



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**ANA PATRÍCIA VENCESLAU RODRIGUES**

**A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E O  
FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NO  
CAPS II NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE/PB**

Campina Grande  
2014

**ANA PATRÍCIA VENCESLAU RODRIGUES**

**A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E O  
FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NO  
CAPS II NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social  
da Universidade Estadual da Paraíba  
(UEPB) como requisito necessário para  
obtenção do título de bacharela em  
Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias

Campina Grande  
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

R696i Rodrigues, Ana Patricia Venceslau

A intervenção profissional do Assistente Social e o fortalecimento do direito à saúde mental [manuscrito] : um estudo no CAPS II Novos Tempos de Campina Grande - PB / Ana Patrícia Venceslau Rodrigues. - 2014.  
30 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Ms. Thaísa Simplício Carneiro Matias, Departamento de Serviço Social".

1. Reforma psiquiátrica. 2. Atenção psicossocial. 3. Serviço social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

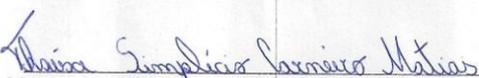
ANA PATRÍCIA VENCESLAU RODRIGUES

A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E O  
FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO NO  
CAPS II NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE/PB

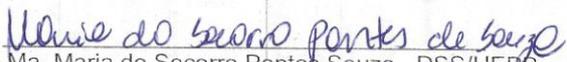
Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social  
na Universidade Estadual da Paraíba  
(UEPB) como requisito necessário para  
obtenção do título de bacharela em  
Serviço Social.

Aprovado em: 20/03/2014.

Banca Examinadora

  
Prof. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias – DSS/UEPB  
Orientadora

  
Prof. Ma. Aliceane de Almeida Vieira - DSS/UEPB  
Examinadora

  
Prof. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza - DSS/UEPB  
Examinadora

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo, sempre. Por ter me dado saúde e força, por ter me proporcionado mais essa vitória e me dado discernimento para cumprir mais uma missão, por ter iluminado o meu caminho durante esta caminhada.

Dedico esta conquista e todas as demais, aos meus pais, Antônio e Neusa, meus amores, exemplos de perseverança e amor, agradeço pelo apoio incondicional e pelo incentivo, sem eles eu não teria chegado até esta etapa da minha vida. E aos meus irmãos Luciano Venceslau Rodrigues e Ana Paula Venceslau Rodrigues.

Ao meu namorado Valdiaer Júnior, que está presente em minha vida desde o primeiro ano da graduação.

Aos professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias, pela dedicação e pelo entusiasmo com que orientou este trabalho.

Ao CAPS II Novos Tempos, na qual tive a honra de realizar o meu estágio.

Às amigas que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação. E em especial a minha amiga Ananda Grazielle Diniz Araújo, na qual foi uma companheira inseparável durante todo esse tempo.

À banca examinadora, composta pelas professoras Aliceane Vieira e Socorro Pontes, por terem aceitado prontamente o convite de participar da apreciação deste trabalho e pelas ricas contribuições para a versão final deste.

E a todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## RESUMO

Este artigo objetiva analisar a concepção dos usuários do CAPS II Novos Tempos sobre a intervenção profissional do Assistente Social para o fortalecimento do direito à Saúde Mental. Para tanto, buscou também, identificar as atividades desenvolvidas pelo setor de Serviço Social junto no CAPS II; refletir acerca do impacto dessas atividades sobre o acesso a serviços e benefícios que se articulam ao direito à saúde mental e identificar e analisar as possibilidades e limites postos à intervenção profissional do Assistente Social no tocante ao fortalecimento do direito à saúde mental. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, cuja fundamentação teórico-metodológica foi orientada pelo materialismo histórico-dialético e trabalhada com a análise de conteúdo. As informações foram coletadas por meio de entrevistas, realizadas junto a 10 usuários. Os resultados revelam que, no âmbito da política de saúde mental brasileira, foram identificadas lacunas para a consolidação dos direitos dos portadores de transtornos mentais, que podem ser supridas, especialmente, por meio do envolvimento do governo, família e sociedade. Os profissionais de Serviço Social tem assumido um relevante papel como disseminadores de informações sobre direitos, participando da socialização dos direitos dos usuários e junto aos familiares e à sociedade.

**Palavras-Chave:** Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Serviço Social.

## **ABSTRACT**

This article aims to analyse the conception of CAPS II Novos Tempos users about the professional intervention of Social Worker for strengthening the right to Mental Health. For this, also sought, identify the activities undertaken by the Social Service sector along the CAPS II; reflect on the impact of these activities on access to services and benefits that articulate the right to mental health and identify and analyze the possibilities and limits offered for professional intervention of the social worker regarding the strengthening of the right to mental health. This is a descriptive, exploratory qualitative study, its theoretical and methodological foundation was guided by historical-dialectical materialism and crafted with the content analysis. The information was collected through interviews, conducted with 10 users. The results reveal that, despite the historical advances, were identified gaps to consolidate the rights of people with mental disorders, which can be met, especially through government involvement, family and society. Social service professionals have assumed a relevant role as disseminators of information about rights, participating in the socialization of users and with relatives and society.

