético-político e teórico-metodológico, para o enfrentamento dos desafios do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade”. (ORTIZ, 2007: p.25)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERDI, José María. *El Estado Pavoroso de la loucura em la Argentina*. In: Cátedra Paralela n° 03. Rosário – Argentina: Editota:UNR, 2006: 37-47.

AMARANTE, P - *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

\_\_\_\_\_ e ROTELLI, Franco. *Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*. In *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Benilton Bezerra e Paulo Amarante (org.). – Rio de Janeiro: Relume: Dumará, 1992: 41-56.

\_\_\_\_\_ - *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiatrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

\_\_\_\_\_ - *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Liana Brito de C. *A Questão do Método em Marx e Lukács: o desafio da reprodução ideal de um processo real*, 2007. Disponível em: <[www.ppgte.cefetpr.br/gtteamped/trabalhos/lianabritoaraujot09.rtf](http://www.ppgte.cefetpr.br/gtteamped/trabalhos/lianabritoaraujot09.rtf)>. Acessado em: 28 de dezembro de 2011.

BARRÍGIO, Carla Rabelo. *Plano de Estágio Supervisionado: Prefeitura Municipal de Muriaé, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial Adélia Bizzo Xaia*. Minas Gerais, 2006.

BASAGLIA, Franco. *Scritti, a cura di F. Ongaro Basaglia*, Einaudi, Torino 1981, vol II, p. 430.

\_\_\_\_\_. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASTOS, Othon. *Primórdios da psiquiatria no Brasil*. In *Revista da Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 29, n. 02, Porto Alegre, 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000200004&script=sci_arttext). Acessado em 20 de fevereiro de 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do estado e*

*perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BISNETO, Augusto José. *Uma análise da prática do serviço social em saúde mental*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. 82, São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_ - *Serviço Social e Saúde Mental*. 2 ed. São Paulo: Cortez:2009.

BOARINI, Maria Lúcia; et al. (org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem, 2000.

BRAITENBACH, Diana Paim de Figueiredo. *Interdisciplinaridade: reflexões sobre o atual campo da saúde mental no Brasil*. UFBA .Salvador, 2006.

BRANT, Gilda Aparecida Deliberador. *Dados para uma análise da prática profissional na área da saúde mental*. In: Serviço Social e Sociedade nº16. São Paulo: Cortez, 1984: 85-96.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza; et al. (org.). *Saúde e serviço social*. 2. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

\_\_\_\_\_. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

COSTA, Ana Paula de Oliveira; SOUZA, Arécia de; FREITAS, Tatiana Ribeiro Dias de; MENEZES, Maria Ione Vasconcelos de. *Serviço social e saúde mental: uma análise da prática profissional no CAPS Liberdade 24h Dr. Wilson Rocha em Aracajú- SE*.

CFESS. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília, 2010.

CRESS. *Coletânea de leis*. Belo Horizonte 2006.

DUARTE, Marco José de Oliveira. *O campo da atenção psicossocial na política de*

*saúde mental e o serviço social*. In Serviço Social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

\_\_\_\_\_. *Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições* in Saúde e Serviço Social. 2. ed. São Paulo: Cortez, UERJ, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Estratégias em Serviço Social*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

FILHO, Rodrigo de Souza. *Apontamento sobre o materialismo dialético*. Libertas, v. 2, n. 2 Jul – dez 2002 – v. 3, n.1 e n.2 Jan – dez 2003. Juiz de Fora: UFJF – FSS, 2003, p.115 – 130.

FORTI, Valeria. *Ética, crime e loucura*. Lumen Juris, 2010.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GONÇALVES, Maria Lúcia Rodrigues. *Saúde Mental e Trabalho Social*. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. São Paulo, Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaio Crítico*. 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.

\_\_\_\_\_ e CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 19. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2006.

IANNI, O. *Dialética e Capitalismo*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1988 (Capítulos I, II).

JODELET, Denise. *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005.

KOSIK, K. *O mundo da Pseudoconcreticidade e a sua destruição* in *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 3 ed. 1976, p. 9-54.

LEFEBVRE, Henri. *O Marxismo*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Difel, 1979 (Introdução).

\_\_\_\_\_. Henri. *Materialismo dialético e sociologia*. Lisboa: Editorial Presença, s/d, p. 33-64.

