

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL
O Trabalho do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial
(CAPS)**

DEBORAH NAIARA LEAL AGUIAR

JUIZ DE FORA
2019

DEBORAH NAIARA LEAL AGUIAR

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL
O Trabalho do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial
(CAPS)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Supervisão de Estágio.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carina Berta Moljo

JUIZ DE FORA
2019




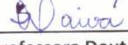
Deborah Naiara Leal Aguiar

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL
O Trabalho do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de especialização em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio (segunda turma).

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 20/12/2019, por banca composta pelas seguintes docentes:


Orientadora: Professora Doutora Carina Berta Moljo


Avaliadora: Professora Doutora Sabrina Pereira Paiva

Nota obtida: _____

Juiz de Fora
Dezembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Ao todo poderoso arquiteto do universo, ao meu pai celestial “DEUS”, responsável por me fazer crer que com fé e determinação tudo é possível e que milagres existem quando acreditamos e fazemos o bem, sem olhar a quem. Uma força que sobressai a todas e emana luz, boas energias e inspiração para continuarmos firmes dia após dia,

Agradeço aos meus pais por todo o esforço investido na minha educação e por estarem sempre me motivando a buscar uma formação continuada como diz meu pai (que possui somente o ensino fundamental incompleto), “conhecimento não ocupa espaço e nos liberta da ignorância”.

Agradeço aos meus amigos e colegas de curso que estiveram ao meu lado durante este percurso, foram inúmeras as trocas e as experiências nas sextas feiras de aula. Em especial a Aparecida Maria, minha companheirona de longos anos, sempre me motivando e me dando carga de energia e combustível para não desistir e chegar até aqui.

Sou grata a Professora Carina Berta Moljo, pela confiança depositada na minha proposta de projeto, orientando meu trabalho e tendo paciência com as limitações do meu tempo para cumprir os prazos estabelecidos. Sua sensibilidade foi fundamental para que eu pudesse concluir essa etapa, trabalhar e estudar não é nada fácil. Admiro sua dedicação e empenho.

Agradeço também ao CAPS de Mariana – MG, por todo aprendizado e inquietações, foi um trabalho que me fez desenvolver como pessoa e profissional.

Por último, quero agradecer também à Universidade Federal de Juiz de Fora e todo o seu corpo docente do curso de Serviço Social que proporcionou a ampliação dos meus conhecimentos e mais um título como especialista.

“Valeu a pena? Tudo vale a pena, se a alma não é pequena...”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Esta monografia tem como tema o trabalho do Assistente Social na saúde mental. Nesse compasso, tem-se por objetivo geral: analisar a atuação do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e por objetivos específicos: abordar as especificidades do trabalho do Assistente Social; dissertar sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e verificar as atribuições desse profissional no CAPS, que atua na perspectiva dessa reforma: contra a internação e o isolamento da pessoa com sofrimento mental. O Assistente Social tem por finalidade atender às necessidades da classe trabalhadora, viabilizando-lhe o acesso aos serviços sociais. Esse profissional também atua no CAPS, onde tem, entre outras atribuições: promover a reinserção social dos usuários e fazer levantamento sócio econômico dos usuários e suas famílias, visando assegurar seus direitos de acesso aos serviços de saúde. No CAPS, esse profissional também pode desenvolver oficinas terapêuticas; desenvolvimento de ações educativas e a visita familiar. Em suma, verifica-se que, por meio de um atendimento que busca a reinserção do usuário na sociedade, com a participação da família, a atuação do Assistente Social na saúde mental, especificamente no CAPS, contribui para a efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-Chave: Serviço Social. Assistente Social. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

ABSTRACT

This monograph has as its theme the work of the Social Worker in mental health. In this compass, the general objective is: to analyze the performance of the Social Worker in the Psychosocial Care Center (CAPS) and for specific objectives: to address the specificities of the Social Assistant's work; to talk about the Psychiatric Reform in Brazil and to verify the attributions of this professional in CAPS, who works in the perspective of this reform: against hospitalization and isolation of the person with mental suffering. The purpose of the Social Worker is to meet the needs of the working class, enabling them to access social services. This professional also works at CAPS, where he has, among other duties: promoting the social reintegration of users and conducting a socio-economic survey of users and their families, in order to ensure their rights of access to health services. At CAPS, this professional can also develop therapeutic workshops; development of educational activities and family visits. In short, it appears that, through a service that seeks the reinsertion of the user in society, with the participation of the family, the role of the Social Worker in mental health, specifically in the CAPS, contributes to the effectiveness of the Psychiatric Reform proposals.

Keywords: Social Work. Social worker Mental health. Psychosocial Care Center (CAPS).

LISTA DE SIGLAS

ABESS/CDEPSS- Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social/Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COI/COJ - Centros de Orientação Infantil/Centros de Orientação Juvenil

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

REME - Renovação Médica

SAS/MS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Leitos psiquiátricos SUS por ano (1990-2005)	29
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL	13
2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	23
3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL JUNTO AO CAPS	31
3.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): origem e caracterização	31
3.2 A inserção do Assistente Social na área de saúde mental e sua atuação no CAPS	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

INTRODUÇÃO

A presente monografia tem como tema o trabalho do Assistente Social na saúde mental. Esse tema será abordado por meio da análise da atuação desse profissional, como integrante da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), destacando que, tal atuação varia conforme cada modalidade de CAPS (CAPS I, CAPS II e CAPS III). Foi realizada uma revisão bibliográfica para a fundamentação desse estudo.

A saúde mental nos últimos anos tem passado por diversas transformações. Desde a metade do século XIX, as pessoas que possuíam algum tipo de sofrimento mental eram tratadas de forma desumanizada, tinham os direitos totalmente privados, muitas acreditavam que a solução seria a institucionalização, a internação em hospitais psiquiátricos especializados.

Na década de 1970, ganha espaço no Brasil, a proposta de Reforma Psiquiátrica que tinha por principal finalidade proporcionar um tratamento mais humanizado nos hospitais psiquiátricos.

A partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado, estabelecendo novas políticas de saúde que abarcavam inclusive a política de saúde mental. A saúde mental dentro do SUS segue diretrizes de descentralização, atendimento integral, voltada para atividades de prevenção e com a participação da comunidade, de acordo com o artigo 196 da Constituição de 1988. Foram criadas leis e portarias referentes à atenção na saúde mental, garantindo os principais eixos dos direitos sociais.

No Brasil, somando forças a Constituição de 1988, foi aprovada a Lei 10.216 de abril de 2001, que traz a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e vincula ao modelo assistencial de saúde mental. Essa lei ampara a reforma psiquiátrica que significou a conquista de uma luta social que perdurou por 12 anos¹. A reforma psiquiátrica significou uma mudança do modelo de tratamento às pessoas com

¹ Tal luta consiste no movimento social em saúde mental que adotou a bandeira do Projeto de Lei nº3.657/89, referente à Reforma Psiquiátrica no Brasil, por meio da mobilização da sociedade para a construção de uma sociedade sem manicômios. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, tal projeto se transformou na Lei 10.216 de abril de 2001. PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**, Tese de Doutorado (Ciências em Saúde Pública), 2004, p.114.

sofrimento mental, priorizando o convívio com a família e com a comunidade, de maneira preventiva e não mais corretiva e higienista.

Dando sequência, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 336/ 2002, definindo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – que constituía uma experiência implantada desde o final da década de 1980 - como estratégia reformista, passando a ser o principal equipamento de suporte a saúde mental, diferenciando-se dos hospitais psiquiátricos.

O CAPS oferece atendimento prioritário a usuários graves “em crise” e quando estabilizados, esses usuários são referenciados às Unidades Básicas de Saúde para acompanhamento ambulatorial, ações de tratamento e de reabilitação e inclusão psicossocial. O CAPS é de responsabilidade do município².

O Assistente Social no CAPS compõe o quadro de técnicos da instituição, o seu trabalho compreende um conjunto de atividades que visam à concretização, materialização, planejamento, execução e registro do serviço oferecido aos usuários. É fundamental entender que a atuação do Assistente Social não se esgota no sofrimento mental em si, mas em todas as demandas, tais como a violência, pobreza e “exclusão social”. Todas as competências e atribuições realizadas pelo profissional no seu exercício são respaldadas pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/93) e pelo Código de Ética (1993).

Buscando abordar a atuação do Assistente Social na saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica, levanta-se a seguinte questão problema: de que forma esse profissional tem contribuído para a efetivação dessa reforma? A partir dessa questão, formula-se a seguinte hipótese: o Assistente Social contribui para essa efetivação, mediante o seu trabalho no CAPS, cujo atendimento se enquadra aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, no tocante ao tratamento do usuário com a participação da família e na perspectiva de sua reinserção social.

Para o desenvolvimento do tema desta pesquisa, tem-se por objetivo geral analisar a atuação do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e por objetivos específicos: abordar as especificidades do trabalho do Assistente Social;

² MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde Mental**, 2019, n.p.

dissertar sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e verificar as atribuições desse profissional no CAPS, que atua na perspectiva dessa reforma.

No que se refere à metodologia, esta pesquisa é bibliográfica, quanto à obtenção de informações e, em relação à abordagem, esta pesquisa é qualitativa.

A pesquisa bibliográfica é realizada por meio da consulta de livros; artigos e textos impressos ou extraídos de *sites* da internet. Pádua (2012) chama a atenção para o fato de que, mesmo trabalhando com informações nas fontes citadas, o pesquisador deve ter cuidado para que suas conclusões não sejam mero resumo do material encontrado. É necessário que o pesquisador acrescente algo ao conhecimento existente.