**Keywords:** Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Social Service.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL VIGENTE: NOTAS PARA O DEBATE .....	2
3. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	8
4. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE-PB.....	13
4.1 CAPS II Novos Tempos: um novo paradigma para o tratamento aos doentes mentais .....	17
4.2 A pesquisa decampo .....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
6. REFERÊNCIAS.....	23
7. ANEXO.....	26
8. APÊNDICE.....	29

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica representou um grande avanço na história da saúde mental no Brasil, na qual proporcionou redução de internações psiquiátricas, desospitalizações e criação de serviços comunitários que foram estruturados para atender aos portadores de transtornos mentais.

A partir de 2001, através da Lei Federal 10.216/2001, a qual é resultado de uma longa luta, iniciada desde os anos 1970 do século passado, buscando a criação de um sistema de desinstitucionalização, que ampare, cuide e que não exclua as pessoas portadoras de transtorno mental, novos dispositivos foram implantados e implementados para contribuir com a Reforma Psiquiátrica, sob o paradigma da desinstitucionalização.

Entretanto, para que se conquiste uma sociedade livre de preconceitos, é necessário tratar os portadores de transtorno mental sem discriminação e de forma igualitária, garantindo-os o direito ao tratamento adequado. Para tanto, a intervenção profissional do Serviço Social tem sido fundamental para a consolidação e avanço de tal política.

Este estudo de natureza prioritariamente qualitativa objetivou analisar a concepção dos portadores de transtorno mental sobre os profissionais de Serviço Social do CAPS II Novos Tempos, do município de Campina Grande/PB. Para tanto, buscou também, identificar as atividades desenvolvidas pelo setor de Serviço Social junto no CAPS II; refletir acerca do impacto dessas atividades sobre o acesso a serviços e benefícios que se articulam ao direito à saúde mental e identificar e analisar as possibilidades e limites postos à intervenção profissional do Assistente Social no tocante ao fortalecimento do direito à saúde mental.

Na pesquisa de campo, fez-se uso da entrevista com um questionário que objetivou traçar um perfil dos sujeitos participantes da pesquisa, a observação participante, como também do roteiro de entrevistas semi-estruturada, por favorecer uma maior espontaneidade e liberdade na expressão do pensamento dos entrevistados. E como não houve nenhuma objeção por parte destes sujeitos, a entrevista foi gravada, objetivando a captura do máximo de informações necessárias

à apreensão da realidade em estudo, na qual cumpriu as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que se trata de um estudo que envolve diretamente seres humanos.

Neste sentido, o presente trabalho está estruturado da seguinte forma: Na seção 1, faremos uma incursão histórica acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Política de Saúde Mental vigente; na seção 2, abordaremos a atividade profissional do Assistente Social sob a perspectiva da Saúde Mental e do arcabouço jurídico que regulamenta e norteia o exercício profissional; na seção 3, contextualizaremos a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB, enfatizando o CAPS II Novos Tempos e analisando o trabalho do setor de Serviço Social nesta instituição, a partir dos seus usuários.

## **2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL VIGENTE: NOTAS PARA O DEBATE**

O tema da saúde mental remete à história da loucura, tratada de várias maneiras ao longo dos anos. O uso de sanguessugas, da hipnose ou do choque eletroconvulsivo, são exemplos dos variados tipos de tratamento dispensados aos “considerados loucos”.

No Brasil, a instituição psiquiátrica está interligada à chegada da Família Real ao país, em 1808. Nesta época, foram construídos os primeiros asilos que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, com o objetivo de retirá-los do convívio social e manter a ordem urbana. Nesse sentido, explica Mesquita, (2008, p. 03) que

Com o relevante crescimento da população, a cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. *Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico* (Grifos nossos).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o modelo hospitalocêntrico não tinha função médica, mas reclusiva, social (ou melhor, antissocial!), ou seja, seu objetivo primordial era manter a ordem, afastando do

convívios dos indivíduos “normais” aqueles denominados “loucos”, o que resultava no agravamento do estado de saúde dos doentes, tidos como incapazes, “merecedores” do asilamento e do abandono.

Nos anos 1970, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços, publicizam questionamentos e reivindicações organizadas em torno do conhecido “movimento sanitário<sup>1</sup>” e, relativo à saúde mental, da luta pela denominada Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup>. A organização destes sujeitos objetivava, dentre outras questões, mudanças nos modelos de gestão das práticas realizadas na saúde e igualdade nos serviços prestados à população. Questionavam a natureza do modelo privatista e a sua incapacidade de oferecer um tratamento que atendesse às necessidades dos usuários.

Em 1978, surge no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o fator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Em dezembro de 1987, no encontro dos trabalhadores em saúde mental, em Bauru, surge uma nova e fundamental estratégia. O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente teórico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. Deste ano até hoje, foram organizadas dezenas de associações de familiares, voluntários e usuários de serviços psiquiátricos, lutando pelo lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, hoje conhecido como Movimento de Luta Antimanicomial (Amarante, 1995).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Iniciado ao final dos anos 1970, na

---

<sup>1</sup>O movimento pela Reforma Sanitária, no contexto da redemocratização, surgiu da indignação de trabalhadores e diversos setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor saúde. Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960, atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 1970 e princípio dos anos 1980 e mantém-se mobilizado até o presente. Defende a universalidade da atenção à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além da descentralização da organização do sistema de saúde, com o repasse para os municípios das ações e serviços locais (Cf.: Bisneto, 2011). Também defende a integralidade, na qual este passa a ser um dos princípios que direcionam e ampliam as ações de saúde na busca de uma transformação no modelo de atenção, e sua incorporação possibilita o questionamento do paradigma biomédico, bem como uma crítica das práticas de saúde. E o controle social, que é um dos principais instrumentos para promover a democratização da saúde, propiciando a participação efetiva da sociedade na busca da garantia dos direitos conquistados constitucionalmente.