LEWGOY, A. M. KERN, F. A. et alii. *Diário de estágio em Serviço Social* Subsídios para Reflexões. Trabalho elaborado pela turma 123, na disciplina de Metodologia III. Porto Alegre: PUCRS, setembro de 2002.

LEWGOY, A. M.; SILVEIRA, E.M.C. *A entrevista nos processos de trabalho do assistente social*. In *Revista Textos e Contextos*. Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233-251.

LEIS, Héctor Ricardo. (org.). *Sobre o conceito de interdisciplinaridade*. In *Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas*. Santa Catarina: UFSC, 2005.

LUCARELLI, C. T.; TEIXEIRA, C. C.; DURÃO, R. C. C.; et al. (org.). *Cidadania do doente mental: espaço profissional para o serviço social?* (Trabalho de Conclusão de Curso). Juiz de Fora: UFJF, 2005.

MACHADO, Graziela Scheffer. *Reforma psiquiátrica e serviço social: o trabalho dos assistentes sociais na equipe dos CAPS*. In *Abordagens Psicossociais: Perspectivas para o serviço social*. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 32 -120.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social: identidade e alienação*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MARX, Karl. *Mercadoria e moeda*. In: *Capital*. São Paulo. Editora: Conrad Editora do Brasil, 2004.

\_\_\_\_\_. *Manuscritos Econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

\_\_\_\_\_. *O Método da Economia Política*. (3a.parte). Trad. Fausto Castilho. São Paulo: IFCH/ UNICAMP, 1997.

MENEGAT, E. M. *Sobre a totalidade e a cegueira: fundamentos para uma crítica dos paradigmas de análise da cidade e dos fenômenos da urbanização na atualidade*. In: Juan D. Lombardo (Compilador). (Org.). *Paradigmas urbanos: conceitos e ideias que sustentam a cidade atual*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2007: 55-79.

MENDES, Sílvia Maria de Oliveira. *Saúde Mental e Trabalho: a transversalidade das políticas e o caso de Juiz de Fora*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, 2007.

MENTAL, Legislação de Saúde. Disponível em <http://www.ifb.org.br/>. Acessado em 13 de outubro de 2009.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5 ed. São Paulo–Rio

de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MOLJO, Carina Berta. *Trabajadores sociales em La historia: una perspectiva transformadora*. Buenos Aires: Espaço Editorial, 2005.

\_\_\_\_\_. *Mujeres em la sobrevivência construyeno com el trabajo social*. Rosário – Argentina: Editora UNR, 2001.

MIOTO, Regina Célia; LIMA, Telma Cristiane Sasso de Lima e PRA, Keli Regina Dal. *A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo*. In *Revista Textos & Contextos* v.6 n.1 jan/jun.. 2007: p.93-104.

MOREIRA, Solange da Silva. *O projeto ético-político e a prática dos assistentes sociais na saúde*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2006.

NETTO, José Paulo. *A crítica conservadora a reconceptualização* In Revista Serviço Social e Sociedade nº 05. São Paulo: Cortez, 1981.

\_\_\_\_\_. *A construção do projeto ético-político do Serviço Social* In Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64* . São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. *O movimento de reconceituação: 40 anos depois*. In Revista Serviço Social e Sociedade nº 84. São Paulo: Cortez, 2005.

ORTIZ, Fátima da Silva Grave. *O Serviço Social e sua imagem: avanços e continuidades de um processo em construção*. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL SOCIAL. *Coletânea de leis*. Belo Horizonte: O Lutador, 2005: 99-102.

PSICOLOGIA, Conselho Federal. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

RAICHELIS, Raquel. *Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil*. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2008.

ROTELLI, Franco; et al. (org.). *Desinstitucionalização, uma outra via – a reforma psiquiátrica italiana no centro da europa ocidental e dos países avançados*. Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, Claudia Monica dos. *As dimensões da prática profissional do Serviço*

*Social*. In *Libertas*, v. 2, n. 2 Jul – dez 2002 – v. 3, n.1 e n.2 Jan – dez 2003. Juiz de Fora: UFJF – FSS, 2003, p.23 -42.

SANTOS, Claudia Monica dos. NORONHA, Karine. *O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social – uma perspectiva crítica*. In *Serviço Social: temas, textos e contextos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Linha-guia de saúde mental*. Belo Horizonte, 2005.

SOARES, Adriana de Oliveira. *Serviço Social e Saúde Mental: A formação de uma prática ou uma prática em formação?* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC- Rio, 2006.