Por sua vez, a pesquisa qualitativa, como destaca Minayo (2001), trabalha com o conjunto de valores, aspirações, atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos e dos processos, os quais não podem ser simplesmente submetidos à quantificação. A pesquisa qualitativa possui entre outras características: a hierarquização das ações de descrever, compreender e explicar; a precisão das relações entre o global e o local e a busca de resultados objetivos. Todavia, o pesquisador deve estar em alerta para alguns riscos e limites da pesquisa qualitativa, como: confiança excessiva no investigador como instrumento de coleta de dados; certeza do pesquisador no que se refere aos seus dados; sensação de domínio, por parte do pesquisador, sobre o objeto de pesquisa; envolvimento do pesquisador com os sujeitos pesquisados, etc.

No primeiro capítulo será apresentado de forma geral o trabalho do assistente social, fundamentando-se especialmente nas reflexões apresentadas por Marilda Iamamoto e Raquel Raichelis. O segundo capítulo trata da Reforma Psiquiátrica. O terceiro capítulo apresenta a inserção do Assistente Social no contexto da saúde mental, especificamente no CAPS.

1. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Este capítulo consiste em uma abordagem da atuação do Assistente Social, tendo por foco sua inserção no contexto da atual configuração do sistema capitalista, caracterizado pela precarização das condições de trabalho. Nesse sentido, busca-se chamar a atenção para o fato de que, não obstante esteja inserida na ordem do capital, esse profissional possui, segundo Yamamoto (2008), uma relativa autonomia.

O Serviço Social é uma especialização do trabalho na sociedade, inserida na divisão social e técnica do trabalho coletivo e “[...] “organicamente vinculada às configurações estruturais e conjunturais da ‘questão social’ e às formas históricas de seu enfrentamento, que são permeadas pela ação dos trabalhadores, do capital e do Estado.” (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 154 apud IYAMAMOTO, 2014, p.618)

O Serviço Social tem como centro de atuação do profissional as expressões da questão Social, a partir das exigências do capital nos processos de trabalho. Dessa forma, o Assistente Social, enquanto agente presente na divisão sócio técnica do trabalho, possui nas expressões da questão Social sua base de atuação e a questão da saúde mental se torna um dos campos importantes de sua intervenção. O Assistente Social deve compreender a determinação social da saúde (produto das condições de vida, dependente de diversos fatores que se combinam), de modo que ele não restrinja sua ação às questões imediatas, embora seja fundamental responder as tais questões. São exemplo de expressões que dão visibilidade à Questão Social, o uso de drogas, pobreza, preconceito, dentre outros.

A questão social, de acordo com Yamamoto (2001), encontra-se vinculada ao processo de acumulação e aos conflitos produzidos sobre a classe trabalhadora, expressando, assim, as desigualdades sociais produzidas na sociedade capitalista.

O trabalho exercido pelo Assistente Social na área da saúde é amplo. Diversas atividades podem ser realizadas tanto no planejamento e gestão de serviços, quanto na mobilização dos usuários. Nesse sentido, o trabalho desse profissional deve buscar uma maior aproximação da realidade social, tendo em vista a realização das intervenções

necessárias para a população. Na medida que ele atua no cotidiano dos grupos sociais menos favorecidos, adquire o conhecimento sobre a mesma realidade de atuação.

Além disso, ao se analisar o trabalho desenvolvido pelo Assistente Social, deve-se entender que o mesmo é caracterizado como “trabalho improdutivo”, ou seja, não contribui de modo direto para a acumulação do capital. Segundo Antunes (2005), na conjuntura da sociedade capitalista, os processos de trabalho são valorizados não pela relação intrínseca presente entre o homem e a natureza, mas pela exploração que ocorre do capital ao trabalho.

Ao perceber o Serviço Social como um ramo de especialização do trabalho coletivo, é preciso avaliar as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho surgidas com o processo de flexibilização da produção fortalecida pela globalização mundial. Também conhecido como acumulação flexível, esse processo surgiu em substituição à chamada acumulação rígida.

A acumulação rígida teve início na década de 1910 e que se universalizou na fase dos “anos dourados” do capitalismo imperialista³. Segundo Mota (2017), essa fase corresponde à reconstrução do segundo pós-guerra, estendendo-se até os anos, caracterizado pela expansão do sistema capitalista diante das altas taxas de crescimento econômico, ampliação de empregos e salários e forte intervenção estatal.

Tal acumulação também é conhecida, de acordo com Netto; Braz (2012), como fordismo-taylorismo⁴. Inicialmente implantado na indústria automobilística, o padrão fordista-taylorista se estruturou com base no trabalho parcelado e fragmentado, na decomposição de tarefas, que transformava o trabalho operário em um conjunto repetitivo de atividades, cuja soma resultava no trabalho coletivo produtor de automóveis⁵.

³ Configuração do sistema capitalista caracterizada pelos monopólios empresariais; fusão dos capitais bancário e industrial; crescimento da importância da exportação de capitais, em detrimento da exportação de mercadorias e formação de associações internacionais de caráter monopolista, que partilham o mundo entre si e a partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas. LÊNIN, V. Obras escolhidas, 1977 apud NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**. Uma introdução crítica, 2012, p.193. Os “anos dourados” se relaciona à fase de grande prosperidade do capitalismo imperialista. NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**. Uma introdução crítica, 2012, p.208.

⁴ Padrão de produção com base em algumas adaptações feitas por Henry Ford à gerência científica de Frederick Taylor. NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**. Uma introdução crítica, 2012, p.210.

⁵ Uma linha rígida de produção articulava os diferentes trabalhos, tecendo vínculos entre as ações individuais das quais a *esteira* (grifo no original) fazia as interligações, dando o ritmo e o tempo necessário para a realização das tarefas. Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da

Entretanto, a partir da segunda metade da década de 1960 e o início dos anos de 1970, a taxa de lucro começou a entrar em declínio, revelando a crise do capitalismo monopolista, provocada pela desvinculação do dólar do ouro e pela elevação do preço do barril do petróleo. Para agravar essa situação, surgiram manifestações culturais anticapitalistas, entre as quais, a contracultura e as lutas de minorias como negros e feministas, além da pressão do movimento sindical. Assim, a onda expansiva cede espaço a uma onda recessiva.

Essa onda recessiva que se generalizou por todas as potências imperialistas, entre 1974 e 1975, representava o fim da ilusão dos “anos dourados” e caracterizava-se pela queda das taxas de lucro e pelo recuo do crescimento. Nesse quadro, tendo por objetivo reverter a conjuntura negativa, o capitalismo traça estratégias, algumas das quais direcionadas para a estruturação do processo produtivo. Deste modo, como afirmam Netto; Braz (2012), esgota-se a modalidade de acumulação rígida, característica do padrão fordista-taylorista. Inicia-se a fase denominada acumulação flexível.

Tal acumulação surgiu no contexto da crise do capitalismo imperialista e do desenvolvimento do capitalismo contemporâneo, marcado, segundo Netto; Braz (2012), pela ideologia neoliberal⁶ e pela expansão do mercados no cenário da globalização da economia.

A acumulação flexível tem por base a flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Por meio da acumulação flexível, opera-se, segundo Netto; Braz (2012) uma reestruturação produtiva, marcada por um tipo diferenciado de produção; pela desterritorialização da produção e pela incorporação de tecnologias no processo produtivo.

De acordo com Mota (2017), o tipo diferenciado de produção é denominada seletiva, ou seja, destinada a um público específico, ao contrário da produção em massa de produtos padronizados que caracterizou o fordismo-taylorismo. Por sua vez, a desterritorialização da produção é definida por Netto; Braz (2012), como o

produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além da vigência da separação nítida entre elaboração e execução. NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**. Uma introdução crítica, 2012, p.198.

⁶ Redução do papel do Estado sobre a economia e também sobre as funções assistencialistas. NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**. Uma introdução crítica, 2012, p.238.

deslocamento de unidades de produção para novos espaços territoriais, principalmente em países subdesenvolvidos, onde a exploração da força de trabalho é mais intensa.

Ainda a respeito dessa desterritorialização, Mota (2017) afirma que, de forma distinta do predomínio das concentrações operárias em uma mesma fábrica, cidade, região ou país e da expansão da seguridade social, o capitalismo contemporâneo desterritorializa o trabalho e as mercadorias, gerando a precarização das condições e relações de trabalho, afetando, desta forma, as condições de vida e de organização das classes trabalhadoras.

Por fim, a incorporação das tecnologias (como a robótica e a microeletrônica) no processo produtivo alterou os processos de trabalho e os trabalhadores que integram a produção. Como destacam Netto; Braz (2012), essa incorporação possui as seguintes implicações para o trabalhador: exigência de capacidade intelectual para a realização de atividades cada vez mais complexas; exigência de alta qualificação e capacidade de participar de várias atividades produtivas e a substituição da tradicional hierarquização e do intenso controle sobre os trabalhadores pela redução da hierarquia através da formação de equipes de trabalho e a ênfase na importância da participação dos trabalhadores.

Verifica-se, então que, na atual configuração do sistema capitalista, se originou de uma reestruturação produtiva que gerou a precarização do trabalho, em atendimento aos interesses do processo de acumulação. E, é no interior das exigências econômicas e sociopolíticas desse processo é que se insere o campo de atuação do Assistente Social.

Esse campo é moldado conforme as condições e as relações sociais, ou seja, varia segundo os espaços sócio ocupacionais, desmitificando a ideia de um único processo de trabalho do assistente social.

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é 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 (IAMAMOTO; CARVALHO 2006, p. 20).