<sup>2</sup> Deste modo, o processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases: a primeira, contemplada no período de 1978 a 1991, compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, e a segunda, de 1992 aos dias atuais, destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra hospitalares.

crise do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica apontava para o retorno do indivíduo à sua família, sem deixar de considerar o papel do Estado na oferta de uma ampla estrutura de proteção e suporte a este retorno, bem como de adoção de um tratamento psiquiátrico desprovido de doses abusivas de medicamentos. Sobre tal processo, Mello (2007, p. 39) esclarece que

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos de 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

Vale ressaltar que não se trata apenas de *desospitalizar*: trata-se da defesa de um modelo pautado no paradigma da *desinstitucionalização*. Fica evidenciado que a prática da reforma desde a comunidade aos serviços deve ser trabalhada e transformada e não simplesmente substituída. Pode ser entendida como um processo de desconstrução manicomial, e este processo não objetiva simplesmente fechar hospitais para redução de leitos e conseqüentemente de custos, mas sim, superar um modelo médico arcaico, possibilitando que os enfermos mentais usufruam de uma terapia efetiva, verdadeira e cidadã (AMARANTE, 1995).

Destarte, o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

O movimento social pelos direitos dos doentes mentais envolveu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Tal Movimento, através de variados campos de luta, passa a protagonizar e a construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e a construir coletivamente uma crítica ao modelo hospitalocêntrico. Surgem daí, as primeiras propostas e ações para a reorientar a atenção a estes usuários, através de serviços substitutivos, dentre eles os CAPS, e o Serviço de Residência Terapêutica.

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a ser uma questão de ordem pública no Brasil a partir dos anos 1990, e ganha grande impulso em 2002, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde que instituem mecanismos legais para esta redução.

Resultante desta luta tem-se em 2003 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no centro da cidade; o envio para o Congresso Nacional, do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado<sup>3</sup> (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. De 1992 a 2000, começa a implantação da rede extra-hospitalar, com os movimentos sociais conseguindo aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental e em consonância com o Sistema Único de Saúde<sup>4</sup> (SUS).

Tais mudanças visam transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, no sentido de que conduzam à superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, estabelecendo com eles uma relação de coexistência, troca, solidariedade, positividade e de cuidados.

Este processo, em ritmo pactuado com os gestores das diferentes esferas de governo e também dos hospitais (tanto públicos como privados), deve incluir o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização,

---

<sup>3</sup>O Projeto é aprovado e o governo sanciona a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que instituiu um novo modelo de tratamento para o transtorno mental no Brasil.

<sup>4</sup>Fruto das reivindicações do movimento de Reforma Sanitária é a denominação do sistema público de saúde brasileiro, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pelas Leis nº. 8.080 e 8.142/1990, as quais operacionalizam os princípios e diretrizes no referido setor.

como o CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.

Neste caminho, em 2004, o Ministério da Saúde aprova o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)<sup>5</sup>; visando promover a redução progressiva e pactuada dos leitos a partir dos macro-hospitais e hospitais de grande porte. Quanto à redução de leitos, Mello (2007, p. 52) cita que

Tais pactuações devem conduzir de forma responsável o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais longamente internadas, e não somente a redução programada de leitos. Assim, para cada redução significativa de porte de um hospital, deve haver, além do incremento da rede de atenção local à saúde mental, um trabalho delicado de reinserção social das pessoas com longa história de internação, e a implementação de ações específicas para esta clientela.

Conforme dados atualizados do Ministério da Saúde, entre janeiro de 2010 e julho de 2013, quase 13 mil leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram desativados. Explica também que houve queda de leitos psiquiátricos em função de uma nova política, que não prioriza a hospitalização de usuários com agravos de psiquiatria. Contudo, é um constante desafio a mudança na lógica da atenção dos nossos serviços. Pois, conforme analisa Amarante:

Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças. Como devem ser lugares onde a crise possa ser acolhida, pode ser que tenham de oferecer leitos de suporte nos quais as pessoas possam ser internadas por um breve período (AMARANTE, 2007, p.83).

Cumprе ressaltar que a Política Nacional de Saúde Mental, respaldada na lei 10.216/02, procura colocar em prática um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, ou seja, uma mudança do modelo de atenção: tanto nas instituições psiquiátricas, no convívio com a família e na comunidade. E sendo as relações sociais, relações políticas, cabe ao assistente social buscar contribuir no sentido de sensibilizar e politizar o usuário (daí o seu histórico perfil *pedagógico*<sup>6</sup>) na

---

<sup>5</sup> O referido processo de implantação da rede de serviços substitutivos teve um forte impulso com a implantação do PNASH, na qual o objetivo é melhorar a qualidade dos Serviços Hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade, conforme a Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de Janeiro de 2002.