SOARES, Laura Tavares. *Os custos do ajuste neoliberal na América Latina*. 2 ed. São Paulo: Cortez 2002.

SOCIAL, Conselho Regional de Serviço. 7ª Região. *Atribuições Privativas do Serviço Social e o “Serviço Social Clínico”*. Rio de Janeiro, 2004.

SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. *A ação investigativa na prática cotidiana do Serviço Social*. In *Serviço Social em Revista* v.2 n. 1 Jul/dez 1999 Universidade Estadual de Londrina – UEL, disponível em [http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v2n1\\_invest.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n1_invest.htm) Acessado em: 23-03-2011.

TOMAZ, Cristiane Silva. *A cidadania do louco: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da luta antimanicomial*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Programa de Mestrado em Serviço Social, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área de saúde*. 6ª ed. São Paulo: Cortez 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão.; et al. (org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VICENTE, Damares Pereira. *A subalternidade, um ponto cego na experiência da loucura*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC -, 2001.

WITIUK, Ilda Lopes. *Serviço social e saúde: processo de trabalho do assistente social*. Disponível em: [http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/SSS.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/SSS.htm) Acessado em 31 de maio de 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. *Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade*. Disponível em [http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/2 -  
\\_Fundamentos historicos e teoricom Metodologicos do Servico Social brasileiro na c  
ontemporaneidade .pdf](http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/2_-_Fundamentos_historicos_e_teoricom Metodologicos_do_Servico_Social_brasileiro_na_contemporaneidade.pdf) Acessado em 23 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. *O significado social da profissão*. Texto escrito para o curso de especialização lato sensu em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS 2009.

## ANEXO 01 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Programa de Pós-Graduação em Serviço Social  
Mestrado em Serviço Social  
TEL. (032) 3229-3569  
EMAIL: [mestrado.ssocial@ufjf.edu.br](mailto:mestrado.ssocial@ufjf.edu.br)

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, residente à  
Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,  
Bairro: \_\_\_\_\_; RG nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_;  
telefone de contato \_\_\_\_\_, concordo em participar da Pesquisa  
Intitulada “A intervenção do Assistente Social na Saúde Mental: a experiência dos  
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora- MG”.

A pesquisa tem por objetivo conhecer as particularidades da intervenção do Assistente Social na Saúde Mental, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora – MG.

O instrumento de coleta de dados será um formulário contendo questões abertas e fechadas. O formulário será aplicado através de entrevistas direcionadas aos assistentes sociais, e este instrumento buscará captar informações sobre: objeto, objetivos e instrumentos do trabalho do assistente social, condições de trabalho que o assistente social está inserido; aspectos ligados a autonomia; e a intervenção do Assistente Social nos CAPS de Juiz de Fora.

Declaro que o pesquisador me explicou e que compreendi as informações que me foram transmitidas de forma clara, e que todas minhas dúvidas foram esclarecidas. Fui informado (a) que essa pesquisa poderá ser publicada futuramente, e caso isso ocorra, minha identidade será preservada.

A desistência de participar da pesquisa não implicará em nenhum dano para o entrevistado (a). Caso haja algum dano eventual a este, o pesquisador responsabiliza-se pela indenização junto ao mesmo.

A pesquisa será realizada nas dependências dos CAPS selecionados. As entrevistas serão gravadas, e posteriormente transcritas. Após as transcrições, as fitas serão inutilizadas e o material transcrito será desprezado após a análise dos

dados coletados. As despesas referentes à realização da pesquisa ficam a cargo do pesquisador.

Este termo foi elaborado em duas vias: uma destinada ao entrevistado e outra ao pesquisador.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Qualquer dúvida entrar em contato:

Pesquisador: Priscila Soares Silva – Mestranda da Faculdade de Serviço Social/UFJF.

End.: Barbosa Bastos nº117;Palhas – Paraíba do Sul - RJ. Tel.(24) 2263-1070.

Orientador: Carina Berta Moljo. Professora da Faculdade de Serviço Social/UFJF.

End: Campus Universitário s/nº. Tel: (032) 3229-3569.

Comitê de Ética e Pesquisa: End: Campus Universitário s/nº. Prédio da Biblioteca Central. Pró- Reitoria de Pesquisa Tel:(032) 2102- 3788.

Anexo 02: Roteiro para entrevistas com os Assistentes Sociais dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) de Juiz de Fora – MG.

Entrevista N..... CAPS :..... N de AS..... Duração:..... Entrevistador:.....