Segundo Lessa (2007), ao se refletir sobre o trabalho do Assistente Social, percebe-se que ele, assim como o trabalhador operário, possui a condição de um assalariado. Para esse autor, o Serviço Social não é considerado trabalho, pois opera na

sociedade, onde os indivíduos estão sujeitos a ideologias próprias do contexto social e não transforma a natureza nos bens materiais necessários para reprodução social. Ou seja, atua meramente nas relações sociais.

O Serviço Social não realiza a transformação da natureza nos bens materiais necessários à reprodução social. Não cumpre ele a função mediadora entre os homens e a natureza; pelo contrário, atua nas relações puramente sociais, nas relações entre os homens (LESSA, 2007, p. 18).

O exercício desse profissional se dá por meio da relação direta no atendimento ao usuário. Em sua ação, o Assistente Social se legitima, ou seja, encontra as respostas diante das necessidades histórico-sociais, presente tanto no campo de produção de conhecimento quanto no cotidiano dos espaços ocupacionais.

Para Iamamoto (2000), o indivíduo é produto do contexto social em que está inserido e não um dado natural. Sendo assim, as diversas formas de manifestação social da sociedade burguesa são vistas como meios para as pessoas realizarem seus fins particulares. Segundo Marx (1985), os indivíduos se tornariam independentes após serem dependentes da sociedade em que vive, ou seja, a sociedade é essencial para que o indivíduo viva e produza. Nesse sentido, a sociedade é manifestação da vida do indivíduo.

O trabalho é a forma pela qual o ser humano altera os componentes da realidade, contribuindo para a geração de valores de uso para o seu crescimento. O trabalho concreto é uma condição da vida humana, independente de todas as formas de sociedade.

Conforme Iamamoto (2000), a produtividade do trabalho se relaciona com a produção e apropriação do trabalho excedente. “Para trabalhar produtivamente, já não é necessário pôr pessoalmente a mão na obra: basta ser órgão de um trabalhador coletivo” (MARX, 1985, p.105). A produção capitalista não pode ser entendida apenas como as mercadorias, mas a situação em que trabalhador produz não para si, mas para o sistema capitalista.

Segundo Marx (1985), para que o trabalhador seja produtivo, ele precisa provocar a autovalorização do próprio capital, ou seja, o conceito de trabalho produtivo não se reduz a uma relação entre as atividades e sua utilidade, mas uma relação de produção social, na qual o trabalhador é visto como meio de valorização do capital.

Sendo assim, ao se falar de trabalho produtivo supõe ao mesmo tempo a relação que se estabelece entre o trabalho assalariado e o capital. Portanto, a produtividade do trabalho gera conseqüentemente a produtividade do capital.

Iamamoto (2000) entende o Serviço Social como forma de trabalho, pois sua prática possui como objeto as múltiplas expressões da Questão Social. O trabalho exercido pelo Assistente Social contribui para a produção e reprodução da sociedade, sendo, uma profissão necessária para a sociedade, pois contribui para a sobrevivência social.

O Serviço Social contribui para a produção e reprodução desta sociedade, ele participa deste processo enquanto trabalhador coletivo que, por meio de seu trabalho, garante a sobrevivência e a reprodução da força de trabalho. É desta forma, uma profissão socialmente necessária "[...] por que ela atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora" (IAMAMOTO, 2000, p. 67).

No entanto, o Assistente Social fica refém da falta de condições necessárias para realizar seu trabalho, ou seja, depende de recursos contidos na instituição onde trabalha, pois não possui recursos próprios, mas depende dos processos do lugar onde atua. Em cada contexto da área social sempre aparecerá uma demanda diferente para ser enfrentada.

Mas, segundo Iamamoto (2008), a utilidade do trabalho do Assistente Social está presente nos efeitos que possui sobre as condições materiais e sociais na vida das pessoas que são objeto de sua ação. Ao mesmo tempo que atua com mecanismos de exploração, age também diante das necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora. As suas atividades estão vinculadas ao controle político e ideológico do Estado. Diante das demandas da população de acesso aos serviços sociais, o Assistente Social torna-se uma ponte por onde o Estado age no cotidiano das relações, possibilitando, assim, o acesso das pessoas aos recursos e serviços sociais.

De acordo com essa visão, o Assistente Social é colocado como aquele que executa as políticas sociais, que têm como objetivo primordial suprir aquilo que os trabalhadores mais necessitam.

Enquanto trabalho útil assume as necessidades sociais e efetiva-se através das relações com outros homens, incorporando o legado material e intelectual de gerações passadas. Mas somente pode atender às necessidades sociais se o

seu trabalho puder ser compreendido como abstrato” (IAMAMOTO, 2008, p.421).

Por isso, é importante compreender que o trabalho do Assistente Social não se desenvolve fora das circunstâncias históricas e sociais. Essas são variáveis que interferem na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais sobre as suas ações profissionais.

A grande questão que gira em torno do trabalho desse profissional decorre da dimensão do trabalho útil e abstrato. Mesmo diante dessa dinâmica contraditória, o Assistente Social tem a possibilidade de redefinir os rumos da sua ação profissional. Sendo assim, ele contribui para transformação de uma sociedade onde as desigualdades sociais estão muito presentes. Dessa forma, o exercício profissional do Assistente Social deve se voltar para os interesses dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, responder aos interesses do sistema capitalista.

Segundo Iamamoto (2011), a presença do Assistente Social no mercado de trabalho é uma necessidade diante da divisão do trabalho, contribuindo para o processo de produção da sociedade capitalista. Dessa forma, as atuações desse profissional ocorrem mediante as condições presentes para atender os interesses do capital bem como os interesses da classe social trabalhadora.

As suas atividades dependem muitas vezes das condições oferecidas pela intuição em que desenvolve sua atuação, já que não é um profissional autônomo e está inserido no contexto de relações de poder próprias dos espaços sócio ocupacionais. Nesse sentido, o seu trabalho se depara com os limites das condições subjetivas e objetivas.

Os assistentes sociais não dispõem de todos os meios e condições necessárias para efetivação de seu trabalho, parte dos quais lhes são fornecidas pelas entidades empregadoras. Caso dispusesse de todas as condições necessárias para acionar sua força de trabalho, transformando em trabalho, venderia certamente os serviços ou produtos de seu trabalho e não a sua capacidade de trabalho (IAMAMOTO, 2006, p. 96)

Conforme se percebe por esse argumento de Iamamoto (2006), o Assistente Social exerce o seu trabalho no contexto de produção capitalista, como trabalhador assalariado, porém nesse processo ele não deixa de estar ao lado da classe trabalhadora.

Para Giló; Lima, (2018), a atuação desse profissional sobre as expressões da questão social, que expressam as desigualdades sociais geradas pelo capitalismo permite a tomada de consciência da classe trabalhadora sobre esse cenário, a fim de buscar e exigir do Estado melhores condições de vida.

Sendo assim, por meio da questão social que o Assistente Social intervém na reprodução social, por meio de:

[...] serviços sociais previstos em programas, tais como de saúde, educação, condições habitacionais etc. Assim, o Assistente Social é socialmente necessário, porque atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social [...]" (IAMAMOTO, 2000, p.67)

A crise econômica que abalou o capitalismo imperialista trouxe à tona o neoliberalismo, no contexto do qual ocorreu uma transformação no Estado (de um modelo de Estado interventor, passou-se ao Estado mínimo) e, de modo especial, nas políticas sociais. A grande consequência disso foi a precarização da forma humana de trabalho. O Assistente Social é inserido nesse contexto em que o trabalho sofre novas configurações no mercado, tais como a organização da produção por meio do uso de novas tecnologias, modalidades de gestão e consumo da força de trabalho, levando a uma dinâmica da economia, gerando maior flexibilização das relações do trabalho.

Esse processo de crise incide na vida social e em suas relações, exigindo novas formas de organização e prestação de serviços sociais. Dessa forma, além da reestruturação da produção, há também uma reorganização do sistema político e ideológico. Esses reordenamentos têm a missão de recuperar a produtividade exigida pelos mercados, buscando a retomada do lucro.

Desta forma, as transformações surgidas por meio da introdução das novas tecnologias objetivam o aumento dos níveis de produtividade e de maior quantidade de mais valia. No entanto, grande número de trabalhadores não tem capacidade ou qualificação suficiente para operar as novas tecnologias, o que leva à submissão às formas precárias de trabalho. Toda essa conjuntura contribui para a diminuição da oferta de empregos e, conseqüentemente, a aumento do desemprego, da terceirização, além da falta de proteção dos direitos. Antunes (2005) define essa situação como nova era de precarização social do trabalho.

Para Raichelis (2010), a dinâmica de flexibilização, precarização atinge as relações no campo das políticas sociais, trazendo graves impactos na vida do trabalhador, tais como pressões pelo aumento da produtividade, insegurança do emprego, adoecimento e diversas outras situações decorrentes dessa situação. Nesse sentido, as políticas de proteção social exigida pela situação dos trabalhadores são afetadas pelo contexto da crise contemporânea. Desse modo, cria-se um dilema entre a necessidade de proteção das garantias constitucionais e as novas configurações da questão social.

Essa realidade impacta diretamente no trabalho do Assistente Social, que, com o dispêndio de sua força de trabalho, se vê limitado frente às condições da sua autonomia profissional. Dessa forma, o dia a dia do trabalho do Assistente Social é envolvido pelos problemas que a classe trabalhadora vive, especialmente diante da diminuição dos direitos adquiridos. Ou seja, não tem como desvincular a ação dos profissionais da atual conjuntura sócio histórica. “O atual quadro sócio histórico conforma o cotidiano do exercício do Assistente Social, afetando as suas condições e as relações de trabalho, assim como as condições de vida da população usuária dos serviços sociais” (IAMAMOTO, 2012, p. 19).