<sup>6</sup> A direção social *histórica* desse perfil pedagógico atribuído aos profissionais de Serviço Social pode ser analisada na relevante obra de Abreu (2010).

busca pela transformação social, para que o conceito de cidadania venha a ser apreendido e esta venha a ser conquistada.

Conforme esta lei, todos os doentes mentais têm direito ao acesso de tratamento no sistema de saúde, adequado às suas necessidades. Além disso, estes sujeitos deverão ser protegidos contra qualquer forma de abuso e exploração, tendo garantia de sigilo nas informações prestadas a respeito de sua doença e com direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de uma possível hospitalização involuntária. Os usuários podem ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e devem receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.

Conta com uma rede de vários serviços tais como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e CAPS III). Também faz parte dessa Política o Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para os usuários com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Conforme cita o Ministério da Saúde, os CAPS são instituições designadas para dar suporte aos portadores de transtorno mental, apoiar na busca da autonomia, estimular a integração familiar e social, e oferecer tratamento psicológico e atendimento médico. Sua principal característica é buscar integrá-los em um espaço cultural e social concreto, o espaço da cidade onde se desenvolve o cotidiano dos usuários e familiares. Estes serviços constituem uma das principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica.

Cumprir sinalizar, entretanto, que a política de saúde mental, assim como as demais políticas sociais, não está imune às medidas de contenção de gastos assumidas pelo Estado brasileiro no que tange à garantia de direitos sociais. São visíveis as dificuldades e desafios que passam as instituições públicas de saúde, realidade que acaba por agravar as precárias condições de vida daqueles que utilizam esses serviços.

Esta realidade não atinge tão somente as condições de vida dos usuários, o que por si só, configura uma realidade desumana, mas também as próprias condições de trabalho dos profissionais da área (entre eles, o Assistente Social), aprofundando os limites e dificultando as possibilidades de sua atuação. Pois o

empregador detém poder para normatizar as relações de trabalho e suas condições de realização, determinar suas atribuições e demandar competências específicas de seus profissionais.

Entretanto, toda essa situação acarreta uma sobrecarga ao trabalhador, que irá repercutir em sua saúde, ocorrendo devido a sua inserção em uma área cheia de desafios, na qual possui limitações e desgastes no cotidiano profissional: lidando com conflitos, com as expressões da questão social e com a questão de direitos, enquanto respostas a esta.

Tais mudanças nas políticas setoriais trouxeram implicações para as diversas profissões inseridas nesse processo, requisitando novas demandas e redimensionando as antigas postas ao exercício profissional. Assim, após tais considerações, o próximo item discutirá as implicações do processo ora discutido no Serviço Social brasileiro.

### **3. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: INTERLOCUÇÃO ENTRE OS PROJETOS PROFISSIONAIS E OS MODELOS DE ATENÇÃO**

O assistente social, na década de 1940, passa a fazer parte da equipe dos profissionais que atuavam no campo da saúde mental onde o efetivo fundamento da profissão está na criação de um espaço sócio-ocupacional determinado pelas condições histórico-sociais do capitalismo monopolista, que demanda agentes qualificados para o enfrentamento da questão social<sup>7</sup> (NETTO, 1992).

No início do exercício profissional no referido setor, a prática caracterizava-se por ações funcionais à lógica do capital<sup>8</sup>: o que não era associado diretamente ao psíquico e ao somático era demanda para o Serviço Social, cujos profissionais tinham como estratégia diagnosticar e tratar “crianças-problemas” e implementar a educação higiênica nas escolas e na família.

---

<sup>7</sup>A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” ( CARVALHO; IAMAMOTO, 1983, p.77).

<sup>8</sup> Antigamente, predominava o modelo de atenção à saúde pautado no paradigma flexneriano, cuja característica era fragmentar o ser humano, focalizando a atenção na “parte afetada do corpo”; cuja centralidade da prática estava no profissional de medicina e os demais profissionais, dentre eles, os assistentes sociais ficavam na condição de apêndices de parâmetros, isto é, o ajustamento do “cliente” ao tratamento. Cf: Bravo (2013).

Cumprir destacar que, assim como os modelos de atenção à saúde (inclusive no setor da saúde mental), o embasamento teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político que predomina na profissão também se desenvolve historicamente: neste contexto em que houve a tímida inserção dos(as) assistentes sociais neste campo de atuação (que coincide com a própria emergência da profissão no país), esta estava sob forte influência.

Em tal contexto, o Serviço Social trabalhava subordinado à Psiquiatria, atuando nas questões que poderiam prejudicar o tratamento se não fossem sanadas a contento; à profissão, caberiam todas as questões genéricas e contextuais tidas como sociais, pois escapado plano biológico ou psicológico.

Para que os objetivos da prática do Serviço Social concordem com os colocados pela profissão, é necessário que a entidade tenha um modelo psiquiátrico contemplando uma visão social articulada com a problemática da loucura. Ou seja, uma Psiquiatria que veja a “questão social” como inerente à atenção, a cidadania como elemento crucial na reabilitação psicossocial, como uma crítica à sociedade de classes e às políticas neoliberais. Quanto a tal questão, Bisneto comenta que,

Apesar de o discurso dos assistentes sociais em Saúde Mental ser o mais variado possível, e suas práticas também, o que têm em comum é o atendimento às demandas postas pelo usuário, mas dentro da racionalidade imperativa dos diversos modelos de assistência psiquiátrica (BISNETO, 2007, p. 117).