**1. Perfil profissional:**

1.1. A. Idade:

1.2. A. Formação Profis.: ano: B. Instituição.....

1.3. A – 1º emprego como AS: ano..... B – Local.....

C – Trabalha como AS:..... anos

1.4. Admissão na SMS: Concurso ( ) Aproveitamento ( ) Desvio de função ( )

Outro:.....

1.5. A – Quanto tempo neste CAPS:.....

B – Vínculo empregatício: CLT ( ) Est ( ) Terceirizado ( )

1.6. Você concebe que o vínculo exerce alguma influência no trabalho? E na autonomia?

1.7. A – Carga horário de contrato:.....h/ B - Carga horária Diária.....h/dia.

1.8. Trabalha: 5 dias por semana ( ) uma folga semanal ( ) Plantão 12x24 ( )

1.9. Trabalha apenas aqui, ou possui outro vínculo? Onde? E Faz quantas horas?

1.10. Qual sua função: AS ( ) CHEFE SS ( ) COORDENADOR ( )

Outra:.....

1.11. O regime de trabalho é igual para os outros profissionais de nível superior ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

1.12. Por quê?.....

1.13. Você participa de **órgão da categoria?**(S) (N).....

1.14. Quais e como?.....

1.15. Cursos: Especialização ( ) Aperfeiçoamento Profissional ( ) Pós-graduação ( ) Outros ( )

1.16. Qual (is)/onde?.....

1.17. A – Lê **jornal?** (S) (N) B – Quantas vezes na semana? ( ) C – Quais? Jornal do CRESS?.....

1.18. 1.21. Últimos **livros/revistas** lidos: A – da profissão.....

B – Outros:.....

1.19. Quais **autores** são referência para sua intervenção?.....

1.20. Por quê?.....

1.21. Quais dos **autores do Serviço Social** a seguir você já estudou?

Ana Augusta de Almeida ( )

M. Yamamoto ( )

J.P Netto ( )

V.P. Faleiros ( )

Sposati ( )

Balbina O. Vieira ( )

Eduardo Mourão Vasconcelos ( )

José Augusto Bisneto ( )

Outros.....

1.21. Pretende continuar trabalhando aqui, ou tem planos para outras áreas?

## 2. Intervenção profissional

2.1 **REFERÊNCIA DE CONHECIMENTO** ( Conhecimento sobre o movimento institucional: usuários, política de saúde mental ; **SMS**; programas,unidade,Serviço Social).

2.1.1. O que é **saúde mental** para você?

2.1.2. Em que você considera a **Constituição de 1988** importante para a prática dos assistentes sociais?

2.1.3 Como você caracteriza os **serviços prestados pela instituição** em que atua?

2.1.4. Por quê?

2.1.5. Como você caracteriza os **serviços prestados por você**?

2.1.6. Por quê?

2.1.7.O que você teria a comentar sobre a **atual Política de Saúde Mental**?

2.1.8.Você conhece o movimento da **Reforma Psiquiátrica**? S) (N)

2.1.9.Para você qual a maior contribuição desse movimento para a **questão da saúde mental no município de Juiz de Fora**?

2.1.10.Tendo em vista os **serviços de saúde prestados à população**, o que você considera importante dizer sobre:

A – a **SMS**

B – o **CAPS**:

C – os usuários:

D – os profissionais de saúde.

2.1.11.Qual a importância dos Conselhos Municipais de Saúde na atenção à Saúde prestada à população?

2.1.12.A – O Serviço Social do CAPS participa ( ) participou ( ) dos Conselhos de Saúde? (S) (N) (NS) B – Através de quem e como?

2.1.13.Se participou por que parou?

2.1.14.Como os CS participam/participavam dentro do CAPS? (NS) Indique fatos que mostrem a qualidade dessa participação.....