Segundo Paz (2015), o surgimento de novos campos de atuação para o Assistente Social, diante das novas manifestações da questão social e de trabalho, com destaque para as precarizações especialmente com terceirização, informalidades, falta de condições adequadas para o desempenho dos serviços.

Todo o processo de transformação presente no mercado de trabalho traz inúmeros rebatimentos para o trabalho do Assistente Social, o que leva à redefinição do seu campo de atuação. Tal redefinição constitui um marco para o trabalho do Assistente Social, que demanda novas competências dos profissionais, além de um trabalho comprometido com os interesses das pessoas. É preciso superar uma política marcada por práticas clientelistas e patrimonialistas, em que a Assistência Social está associada à filantropia e à benemerência, gerando uma cultura com a ideia de favor a de direito.

Também é importante ressaltar que o Assistente Social possui, de acordo com Iamamoto (2007), uma relativa autonomia, que lhe confere a possibilidade de redirecionar o seu trabalho em direções sociais diferentes daquelas esperadas pelos seus empregadores. Nesse compasso:

[...] as necessidades e as aspirações dos segmentos subalternos, a quem o trabalho do assistente social se dirige predominantemente, podem potencializar e legitimar os rumos impressos ao mesmo, na contramão das definições 'oficiais'. (IAMAMOTO, 2007, p.14)

Para Raichelis (2010), o campo sócio ocupacional em que o Assistente Social se faz presente contém diversas intencionalidades, concepções, valores e propostas de sujeitos singulares em torno de projetos distintos. Por isso, a atuação desse profissional exige que ele tenha grande conhecimento da realidade, reconhecendo os impactos que as diversas determinações (econômica, política, social, cultural etc.) exercem sobre o sujeito.

No processo de intervenção prática, o Assistente Social se envolve com as situações particulares que os cidadãos vivem. Portanto, as ações que são desenvolvidas devem ser voltadas para aquilo que realmente as pessoas apresentam como demanda, ou seja, deve haver uma articulação real entre serviços e benefícios e as políticas sociais.

Assim, como os demais profissionais, o Assistente Social se encontra subordinado aos princípios de eficiência e eficácia do mercado de trabalho, o que exige o cumprimento de metas no exercício de suas atividades, mesmo com a falta de recursos adequados para o atendimento da demanda.

Diante dessa nova realidade em que o Assistente Social se inscreve, é preciso uma ação que intervenha nas expressões da questão social, a fim de diminuir os impactos negativos provocados na vida do indivíduo. Por isso, a importância que se tem do profissional de ter um conhecimento profundo da realidade e dos impactos sociais que os sujeitos sofrem, ou seja, fazer com que o desenvolvimento de suas atividades seja feito nas condições sociais concretas.

Sendo assim, o Assistente Social atua sobre a reprodução das relações sociais, exercendo um papel significativo e necessário no contexto do sistema capitalista. Além disso, é importante que o profissional saiba desenvolver sua ação de modo a dar respostas para as expressões da vida social, senso crítico da realidade e capacidade de desenvolver ações voltadas para a democratização social.

Após essa exposição sobre o campo de atuação do Assistente Social, passa-se a analisar tal atuação especificamente no contexto da saúde mental. Mas, para maior

compreensão do trabalho desse profissional nesse contexto, é realizada primeiramente a abordagem acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Para maior compreensão do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, primeiramente é realizada uma abordagem acerca da história da loucura e da proposta de do psiquiatra italiano Franco Basaglia, de substituição do tratamento manicomial por um tratamento mais humano.

De acordo com Foucault (2007 apud SANDER, 2010), a história da loucura que se tem conhecimento, de diz que tudo aquilo que vai de contramão à loucura é o caminho da razão.

Contrariamente a uma história tradicional da psiquiatria, que nos reenvia às (supostas) origens de uma loucura imemorial (grega, quiçá egípcia...), Foucault nos mostra uma loucura cozinhada lentamente no caldeirão da história ocidental posterior ao Renascimento. Vemos, pois, como o horror, o temor e a admiração provocados pelos loucos à época da Stultifera Navis (Naus dos Insensatos) irão lentamente se transformando na perscrutação da verdade do sujeito através da doença mental no século XIX. (SANDER, 2010, p. 383).

Os termos “loucura” e “manicômio” estão interligados a diferentes tempos historicamente. Etimologicamente, a palavra ‘manicômio’, tem origem no latim, da palavra ‘*mania*’, que tem sentido de “loucura”, “estar com raiva”.

O primeiro manicômio surgiu na Antiguidade Clássica, com os pensadores gregos; nos séculos XV e XVI, com os exorcistas; com os enfoques médicos, nos séculos XVII e XVIII; e por fim, o que se conhece como manicômios, no século XIX. Observa-se, porém, que estes últimos, serão ainda substituídos por hospitais psiquiátricos.

No período da Antiguidade Clássica, até a Era Cristã, a loucura ainda era, de acordo com Ramminger (2002), vista sob três diferentes perspectivas: a primeira foi com Homero (mitologia religiosa); a segunda com Eurípedes, com a concepção passional-psicológica; e ainda com Hipócrates e Galeno com as chamadas “disfunções somáticas”

Na Idade Média, primeiramente, alguns maus comportamentos, eram vistos como possessão diabólica. Uma das possessões fazia com que o diabo incorporasse o corpo do indivíduo; a outra, o demônio modificava as emoções e o discernimento dos indivíduos.

Conforme Ramminger (2002), com as teorias de Hipócrates começaram a fazer mais sentido e as possessões diabólicas foram abandonadas significativamente. Ele afirmava que o delírio era uma das principais características para se diagnosticar a loucura.

A loucura, com a não influência religiosa e mística, passou a ser abordada de três diferentes maneiras:

A primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológico⁷ construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranoia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda, visa elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas; por fim, a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco (psiquiatria dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria) (ROUDINESCO, 1998, p. 478).

Segundo Ramminger (2002), somente no século XIX, surgiram as primeiras instituições que recolhiam os doentes mentais, e somente estes, mas, desta vez, o

⁷ Lei 12.842/2013: art. 4º, § 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº12.842, de 10 de julho de 2013**, n.p.

tratamento era realizado por médico especializado. Nasceram desta forma, os manicômios.

As primeiras funções dos manicômios, eram para recolhimento dos loucos e das minorias, que ficavam isoladas em edifícios arcaicos, sendo de responsabilidade do poder público ou até mesmo de grupos religiosos. No Brasil, eles eram encaminhados principalmente à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

A seguir, surgem hospitais, que objetivavam a realização da correta aplicação da Medicina, com os tratamentos para loucura; acontece que, a grande maioria dos funcionários que realizavam os tratamentos não eram de fato médicos, e sim religiosos.

O primeiro hospital psiquiátrico/manicômio brasileiro foi criado em 1852, no Rio de Janeiro e recebeu o nome de ‘Hospício de Pedro II’.

Inaugurado para abrigar os alienados da Corte e demais províncias do Império, o Hospício de Pedro II foi a primeira instituição dessa natureza a funcionar no Brasil. Seu nome homenageava o próprio imperador, responsável pelo decreto fundador do estabelecimento, que nascia vinculado à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, principal destino de alienados até então (RIBEIRO, 2004, p.93).

Quando surgiram os primeiros manicômios, de acordo com Arbex (2013), dos que ali viviam:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados (ARBEX, 2013, pp. 12-13).

Para assegurar ao usuário seus direitos, principalmente o do tratamento adequado, ainda existem barreiras e paradigmas a serem quebrados, como: o preconceito, a não aceitação do outro e uma estrutura incapaz de sustentar a desinstitucionalização que foi iniciada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano que reformulou o modelo de tratamento aplicado em instituições psiquiátricas.

Durante a década de 1970, ele dirigiu o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde testemunhou uma série de abusos e negligências no tratamento. Por esse

motivo, promoveu junto a um corpo de psiquiatras, mudanças práticas e teóricas no tratamento de seus usuários, conhecidas como “Psiquiatria Democrática”, ou movimento de “negação à psiquiatria”, que deu origem à luta antimanicomial.

Basaglia concluiu que a psiquiatria não era suficiente para tratar o usuário e que o isolamento e a internação em manicômios poderiam até mesmo agravar sua condição. Portanto, seria necessário reestruturar a estrutura psiquiátrica tal como era conhecida.

O tratamento manicomial deveria ser substituído por atendimentos terapêuticos através de centros comunitários, centros de convivências e tratamento ambulatorial. Basaglia negou a prática da cultura médica que tratava o usuário como objeto de observação, tendo seus direitos enquanto cidadão, e ser humano, negligenciado.

Em 1973, Basaglia dirigiu o Hospital Psiquiátrico de Trieste, na Itália, onde viria a ser a principal referência mundial para a reformulação da assistência em saúde mental.

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 à margem da normalidade social (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 43-44).

Em 1978, foi aprovada na Itália a Lei nº 180, ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, que veio a influenciar o modelo de tratamento e a luta pelo fim de instituições manicomiais ao redor do mundo.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se consolidou por meio da Lei nº10.216/2001. Tal Reforma surgiu na década de 1970, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que teve por objetivos: a humanizar o tratamento das pessoas com sofrimento mental nos hospitais psiquiátricos públicos e privados; denunciar a

indústria da loucura nos hospitais particulares; reivindicar melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e a ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental.