Não obstante o fato de ter havido uma abertura para o Serviço Social na saúde mental naquela década, sua inserção nos hospícios públicos não contava com grande quantidade de profissionais<sup>9</sup>.

Tal situação sofreu modificação após o golpe de Estado de 1964 que instaurou o governo ditatorial. Este procedeu a reformas no sistema de saúde, resultando no aumento do número de hospícios e na multiplicação de possibilidades de empregar assistentes sociais na saúde mental (BISNETO, 2007). Destarte, antes das reformas no sistema de saúde no contexto do regime autocrático burguês, o “movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência

---

<sup>9</sup>O conjunto de assistentes sociais trabalhando nos hospícios públicos não chegava a constituir uma quantidade de profissionais na categoria que fosse semelhante ao “Serviço Social Psiquiátrico” nos EUA. O número de clínicas psiquiátricas privadas era pequeno e geralmente não empregavam assistentes sociais. Cf.: Resende(1990).

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” (RESENDE, 1990, p. 60).

Só a partir da década de 1970, em meio à crescente efervescência de diversos setores da sociedade que contestavam o regime ditatorial, é que surgem iniciativas que ocasionaram grande impacto para a saúde mental e, conseqüentemente, para o Serviço Social, a exemplo do Movimento de Reforma Psiquiátrica e a busca de um Projeto Profissional embasado na teoria social crítica de Marx, decorrente do processo de renovação do Serviço Social<sup>10</sup>.

Seguindo essa análise, Bisneto (2007,p.145) cita o que é necessário ao profissional, para ir além das fragilidades vividas no campo da saúde mental:

É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos.

Uma das propostas para valorizar a prática do Serviço Social no setor em tela é procurar fazer a articulação dos objetos das duas áreas, isto é, buscar os fenômenos que relacionam a “questão social” aos transtornos mentais por um lado, e a assistência psiquiátrica por outro.

O interessante estudo de Ortiz(2010), reforça a análise de que para se entender o processo de constituição da imagem social da profissão há de se considerar indubitavelmente o desenvolvimento da história, que no nosso caso diz respeito à consolidação particular do capitalismo no Brasil e ao enfrentamento das expressões da “questão social”:

A imagem, portanto, expressa a apreensão que o homem faz dessa realidade, embora não possa ser confundida com ela. Assim, a construção de determinada imagem consiste em um processo absolutamente importante para o desenvolvimento da vida social pois ele permite que o homem possa viver seu cotidiano, identificando

---

<sup>10</sup> Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das restrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais (NETTO, 2010, p.131).

suas necessidades imediatas e oferecendo a elas determinadas respostas (ORTIZ, 2010, p.14).

No entanto, a imagem e os valores burgueses tendem não apenas a serem dominantes, mas geralmente incorporados como universais à humanidade, ahistóricos e, principalmente, como se fossem asséptico a determinados de classe. É como se as ideias e a imagem que se tem de alguma coisa existissem fora e acima dos indivíduos, e não fossem produzidas pelos próprios homens submetidos a condições de existência historicamente determinadas.

Com isso, a Política Nacional de Saúde mental vigente e o projeto profissional do Serviço Social hegemônico, colocam muitos desafios para a sua ação. O projeto político profissional implica no compromisso com a competência, cuja base é o aprimoramento profissional e preocupação com a (auto)formação permanente e uma constante postura investigativa e constante busca de um suporte técnico-operativo, teórico-metodológico e ético-político para desenvolver o seu trabalho.

O Assistente Social não é demandado para realizar terapia<sup>11</sup>, mas sim para possibilitar ao usuário condições materiais de se manter no tratamento e de reproduzir-se socialmente, ou seja, é demandado para intervir sobre as expressões da questão social, buscando viabilizar os direitos dos portadores de sofrimento mental, criando possibilidades concretas para a reabilitação social destes indivíduos.

Destarte, no contexto macroeconômico, mediado pela lógica do mercado, o exercício profissional sofre um redimensionamento pelas alterações ocorridas na esfera dos serviços sociais e nas demandas.

Na análise destas condições depreende-se que há uma interferência da lógica do capital na forma, no *modus operandi*, no conteúdo e no resultado do exercício profissional, que se limita, em muitos casos, ao cumprimento de rotinas burocráticas e de metas institucionais, influenciando nas funções, qualidade e competência do trabalho profissional, estabelecendo normas específicas e, até mesmo à luz da lógica mercadológica, define-se as necessidades de capacitação, o ritmo e a intensidade do trabalho e os recursos (técnicos, financeiros, institucionais) disponíveis para realização das ações profissionais (GUERRA, 2007, p. 8).

Neste caminho, uma tendência que ocorre nas instituições é o fazer burocrático que tecniciza a ação deste profissional e contribui para o enquadramento

---

<sup>11</sup> A este respeito, o próprio Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou a Resolução 569, de 25/03/2010, que dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.

institucional das demandas. Tal fato vai de encontro ao que preconiza o Código de Ética do Assistente Social em seu 10º princípio: “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional”.