- 2.1.15. Quais as **necessidades de saúde** que você identifica no cotidiano da população usuária do CAPS?
- 2.1.16. Quais são as principais **demandas** para o Serviço Social por parte da **direção da unidade?**
- 2.1.17. Quais são as principais **demandas** para o Serviço Social por parte dos **profissionais da saúde?**
- 2.1.18. Quais as principais demandas para o Serviço Social por parte dos usuários?
- 2.1.19. Como você se coloca diante do **conflito entre interesses e demandas institucionais e dos interesses e demandas dos usuários?**
- 2.1.20. Quais as particularidades da intervenção do Assistente Social nos CAPS?
- 2.1.22. Como, em ordem de grandeza, chegam os usuários ao **Plantão do Serviço Social** e o que demandam do serviço?
- A – ( ) encaminhados pela rotina dos projetos.....
- B – ( ) que procuram espontaneamente
- C – ( ) encaminhados pelos demais profissionais das unidades de saúde
- D – ( ) que chegam pelos espaços criados pelo próprio Serviço Social (salas de espera etc.)
- E – ( ) encaminhamento externo
- F – ( ) outros
- 2.1.23. Conte-me como é um dia normal de trabalho, sua rotina na instituição.
- 2.1.24. Conte-me sobre sua intervenção. Como é o seu trabalho?
- 2.1.25. Há discussão de casos individuais? O Serviço Social contribui nessa discussão? Como?
- 2.1.26. Quais os limites você vislumbra em sua intervenção?
- 2.1.27. Quais as possibilidades você vislumbra em sua intervenção?
- 2.1.28. No que se refere ao sigilo profissional, à instituição propicia e proporciona espaços onde o sigilo é respeitado? De que forma?
- 2.1.29. Quais são as suas condições objetivas de trabalho, no que diz respeito ao espaço físico? Equipamentos? Correlações de forças? Incentivo a formação?
- 2.1.29. O município possui uma rede sócio-assistencial e psicossocial? Como ela é composta? Você trabalha com encaminhamentos para CRAS? CREAS? Policlínica? PSF? Hospitais? Outros? Há articulação com a rede?
- 2.1.30. Consegue fazer um trabalho articulado com os movimentos sociais? Com organizações de usuários e de familiares?
- 2.1.31. Você já ouviu falar sobre o debate do Serviço Social Clínico? Qual a sua avaliação sobre o Serviço Social clínico?

### Anexo 03: Roteiro para entrevista com agente fiscal do CRESS MG:

1. O que o CRESS entende por Serviço Social Clínico? E terapêutico?
2. Existe alguma portaria, resolução, lei, enfim existe suporte legal que ampare o CRESS na fiscalização da prática clínica e/ou terapêutica?
3. Como o CRESS tem trabalhado com a questão do Serviço Social Clínico\terapêutico?
4. Ao fazer a entrevista de campo para minha dissertação, as assistentes sociais relataram a visita do CRESS nas instituições que trabalham. Qual o objetivo dessas visitas?
5. Você pode dizer o que foi perguntado a elas?
6. O CRESS sistematiza e divulga o material dessas visitas?
7. Existe algum ponto que você queria ressaltar sobre o que foi encontrado nessas instituições?
8. As assistentes sociais são perguntadas sobre matriz teórica que seguem? O que respondem?
9. Em Juiz de Fora, existem assistentes sociais que possuem práticas clínicas\terapêuticas? Como o CRESS atua nesses casos?

## ANEXO 04: LEI PAULO DELGADO

### **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

O presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

**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 às suas necessidades;

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

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

**IV** - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

**VI** - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

**IX** - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

**Art. 3º** É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

**Art. 4º** A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no & 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

**Art. 5º** O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

**Art. 6º** A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracteriza os seus motivos.

**Parágrafo único.** São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

**I** - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

**II** - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

**III** - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

**Art. 7º** A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que opto por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

**Art. 8º** A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

**§ 1º** A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

**§ 2º** O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação estrita do familiar, ou do responsável legal, quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

**Art. 9º** A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

**Art. 10** Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

**Art. 11** Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competente e ao Conselho Nacional de Saúde.

**Art. 12** O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação dessa Lei.

**Art. 13** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 6 de abril de 2001: 180º da Independência e 113º da República

Fernando Henrique Cardoso  
José Gregori  
José Serra  
Roberto Brant

## ANEXO 05: PORTARIA N.º 336/GM – Estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

### **1ª Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.**

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais,

regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS I e II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

## *1.1 ##ASS JOSÉ SERRA*

ANEXO 06: Lei 12.317\ 2010, que dispõe sobre 30 (trinta) horas semanais de trabalho do assistente social sem rebaixamento de remuneração:

**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 12.317, DE 26 DE AGOSTO DE 2010.**

Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 5º-A:

“Art. 5º-A. A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais.”

Art. 2º Aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 26 de agosto de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

*Carlos Lupi*

*José Gomes Temporão*

*Márcia Helena Carvalho Lopes*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 27.8.2010