Ainda nessa década, realizou-se o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que foi o marco inicial para uma discussão política sem se limitar à saúde mental, avolumando-se para debates no regime político. Durante este processo, o Brasil recebeu figuras importantes, como Franco Basaglia, que vieram para um dos congressos de psicanálise realizados no Rio de Janeiro. No ano seguinte, ocorreu em São Paulo, o I Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, que reuniu diversos trabalhadores na área de saúde mental dispostos a defender a causa. Segundo Amarante, (1995), surgiram ainda o III Congresso Mineiro em Psiquiatria (Belo Horizonte), que sugeria alternativas para a assistência psiquiátrica.

Conforme Vasconcelos (2010), em 1980, teve início o processo denominado “Co-Gestão”, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência, para a administração de hospitais públicos. Tal processo possibilitou a abertura de espaços para as lideranças do MSTM implantarem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e abriu caminho para o lançamento do Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), em 1982. Tal plano permitiu a implementação gradativa em todo o território brasileiro, do modelo sanitário das Ações Integradas de Saúde⁸.

No mesmo ano de 1982, como destaca Vasconcelos (2010), a vitória de governos estaduais de oposição ao regime militar possibilitou a entrada das lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde. Nessa época, o MSTM tinha por entre outros objetivos: integração dos setores internos dos hospitais psiquiátricos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência e controle das internações da rede conveniada de hospitais psiquiátricos particulares.

Segundo Amarante (1995), no que se refere à saúde mental, o ano de 1987 foi marcado pela realização de dois importantes eventos: I Conferência Nacional de Saúde

⁸ Esse programa representou uma proposta de universalização do direito à saúde; de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação desses serviços com a rede conveniada, compondo um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de referência para o atendimento. SUS BRASIL. **A Reforma Sanitária**. O Sistema Único de Saúde no Brasil, 2019, n.p.

Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (São Paulo). Este último, contou com a presença da associação, de amigos e familiares, “Loucos pela vida”. Esses dois eventos fizeram com que houvesse participações, não somente dos trabalhadores, mas tantos outros que se sensibilizavam pela luta e buscavam transformações nas práticas e políticas psiquiátricas.

Na década de 1980, o MTSM lançou o lema “Sociedade sem manicômios” e a partir daí se transformou em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), o qual pode ser descrito como um processo que foi organizado para a transformação dos serviços psiquiátricos.

Movimento – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios (LOBOSQUE, 1997 apud LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, n.p.grifo dos autores).

Esse movimento está, originalmente ligado, à Reforma Sanitária Brasileira da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS⁹) e também à experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria desenvolvidas por Franco Basaglia.

No entanto, entre o final do século XX e o início do século XXI, a loucura no Brasil continua como uma indústria de dinheiro.

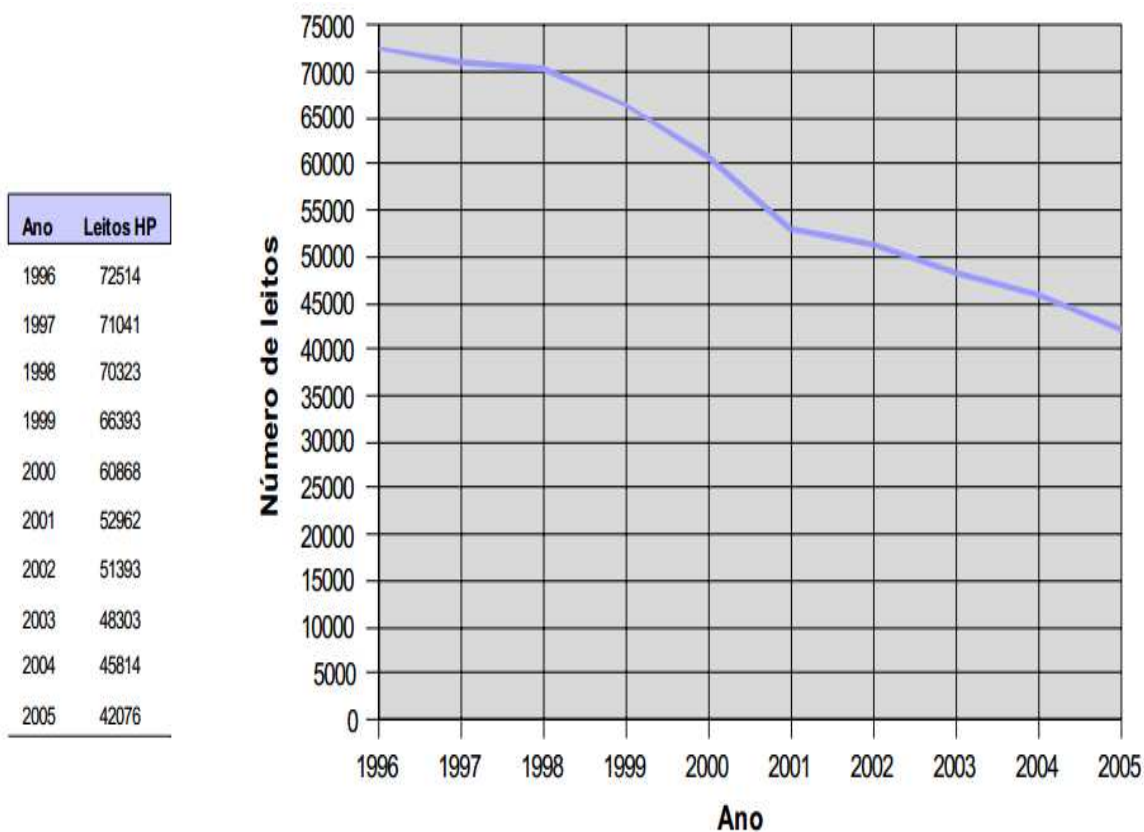
O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro hospitais (BRASIL, 2005, n.p.)

⁹ O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é definido pelo artigo 198 do texto constitucional como uma rede regionalizada e hierarquizada que integra as ações e os serviços públicos de saúde. Segundo os incisos I a III do supracitado artigo, o SUS é organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa de 1988**, n.p.

A frequência com que os leitos são reduzidos, leva em conta o processo histórico de sua implantação nos hospitais em todo estado brasileiro. Além disso, as diretrizes de reformas psiquiátricas acontecem de diferentes variações nos estados, e decorre sempre das esferas federais, estaduais e municipais, para que o processo de desinstitucionalização gere mudanças significativas.

A Figura 1 mostra o Gráfico do Ministério da Saúde, que aponta o processo de redução de leitos de meados dos anos 1990 até 2005.

Figura 1: Leitos psiquiátricos SUS por ano (1990-2005)



Fonte: BRASIL (2005).

Conforme o Conselho Federal de Medicina (2017):

Em 11 anos, o Brasil perdeu 38,7% dos leitos de internação psiquiátricos que possuía para atendimento de pacientes no âmbito da rede pública. Em 2005, eram 40.942 unidades. Em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097, um número que deve ser reduzido ainda mais com a manutenção da política governamental de desestímulo à existência de serviços que ofereçam acesso a esse tipo de tratamento (CFM, 2017, n.p.).

Desta forma, com o intuito de acabar com os manicômios, os tratamentos desumanos e garantir a qualidade de vida do usuário, os projetos de reformas psiquiátricas no Brasil visavam substituir, aos poucos, o tratamento dado até então pelos serviços comunitários.

Na prática, o usuário do serviço de saúde mental é encorajado a um exercício maior de cidadania, fortalecendo seus vínculos familiares e sociais. Em substituição às internações, os usuários teriam acesso a atividades alternativas de lazer e tratamentos menos invasivos do que aqueles que recebiam. A família passaria a representar um papel fundamental na recuperação do usuário.

Na década de 1990, novas soluções foram aplicadas para a saúde mental, e aos poucos, o Ministério da Saúde substituiu o tratamento em hospitais por atendimentos comunitários.

Em 2011, por meio da Portaria nº3.088, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde Mental. Tal Portaria dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também a respeito dos repasses intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Essa Portaria atribuiu ao Estado a responsabilidade de promover um tratamento em comunidade, possibilitando a livre circulação dos usuários e não mais a internação e o isolamento, contando com o auxílio dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais se tornariam um importante espaço de atuação do Assistente Social na saúde mental, como será analisado a seguir.

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL JUNTO AO CAPS

O presente capítulo constitui uma abordagem acerca do trabalho do Assistente Social, enquanto membro da equipe do CAPS. Para maior compreensão desse trabalho no contexto da saúde mental junto ao CAPS, faz-se necessária primeiramente uma abordagem acerca da origem e da caracterização desse serviço.

3.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): origem e caracterização

De acordo com Ribeiro (2004), o primeiro CAPS surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, no espaço da extinta Divisão de Ambulatório da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra hospitalar, da Secretaria Estadual de Saúde. Daí tal espaço foi transformado em um local de serviço que tinha por objetivo acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos, oferecendo um atendimento intensivo¹⁰ para pessoas com doença mental.

Como destacam Luzio; L'Abbate (2006), logo no início de suas atividades, a equipe do CAPS enfrentou dificuldades, entre as quais: a) o distanciamento entre os profissionais e usuários, devido à inexperiência daqueles profissionais e ao preconceito

¹⁰ Destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002**, n.p.

em relação às pessoas com problemas psíquicos mais graves e b) a definição das competências profissionais ao longo do processo terapêutico. Mas, gradativamente a equipe evoluiu, passando a atender os usuários, considerando suas particularidades e reconhecer o tratamento enquanto processo contínuo de transformação.