Assim, Iamamoto (2001), ao avaliar tal questão, afirma que, na atualidade, um dos maiores desafios que este profissional vive é desenvolver sua habilidade de compreender a realidade, construindo propostas de trabalho capazes de defender e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, ou seja, ser um profissional propositivo e não só executivo. Torna-se imperativo, pois, aliar o conhecimento produzido ao longo da história da profissão à dimensão técnico-operativa e ético-política da mesma.

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social (IAMAMOTO, 1998, p. 52).

Mas para que isso aconteça, é exigido ao assistente social, o redimensionamento das funções tradicionalmente atribuídas e as qualificações para o exercício profissional, que passa pelas três dimensões: o conhecimento teórico-metodológico, a realização dos compromissos ético-políticos estabelecidos pelo Código de Ética Profissional, e a capacitação técnico-operacional.

Na área da saúde mental, a integralidade do cuidado é um princípio ético e político (BRASIL, 2005) que sugere organização e efetivação no atendimento e nos serviços, para que o usuário seja atendido na sua integralidade, superando a fragmentação, percebendo-se o entendimento ampliado de saúde e todos os fatores que causam o adoecimento. Como enfatizado pela Política Nacional de Promoção de Saúde,

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

Entretanto, vai repercutir diretamente na resolutividade da ação, bem como se tornará um mecanismo de estímulo à participação dos usuários, familiares, trabalhadores e comunidades envolvidos no atendimento e na proposição dos serviços.

Temos o conhecimento que o trabalho do assistente social se depara diariamente nos limites das políticas públicas e na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outras dificuldades como a carência na estrutura física e de acesso dos serviços. Entretanto, não se tornam justificativas para a não efetivação do fazer profissional.

O Código de Ética do profissional de Serviço Social traz como centralidade o compromisso com a classe trabalhadora. Entende-se que, o Projeto Ético-Político implica compromisso com uma nova ordem social na qual se busca competências profissionais que visem formações permanentes e postura investigativa constante. Assim, tendo em vista que o projeto é hegemônico, ele deve nortear atendimentos, projetos, planos de trabalho e todas as intervenções comprometidas com questões éticas que garantam a qualidade da atenção em saúde mental.

Fazendo uma relação do Código de Ética com a Política de Saúde Mental, enfatizamos que o documento *Parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde* constitui um importante instrumento para sistematizar a prática profissional, faz uso de uma citação de Robaina (2009 apud CFESS, 2010, p.41), onde destaca que cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios.

Verifica-se então que na área da saúde mental, o profissional deve preservar sua identidade profissional e sua autonomia ética, sem negar a interdisciplinaridade, podendo colaborar no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito.

#### **4. CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS SOBRE A REFORMA PSQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE-PB**

Em meados de 1960 surge a história da assistência psiquiátrica em Campina Grande, onde a cidade passou a contar com a construção de dois hospitais

psiquiátricos e prestadores privados de serviços. A primeira clínica psiquiátrica do município foi o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande (Clínica Dr. Maia), fundada pelo médico Raimundo Maia de Oliveira, o primeiro psiquiatra da cidade, em 1966. A segunda clínica psiquiátrica foi o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), popularmente conhecido como Hospital Dr. João Ribeiro, em 1963.

É nesse contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileiro que evidenciamos o município de Campina Grande, localizado no Estado da Paraíba. Situado no interior do Estado com uma população de aproximadamente 400.000 habitantes, o município respondia a grande parte da demanda de saúde mental da região através desses dois hospitais psiquiátricos, ambos de médio porte.

Após sucessivas avaliações negativas do Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH-Psiquiatria) começa a tomar curso o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital ICANERF e de seu descredenciamento do serviço da rede SUS (Sistema Único de Saúde) em Julho de 2005.

No dia 28 de Abril de 2005, o Jornal da Paraíba apud Sales, 2006, traz em sua capa de reportagem: “Doentes nus e abandonados levam o Ministério de Saúde a intervir no Hospital ICANERF” onde caracteriza o espaço.

Os relatos são de pessoas que tomavam banhos juntas cujo único instrumento para a higiene era uma mangueira operada por um funcionário que, mecanicamente parece limpar elefantes, como aquele de circo... O quadro foi complementado por ambientes, na maioria das vezes sem luz e sem banheiros, além de estoque empobrecido de comida, um déficit considerável na farmácia do hospital. O estoque de medicamentos não apresentava o que era necessário para a manutenção mínima do hospital (SALES, 2006, p. 59).

O ICANERF não tinha como ser remodelado, muito menos suas práticas mudadas. Não era o hospital, no que diz respeito à estrutura física, recursos humanos, direção, que estava em questionamento, mas o modelo hospitalar excludente e segregador.

Em 2002, o município cria a sua própria legislação, a lei nº4. 068, fixando as diretrizes sobre a promoção de saúde e reintegração social do portador de transtorno mental, onde determina a implantação de ações e Serviços de Saúde

Mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, em conformidade com a lei nacional n 10.216.