Nesse período, foi criada a Associação Franco Basaglia, com a participação de profissionais, usuários e familiares. Tal associação, em conjunto com o CAPS, desenvolveu projetos com a finalidade de possibilitar autonomia da clientela, estimular a participação da família, além de:

[...] viabilizar a gestão extra clínica da vida dos usuários (de forma a ampliar o poder contratual e as possibilidades de trocas afetivas e materiais), enfim, fomentar o exercício pleno da cidadania e difundir novos valores, noções, conceitos e modos de perceber a loucura e efetivar sua assistência. (LUZIO; L'ABBATE, 2006, p.285)

Ainda na década de 1980, surgiram outras experiências regionais no Brasil que, segundo Ribeiro (2004), buscavam uma atuação mais integrada em saúde mental e o tratamento do usuário por meio de sua inserção na comunidade. Entre essas experiências, o autor em questão destaca o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Conforme Luzio; L'Abbate (2006), o NAPS foi criado no final dos anos de 1980, na cidade paulista de Santos, com o objetivo de atender a demanda de saúde mental, especificamente dos casos graves. Deste modo, realizava atendimento às situações de crises; atendimentos ambulatorial, domiciliar e grupal e intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial.

Em 1992, a Portaria nº224 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), regulamentou os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), compreendidos como:

[...] unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita¹¹ 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 (BRASIL, 1992).

¹¹ População presente no território da Unidade Básica de Saúde (UBS), de modo a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**, 2017, n.p.

Essas unidades também podem constituir-se em porta de acesso da rede de serviços para as ações destinadas à saúde mental e atender usuários referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar

A supracitada Portaria também define o funcionamento, as atividades e os recursos humanos daquelas unidades. No tocante ao funcionamento, tais unidades podem funcionar 24 horas por dia, nos sete dias da semana ou nos cinco dias úteis, entre 8 e 18 horas, de acordo com o órgão gestor local. Quanto às atividades, estas incluem:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentarem por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições. (BRASIL, 1992, n.p.)

Os recursos humanos, por sua vez, se referem à composição de uma equipe técnica mínima para atuar no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 usuários por turno de quatro horas. Essa equipe deve ser formada por:

Um médico psiquiatra; um enfermeiro; quatro outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização aos trabalhos); profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades (BRASIL, 1992, n.p.).

Ao longo do tempo, os CAPS (assim como os NAPS), constituíram-se serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados que, de acordo com Leal; Antoni (2013), representaram a busca de substituição do modelo de atenção manicomial. Nessa perspectiva, esses serviços devem promover um atendimento ampliado e centrado no

sujeito. Deste modo, o NAPS/CAPS são caracterizados como serviços de saúde complexos.

Diante dessa complexidade, a Portaria nº336/2002 do Ministério da Saúde estabeleceu que os NAPS/CAPS devem ser recadastrados nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III “[...] definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional [...]” (BRASIL, 2002, n.p.)

Essas três modalidades são definidas no artigo 4º da supracitada Portaria e seus respectivos parágrafos e alíneas.

O CAPS I é definido como serviço de atenção psicossocial como capacidade operacional para atendimento em municípios cuja população é de 20.000 a 70.000 habitantes e que deve funcionar entre 8 e 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

Tal modalidade inclui as mesmas atividades descritas na mencionada Portaria nº224, com a diferença de que os usuários que frequentarem o serviço por quatro horas passam a ter direito a uma refeição diária (ao invés de duas) e aqueles que frequentarem por um período de oito horas, passam a ter direito a duas refeições diárias (ao invés de três). Além disso, é incluída uma nova atividade: “[...] atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio.” (BRASIL, 2002, n.p.)

Para atuar no CAPS I, a equipe técnica mínima para o atendimento a 20 usuários por turno, com limite máximo de 30 usuários por dia, deve ser 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. (BRASIL, 1992, n.p.)

O CAPS II consiste no serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e que deve funcionar de 8 às 18 horas, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana, podendo ainda ter um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

As atividades assistenciais prestadas ao usuário no CAPS II, são as mesmas daquelas realizadas no CAPS I.

A atuação no CAPS II requer uma equipe técnica mínima, para o atendimento de 30 usuários por turno, com limite máximo de 45 usuários por dia. Essa equipe deve ser 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. (BRASIL, 2002, n.p.)

Já o CAPS III destina-se ao atendimento em municípios com mais de 200.000 habitantes, com funcionamento durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Em relação às atividades, estas são as mesmas realizadas no CAPS I e CAPS II, acrescentando-se: “acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação.” (BRASIL, 2002, n.p.) E, em decorrência do horário de funcionamento dessa modalidade, os usuários que permanecerem no serviço por 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias.

No que tange aos recursos humanos, a atuação no CAPS III exige uma equipe técnica mínima, para o atendimento de 40 usuários por turno, com limite máximo de 60 usuários por dia. Essa equipe deve ser 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. (BRASIL, 2002, n.p.)

Para o acolhimento noturno, em plantões de 12 horas, a equipe deve ser formada 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. (BRASIL, 2002, n.p.)

Conforme Machado (2009), o processo de trabalho da equipe de saúde mental do CAPS está orientado de acordo com os seguintes critérios: a) interdisciplinaridade, no que se refere à atuação da equipe em considerar os mais diversos campos de saber e a abordagem do sujeito como um todo, com foco ao contexto socioeconômico e cultural no qual ele se insere; b) integralidade da atenção, ou seja, a equipe deve estar capacitada a oferecer ações de prevenção, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo; c) intersetorialidade, que significa o desenvolvimento de ações integrado entre os serviços de saúde, outras políticas públicas e programas; d) plano de uma rotina personalizada para cada usuário, segundo suas necessidades terapêuticas, tendo em vista a sua melhora na socialização e cuidados pessoais.

Verifica-se que, nas três modalidades de CAPS, a equipe mínima exigida inclui o Assistente Social, denotando, assim, a necessidade desse profissional na área da saúde mental.

3.2 A inserção do Assistente Social na área de saúde mental e sua atuação no CAPS

De acordo com Bisneto (2007), não obstante a literatura registrar o ano de 1946 como sendo o início da atuação do Serviço Social em saúde mental, até a década de 1960 não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios, uma vez que o número desses profissionais era reduzido.

Nesse período não havia grande quantidade de assistentes sociais atuando nos poucos hospitais psiquiátricos que existiam. Além disso, as poucas clínicas psiquiátricas particulares, não empregavam assistentes sociais.

Segundo Moura *et al* (2015), a atuação do assistente social na saúde mental teve início nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), onde esse profissional tinha por funções ajudar a família do usuário a prover um ambiente adequado ao seu tratamento psiquiátrico e fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos usuários e contato com os familiares para a preparação de alta, além de elaborar encaminhamentos.

Nesse contexto, os hospitais psiquiátricos públicos eram voltados especificamente para o atendimento a uma população extremamente pobre e não à classe trabalhadora. No entanto, com a implantação do regime militar, em 1964, o governo realizou reformas no sistema de saúde e previdência que representaram “[...] um marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes.” (BISNETO, 2007, p.22)

Pressupondo uma administração centralizada e privatização do atendimento médico, a reforma possibilitou o aumento dos hospícios e da criação de clínicas psiquiátricas particulares que, por meio de convênio com o Estado, atendiam também aos trabalhadores e seus dependentes. Essas clínicas realizavam o atendimento e depois eram pagas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Diante disso, multiplicou-se, segundo Bisneto (2007) a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de saúde mental.

Na década de 1970, verificou-se a inserção efetiva do Serviço Social na saúde mental, pois, nessa época o Ministério da Previdência e Assistência Social enfatizou a importância da equipe de profissionais para a prestação de assistência ao usuário da saúde mental. Nesse contexto, o referido Ministério passou a exigir que todo o hospital psiquiátrico que cobrasse do INPS seria obrigado a ter assistentes sociais. Daí tem início “[...] uma atuação quantitativamente expressiva em termos de número de assistentes sociais na área psiquiátrica.” (BISNETO, 2007, p.24)

Para cumprir a exigência do Ministério, os hospitais psiquiátricos contratavam um assistente social:

[...] pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando, pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral, por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não era só para constar e nenhum trabalho era efetivamente feito, tipo ‘emprego fantasma’. (SOUZA, 1986, pp.117-118 apud BISNETO, 2007, 24)

Nessa época, o grande problema para o governo militar nos hospitais psiquiátricos não era propriamente a loucura, uma vez que esta era controlada, mas sim a pobreza e a miséria que aumentavam e geravam contestações por parte da sociedade. Daí o Serviço Social foi demandado pelo Estado para executar políticas sociais na área

de Saúde Mental. Nesse sentido: “Fica evidente que a inserção de assistentes sociais no campo da saúde mental brasileira se deu pela necessidade do Estado em controlar as expressões da questão social que estavam sendo postas aos profissionais na Saúde Mental [...]” (MOTA et al., 2015, p.5)

Na década de 1970, as práticas do Assistente Social na saúde mental sofreram influência do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina¹², que tinha por objetivo promover, segundo Mota et al. (2015), uma renovação crítica do Serviço Social.

De acordo com Lima et al (2016), esse Movimento influenciou os assistentes sociais brasileiros que, passaram a questionar a função do Serviço Social em seus aspectos teórico-político, metodológico e operacional. Daí surgiram Seminários em: Araxá (MG), Teresópolis (RJ) e Sumaré (SP), respectivamente destinados a: teorização, metodologia e cientificidade do Serviço Social.