Antes de ser concedida a medida judicial que decretava a intervenção, foi pactuado entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o gestor municipal e a direção do Hospital, que a equipe de intervenção iniciaria os trabalhos de ordem técnica no interior da instituição. Conforme cita Cirilo (2010, p. 151):

Uma das primeiras medidas adotadas foi conhecer os pacientes, colher dados da história de cada um e identificar possíveis candidatos às Residências Terapêuticas. Estabeleceu-se como prioridade a realização, junto aos futuros usuários, de um trabalho de reintegração social e resgate de suas histórias e vínculos pessoais.

Para retirar os 176 internos da situação de mais completa desumanidade, as estratégias se iniciaram pelas ações mais básicas: atendimento clínico, cuidados de higiene (tratamentos de escabiose, piolhos e banhos) e utilização de objetos pessoais. Foi necessária também a contratação de alguns profissionais: cuidadores, auxiliares de enfermagem e enfermeiros. A equipe também localizou a família de alguns pacientes e, com elas, foi iniciado um trabalho para (re)criar vínculos afetivos na tentativa de se reinstalar alguma possibilidade de convivência. E mesmo com muitas dificuldades, alguns pacientes foram acolhidos em seu lar.

Após várias negociações com os gestores federal, estadual e municipal, visualizamos a reorganização dos serviços disponíveis no município de Campina Grande: o mesmo foi habilitado no Programa de Volta para Casa e passou a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas.

Durante este período, o processo de desinstitucionalização e de redução de leitos em Campina Grande mobilizou os gestores dos SUS para as construções de novas soluções para as demandas de saúde da região, mobiliza a comunidade local para a Reforma Psiquiátrica e mudou efetivamente a qualidade de vida e da assistência prestada em saúde mental à população.

Dessa forma a efetivação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande exigiu muita agilidade no processo de superação do modelo hospitalocêntrico e a concomitante implantação (a passos rápidos) da rede substitutiva, que garantisse o cuidado, a inclusão social, que garantisse que o fechamento de um hospital psiquiátrico não gerasse a desassistência (SALES, 2006, p.71).

Atualmente, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, a cidade dispõe de unidades de atenção à saúde mental assim distribuídos: CAPS II

“Novos Tempos”, CAPS III “Reviver”, CAPS AD, CAPS infantil (Viva Gente e CAPSinho – Centro Campinense de Intervenção Precoce). CAPS de Queimadas e CAPS São José da Mata, totalizando 7 CAPS.

Já em 2003, a Reforma Psiquiátrica de Campina Grande ganhou espaço e fortaleceu a atenção em saúde mental, com mudanças gradativas no modelo assistencial e com a criação de um CAPS II. Tornou-se concreta uma rede extra-hospitalar de saúde mental, apoiada pela intervenção federal do ICANERF, conforme postula Cirilo (2006).

Nessa perspectiva reformista, aspirou-se ampliar a rede de cuidados em saúde mental e ainda no ano de 2005 foi inaugurada a emergência psiquiátrica em um hospital geral da cidade. O local passou a prestar assistência aos usuários de transtornos mentais em crise e /ou surto psiquiátrico, dando suporte à rede local e aos municípios pactuados com Campina Grande, tendo sempre como meta o rápido retorno deles ao convívio social.

De acordo com a Secretaria Municipal de Campina Grande, funcionam também outros serviços que estão inseridos nas estratégias de implantação da Reforma Psiquiátrica, assim dispostos; 06 Residências Terapêuticas<sup>12</sup> (sendo 02 no bairro do Alto Branco, 02 no bairro das Nações, 01 no bairro do Cruzeiro e 01 no Centro); 01 Centro de Convivência e Cultura “Artes e Ofícios”, e também estão inseridas nesse modelo de atenção à saúde mental as Equipes Matriciais que estão localizadas nos 04 distritos sanitários do município e devem ter atuação através da intersetorialidade, entre as Unidades de Estratégia de Saúde na Família(ESF) e os CAPS.

Atualmente existem no município de Campina Grande 07 CAPS, assim distribuídos: o CAPSinho (Centro Campinense de Intervenção Precoce), o CAPS I Viva Gente (infanto-juvenil), o CAPS II Novos Tempos, o CAPS III Reviver, que funciona 24 horas e o CAPS ad (Álcool e Outras Drogas), além dos dois CAPS 1 localizados nos distritos de Galante e São José da Mata.

Conforme registros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), apesar dos entraves e dificuldades, Campina Grande dá exemplo de que é possível mudar as práticas relativas à saúde mental investindo-se numa rede de atenção que tem por

---

<sup>12</sup>03 dessas residências são masculinas, 01 é mista e 02 são femininas. Todas as residências tem, em média, 08 moradores e, em todas as casas, há 06 cuidadores, com exceção da Feminina 1, que dispõe de 08 cuidadores).

princípio o respeito ao usuário, viabilizando seus direitos e uma mudança favorável no modelo de assistência.

Contudo, é sabido que o profissional do Serviço Social não possui apoio financeiro para aprimorar-se, capacitar-se e participar de eventos na área, impossibilitando assim a contínua formação do mesmo.

E de acordo com dados do Ministério da Saúde, 23 milhões de pessoas, ou seja, 12% da população brasileira, necessitam de algum atendimento em saúde mental e pelo menos 5 milhões delas sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde).