No contexto do Movimento de Reconceituação, o Serviço Social passa a notar a dimensão política de sua prática, uma vez que o modelo vigente pautado pela visão funcionalista do indivíduo e com funções integradoras, deixa de ser objeto de interesse da realidade dos países latino-americanos, os quais passavam por transformações políticas, sociais e econômicas. Inicia-se, então, um processo de luta por mudanças na estrutura do sistema capitalista, especificamente no que tange ao seu aspecto excludente. Deste modo, o Serviço Social busca:

[...] uma concepção crítica e um vínculo com a classe trabalhadora, embasado em uma percepção do exercício profissional para além da mera razão instrumental, ou seja, a busca de uma transformação na intencionalidade dos profissionais que se identificavam como agentes de mudanças. (PIANA, 2009, p.94)

Entretanto, essa nova concepção de Serviço Social não conseguiu, de acordo com Bisneto (2007), estabelecer uma metodologia de atuação na saúde mental, diante de políticas públicas que, privilegiam os interesses da ordem do capital em detrimento da transformação da realidade social.

¹² Movimento de tendência marxista que constituiu um marco na aproximação do Serviço Social com as lutas, organizações e movimentos sociais que portam a defesa dos direitos, interesses e projetos societários das classes subalternas. Tal aproximação teve influência da prática política da produção de autores ligados a programas e ações de grupos e organizações de esquerda de vários países latino-americanos. IAMAMOTO, Marilda Vilela. Marxismo e Serviço Social: uma aproximação. In: **Revista Libertas**, 2018, p.212.

Mas, na década de 1980, observa-se maior aproximação entre Serviço Social e saúde mental, no contexto do fortalecimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica que, tinha propostas de esquerda, com amplas preocupações sociais. Esse Movimento também trouxe uma nova relação entre marxismo e psiquiatria, o qual “[...] faz avançar a metodologia para a prática psiquiátrica [...] reformada [...]” (BISNETO, 2007, p.31)

Robaina (2010) destaca que, ainda nesse período, surgiu a necessidade de reconstruir a complexidade da loucura (a qual foi reduzida pela psiquiatria como doença). Desta forma, abriu-se espaço para que profissionais de diversas áreas, contribuíssem com os seus saberes na área da psiquiatria.

Nessa linha de raciocínio, Coutinho (2017) afirma que, a área de saúde mental passou a constituir um local privilegiado de atuação profissional, em que os assistentes sociais são chamados a trabalhar com outros profissionais, na perspectiva interdisciplinar¹³.

Na década de 1990, com a gradativa implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do conceito de saúde para além de sua dimensão curativa, verifica-se um considerável aumento, como destaca Mota et al. (2015), no número de contratação de Assistente Social na saúde mental.

Também ocorre nesse período, a disseminação de serviços de saúde alternativos, a exemplo do CAPS. Tais serviços necessitam da participação do Serviço Social, possibilitando, desta maneira, o emprego de assistentes sociais na saúde mental “[...] em uma espécie de nova ‘onda’ de contratação similar à produzida nos 1970 pelas resoluções do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).” (BISNETO, 2007, p.37)

Ao longo do tempo, os assistentes sociais passaram a fazer parte da equipe de saúde mental do CAPS. Segundo Machado (2009), o Assistente Social se diferencia e se legitima nessa equipe, por meio de seus conhecimentos sobre políticas públicas e direitos sociais. Assim, esse profissional contribui para o enfrentamento da questão

¹³ A interdisciplinaridade pressupõe uma atuação conjunta das diferentes áreas do saber, o entrelaçamento desses saberes e o desafio de preservar a especificidade de cada profissão. COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo. A propósito da interdisciplinaridade: o serviço social e o trabalho em equipe na saúde mental. In: **Anais do II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalhos e Políticas Sociais**, 2017, p.1.

social vinculada no processo de saúde/sofrimento psíquico, o qual vem ao encontro da concepção de saúde ampliada¹⁴.

De acordo com Gomes et al. (2017), as principais atribuições do Assistente Social no CAPS, são as seguintes:

- Promover a reinserção social dos usuários, mediante várias ações, articulando saúde, educação, trabalho, cultura, lazer, etc.;
- Realizar entrevista para investigação, diagnósticos e intervenção psicossocial dos casos encaminhados por qualquer elemento da equipe;
- Elaborar boletim estatístico do movimento diário das entrevistas realizadas;
- Informar aos demais membros da equipe, os problemas sociais prioritários e apresentar sugestões para intervenção;
- Fazer levantamento socioeconômico dos usuários e suas famílias, com a finalidade de subsidiar laudos e pareceres sociais, na perspectiva de garantir seus direitos de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Desenvolver pesquisas a respeito dos determinantes sociais da saúde;

No que se refere à reinserção social dos usuários do CAPS, Ferreira; Bezerra (2017) destacam que tal reinserção deve ser trabalhada na perspectiva da participação do próprio sujeito, reconhecendo-o como protagonista de sua própria história e, assim, responsável por mudanças e decisões construtivas. Os autores em questão ressaltam que, o processo de reinserção é muitas vezes dificultado pelo preconceito da sociedade, principalmente, em relação à pessoa com deficiência mental.

A respeito da entrevista, Silva (2012) afirma que esta consiste em um momento no qual o Assistente Social realiza o atendimento individual, isto é, ouve o usuário, visando traçar estratégias para intervenção.

O atendimento individual permite que as pessoas envolvidas (no caso o Assistente Social e o usuário) um contato mais direto e preciso, proporcionando, assim,

¹⁴ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa de 1988**, n.p.

uma conversa resolutiva dos problemas encontrados pelo profissional ou familiares e usuários. Tal atendimento também é importante para a compreensão de atitudes, questionamento de determinada situação (como por exemplo, quando o assunto a ser abordado diz respeito a vida particular, a intimidade). Esse atendimento ainda “[...]aparece como uma estratégia para a equipe assistir a família [...].” (SCHRANK, 2008, p.132)

Ao aplicar o recurso da entrevista, esse profissional pode 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 apud SILVA, 2012, p.104).

Conforme Gomes et al (2017), essa entrevista deve ser registrada pelo Assistente Social e tal registro pode ser utilizado como fonte de pesquisa sobre a rotina desse profissional no interior do CAPS.

Em relação ao dever de informar os outros membros da equipe, a respeito de algumas questões relacionadas ao seu fazer profissional, verifica-se que, integrando uma equipe, o Assistente Social deve partilhar suas atividades com outros profissionais, uma vez que ele integra uma equipe. Porém, ele pode propor estratégias de intervenção. Nessa direção, observa-se que: “[...] o trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais.” (CFESS, 2012, p.64)

Quanto ao levantamento socioeconômico dos usuários e suas famílias é necessária para que o Assistente Social identifique o contexto sócio familiar e econômico dos usuários do CAPS, com o objetivo de avaliar as condições de acessibilidade ao tratamento. Considerando que, tais usuários vivem em situação de pobreza, esse levantamento serve para possibilitar o acesso desse usuário aos serviços sociais e de saúde, uma vez que:

[...] a precarização socioeconômica da população, bem como as precárias condições de acesso às políticas públicas em sua interface com as características da doença, podem comprometer o direito fundamental à saúde. (BRASIL, 2017, p. 12)

No que se relaciona ao desenvolvimento de pesquisas, por parte do Assistente Social, sobre os determinantes sociais da saúde, faz-se necessário esclarecer que esses determinantes se referem às condições nas quais um indivíduo vive e trabalha. Também dizem respeito aos aspectos sócio econômicos (moradia, alimentação, renda, emprego, etc.) que influenciam no surgimento de problemas de saúde na população. As pesquisas sobre esses determinantes são relevantes para a percepção da existência de diversidade de mecanismos que causam problemas de saúde. Nesse compasso:

[...] os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere. (BRASIL, 2019, n.p.)

Além das supracitadas atribuições, o Assistente Social pode ter outras, dependendo do CAPS no qual ele atua. Como afirma Rosa (2012), em alguns casos, o papel do Assistente Social se restringe às questões destinadas ao trato com a pobreza e os pobres e às articulações para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Barbosa (2013) aponta algumas outras atribuições do Assistente Social no CAPS:

- Realizar oficinas terapêuticas;
- Desenvolver ações socioeducativas;
- Realizar visita domiciliar.

As oficinas terapêuticas consistem, de acordo com Barbosa (2013), em diversas atividades, como psicoterapia em grupo, exercícios físicos, artesanato, entre outras. Essas oficinas têm por finalidade promover a inserção social do usuário em um grupo misto, composto por jovens, idosos, analfabetos, pessoas com esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, entre outros.

Por sua vez, as ações educativas têm por objetivo fazer com que os usuários do CAPS usufruam de todo conhecimento socialmente produzido, principalmente,

daqueles gerados nas áreas da ciência e da tecnologia. Tal conhecimento “[...] é necessário para a melhoria das condições e qualidade de vida ou para que os usuários possam acessar determinados bens ou serviços em situações específicas [...]” (MIOTO, 2017, p.6)

A visita familiar, segundo Barbosa (2013), é o momento de maior contato, por parte do Assistente Social com a realidade do usuário, tendo também a oportunidade de trabalhar melhor com a família desse usuário. A visita também proporciona ao Assistente Social recolher informações acerca do contexto social no qual se insere a população atendida no CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi visto que a atuação do Assistente Social está vinculada ao controle político e ideológico do Estado que, por sua vez, atende aos preceitos da atual configuração do capitalismo, marcado pela precarização das condições de trabalho. Mas, ao mesmo tempo, esse profissional tem por objetivo atender às necessidades da classe trabalhadora, viabilizando-lhe o acesso aos serviços sociais.

Nesse sentido, torna-se oportuno destacar que, por um lado, o Assistente Social deve atender às determinações de seus empregadores e, conseqüentemente aos preceitos do sistema capitalista, que privilegia a obtenção de lucro em detrimento do bem estar dos trabalhadores e da qualidade do trabalho. Mas, por outro lado, em decorrência de sua relativa autonomia, o Assistente Social tem a possibilidade de orientar o seu trabalho em uma direção contrária às determinações oficiais e, deste modo, estar livre (de certa forma) para atender às demandas da classe trabalhadora. Assim, atinge-se o objetivo específico que se relaciona às especificidades do trabalho do Assistente Social.

Também foi visto que, desde a década de 1940 o Assistente Social atua no contexto da saúde mental e, tal atuação se torna mais relevante no contexto da Reforma Psiquiátrica, de luta contra a internação e o isolamento das pessoas com deficiência

mental. No interior desse movimento surgiu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual se tornaria um importante espaço de atuação do Assistente Social. Deste modo, fica atingido o objetivo específico referente à abordagem da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Composto por uma equipe formada por profissionais de várias especialidades, o CAPS busca o rompimento com o modelo manicomial, por meio de um atendimento centrado nas necessidades do usuário, com a participação da família e, buscando a reinserção social desse usuário. E, uma vez integrado a essa equipe, o Assistente Social contribui com esse rompimento e conseqüentemente, com a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Desta maneira, confirma-se a hipótese formulada na introdução deste trabalho.

Nesse sentido, o Assistente Social tem o papel de promover essa reinserção, contando com a participação ativa do usuário. Além disso, tal profissional também deve realizar entrevista; elaborar boletim de suas atividades diárias; informar os problemas sociais mais urgentes aos demais membros da equipe; fazer levantamento sócio econômico dos usuários e suas famílias, visando assegurar seus direitos de acesso aos serviços de saúde e desenvolver pesquisas sobre os determinantes sociais da saúde, para conhecer os mecanismos relacionados aos problemas de saúde. Daí atinge-se o objetivo geral desta pesquisa: analisar a atuação do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o objetivo específico relacionado às atribuições do Assistente Social no CAPS.

Mas, tais atribuições variam conforme o CAPS. Daí verificou-se que em algumas unidades, o trabalho do Assistente Social se limita às articulações para viabilizar o acesso das camadas menos favorecidas aos serviços de saúde e, em outras unidades, esse profissional tem entre outras funções: a realização de oficinas terapêuticas; o desenvolvimento de ações educativas e a visita familiar.

Em suma, verifica-se que, por meio de um atendimento individual que busca a reinserção do usuário na sociedade, com a participação da família, a atuação do Assistente Social na saúde mental, especificamente no CAPS, contribui para a efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Roberta Rayane. **O atendimento dos assistentes sociais no CAPS II do Distrito Federal**, 2013. Disponível em:< http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6083/1/2013_RobertaRayanedaCunhaBarbosa.pdf>. Acesso em: 07 dez.2019.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**. Uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 273/93 de 13 março 1993**. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Disponível em:< http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf>. Acesso em: 02 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diálogos entre Saúde Pública e Serviço Social**, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogos_saude_publica_servico_social_experiencia_assistente_social_oncologia.pdf>. Acesso em: 06 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Determinantes sociais**, 2019. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=fiocruz+ministerio+da+saude&oq=fiocruz+ministerio+da+saude&aqs=chrome..69i57j0l2.5988j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em: 06 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**, 2017. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidada/comum/250693.html>>. Acesso em: 04 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 02 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 26 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>>. Acesso em: 04 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 14 dez.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 dez.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 03 dez.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 03 dez.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº8.662, de 7 de junho de 1993**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm>. Acesso em: 02 dez.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001.** Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm >. Acesso em: 02 dez.2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº12.842, de 10 de julho de 2013.** Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm >. Acesso em: 02 dez.2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Em 11 anos o SUS perde 40% de seus leitos em internação em psiquiatria. 2017. Disponível em:< https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3>. Acesso em: 06 dez.2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições privativas do/a assistente social em questão,** 2012. Disponível em:< <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 06 dez.2019.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo. A propósito da interdisciplinaridade: o serviço social e o trabalho em equipe na saúde mental. In: **Anais do II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalhos e Políticas Sociais,** 2017. Disponível em:< https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180076/101_00280.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 dez.2019.

FERREIRA, Gleyson Henrique Lima; BEZERRA, Beatriz Dantas Gomes. **A “reinserção” social dos usuários (as) dos CAPS II do Município de Mossoró-RN sob a ótica das assistentes sociais,** 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufersa.edu.br/index.php/includere/article/view/7390>>. Acesso em: 06 dez. 2019.

GILÓ, Lara Moreira; LIMA, Walex Brendo Pereira de. O Serviço Social é trabalho? In: **Anais do IV Seminário Cetros,** 2018. Disponível em:< http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51430-18072018-205452.pdf >. Acesso em: 14 dez.2019.

GOMES, Gutembergue do Nascimento et al. **A atuação do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS,** 2017. Disponível em:< <https://IsabelaFerreira31/a-atuao-do-assistente-social-no-caps>>. Acesso em: 06 dez.2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 120. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n120/02.pdf>>. Acesso em: 14 dez.2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, jan./jun. 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Marxismo e Serviço Social: uma aproximação. In: **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n.2, ago./dez.2018. Disponível em:<<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/download>>. Acesso em: 05 dez.2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade In: **COFI/CFESS**. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília, fev.2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; 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.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarisse De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade. In: **Aletheia**, n.40 Canoas abr. 2013. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14130394201300010008>. Acesso em: 04 dez.2019.

LESSA, Sérgio. **Serviço Social e trabalho: porque o Serviço Social não é trabalho**. Maceió: Edufal, 2007.

LIMA, Andreia Soares de et al. Serviço social e as influências os movimentos de Sumaré, Araxá e Teresópolis: quais as aproximações com Freire? In: **Anais do XVIII Fórum de Estudos: Leituras de Paulo Freire**, 2016. Disponível em:< <http://eventos.claec.org/index.php/lpf/LPF/paper/view/235>>. Acesso em: 27 dez.2019.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: **Ciênc. saúde coletiva** v.12, n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016>. Acesso em: 14 dez.2019.

LUZIO, Cristina Amélia; L'Abbate, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. In: **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.281-98, jul./dez. 2006. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/icse/2006.v10n20/281-298/pt>>. Acesso em: 04 dez.2019.

MACHADO, Graziela Scheffer. O trabalho do Serviço Social nos CAPS. In: **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 8 n.2 p. 241-254. jul./dez. 2009. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/3215/321527165005.pdf>>. Acesso em: 06 dez.2019.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde Mental**, 2019. Disponível em:< <http://www.saude.mg.gov.br/saudemental>>. Acesso em: 02 dez.2019.

MINAYO, Maria. Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria. C. S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias**, 2017. Disponível em:< <http://www.potesocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/5.2-Orienta%C3%A7%C3%A3o-e-acompanhamento-social-a-indiv%C3%ADduos-grupos-e-fam%C3%ADlias-%E2%80%93-Regina-C%C3%A9lia-Mi.pdf>>. Acesso em: 07 dez.2019.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista**, s/d. Disponível em:< http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/12894/11251/1.2_Crise_contemporanea_e_as_transformacoes_na_producao_capitalista.pdf>. Acesso em: 02 dez.2019.

MOURA, Heline Caroline Eloi et al. A atuação do Serviço Social na política de saúde mental brasileira: desafios contemporâneos. In: **Anais do I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos**, 2015. Disponível em:< http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/4_a_atuacao_do_contemporaneo.pdf>. Acesso em: 04 dez.2019.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2012.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. O trabalho monográfico como iniciação à pesquisa científica. In: CARVALHO, Maria Cecília Maringoni de. (Org.). **Construindo o saber**. Campinas: Papirus, 2012.

PAZ, Fernando Alves Ribeiro. A precarização no trabalho do Assistente Social na Política de Assistência Social. In: **Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/a-precariizacao-no-trabalho-do-assistente-social-na-politica-de-assistencia-social.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil**: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01), Tese de Doutorado (Ciências em Saúde Pública), 2004. Disponível em: <<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf>>. Acesso em: 02 dez.2019.

PIANA, Maria Cristina. **O serviço social na contemporaneidade**: demandas e respostas, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>>. Acesso em: 05 dez.2019.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. In: **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2010, n.104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010166282010000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 dez.2019.

RAMMINGER, A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. In: **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. In: **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>>. Acesso em: 04 dez.2019.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. In: **Serviço Social & Sociedade**, n.102, São Paulo, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200008>. Acesso em: 05 dez.2019.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Afinal, o que faz o Serviço Social na Saúde Mental? In: **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 27-50, jan./ jun. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8635023/2878/>>. Acesso em: 06 dez.2019.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In P. Amarante & B. Bezerra (Orgs.), **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANDER, Jardel. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. In: **Psicol. Soc.**, v.22 n.2 Florianópolis, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000200019>. Acesso em: 14 dez.2019.

SILVA, Priscila Soares. **A intervenção do assistente social na saúde mental: a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Juiz de Fora – MG**, 2012. Disponível em:< <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/priscila.pdf>>. Acesso em: 06 dez.2019.

SUS BRASIL. **A Reforma Sanitária**. O Sistema Único de Saúde no Brasil, 2019. Disponível em:< <http://misodor.com/SUSBRASIL.php>>. Acesso em: 02 dez.2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos et al. (Orgs.). **Saúde mental e Serviço Social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2010.