#### **4.1 CAPS II Novos Tempos: um novo paradigma para o tratamento aos doentes mentais.**

O CAPS foi inaugurado em 18 de Dezembro de 2003. Atende usuários adultos com transtornos mentais severos de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Conforme dados da própria instituição, atualmente está com cerca de 450 usuários adultos, de ambos os sexos e a maioria desses usuários tem histórico de internação psiquiátrica. Com esse grande número de usuários fica evidente as más condições de assistência no serviço prestado.

Conta com uma equipe interdisciplinar, com 36 funcionários, composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, entre outros e estabelecem diversas atividades terapêuticas: atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. No entanto, observa-se uma “instabilidade” profissional, na qual, a cada nova roupagem política, é visível por um lado, a demissão, e o “apadrinhamento”, por outro, destes profissionais.

Os recursos materiais que utilizam são: ar condicionado, armários, cadeiras, DVD, mesas, microfone, quadro de aviso, rádio, telefone, fichários, sofá, ventilador,

estante, cadeira de rodas, bebedouro, TV, colchonetes, fogão, geladeira, caixa de som, guarda-roupa, quadro branco, cama, colchão, batedeira, gás, freezer, liquidificador, espelho de parede, ferro de passar, entre outros.

Um dispositivo de grande importância é o Grupo de Família. Realizado quinzenalmente, se caracteriza como o momento de escuta e apoio às famílias, perante às dificuldades enfrentadas com os cuidados do transtorno mental, quando estão em crise, superações diárias, orientações do diagnóstico e a participação efetiva no projeto terapêutico do usuário, sempre como novos temas e criando laços da solidariedade.

Este trabalho tende conscientizar a valorização da presença da família como parceira essencial no enfrentamento das dificuldades oriundas do sofrimento mental dos usuários; oferecer espaço de escuta e diálogos dos parentes, trabalhar uma melhor integração entre os usuários e seus familiares, ajudando na viabilização do projeto terapêutico; é importante também colher dados com as famílias que possibilitem e ajudem a orientar o processo de tratamento, mostrar aos familiares outras formas de tratamento que não só a internação psiquiátrica e avaliar a coresponsabilidade com o tratamento do usuário.

Contudo, frente ao neoliberalismo, é de grande importância para o “Estado” essa aproximação e os cuidados da família, pois tenta tirar de si a grande responsabilidade que tem com estes usuários, reduzindo assim a qualidade dos serviços oferecidos para a sua reabilitação social.

No que se refere ao Serviço Social na instituição, o trabalho desenvolvido consiste em coordenar grupos de família; participar da elaboração de ofícios, relatórios e planejamentos; realizar junto a usuários, familiares e equipe técnica, reuniões de assembleia de avaliação; elaborar encaminhamentos; articular junto a outras instituições, familiares e comunidade a inclusão territorial dos usuários e/ou responsáveis e realizar visitas institucionais e domiciliares.

Analisando tais considerações, discutiremos os dados referentes à pesquisa de campo, que teve como objetivo principal, os rebatimentos da intervenção profissional do Assistente Social sobre o fortalecimento do direito à Saúde Mental, a partir da realidade do CAPS II Novos Tempos.

## 4.2A pesquisa de campo

Os sujeitos dessa pesquisa foram os usuários portadores de transtornos psíquicos de ambos os sexos, contando com uma amostra de 10 usuários. O tipo de amostra dessa pesquisa foi por acessibilidade e por conveniência do pesquisador, já que, de acordo com GIL (2007, p. 104) "estes possam de alguma forma, representar o universo".

Foram utilizados na coleta de dados, um questionário, com o objetivo de traçar um perfil dos sujeitos participantes da pesquisa e o roteiro de entrevista semi-estruturada, por favorecer uma maior espontaneidade e liberdade na expressão do pensamento dos entrevistados. E como não houve nenhuma objeção por parte destes sujeitos, a entrevista foi gravada, objetivando a captura do máximo de informações necessárias à apreensão da realidade em estudo.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, a mesma atendeu aos requisitos éticos fundamentais conforme recomenda a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tais requisitos envolvem o sigilo das informações, de forma a garantir a privacidade do entrevistado, respeitando sempre seus valores culturais, religiosos, morais, sociais e éticos. Além de ser garantido anonimato das fontes de informação pelo Termo de Consentimento e Livre Esclarecido(TCLE).

Antes de adentrarmos na análise das falas dos sujeitos de nosso estudo, cumpre sinalizar o perfil dos mesmos. A maioria dos 10 usuários entrevistados foi do sexo feminino, qual seja 08 e 02 do sexo masculino, sendo com idades entre 30 e 62 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, 01 é apenas alfabetizado, 03 tem o Ensino Fundamental Incompleto, 01 com Ensino Fundamental Completo, 01 com Ensino Médio Incompleto, 02 com Ensino Médio Completo, 01 com Superior Incompleto e 01 com Mestrado. Este dado nos remete à análise de possibilidades maiores para as atividades desenvolvidas no referido serviço. Por outro lado, o predomínio de atividades voltadas para os portadores de transtornos mentais, pode contribuir para

o poucocentramento desses usuários, ocasionando relapso com as oficinas terapêuticas e o descaso com as atividades desenvolvidas na instituição por parte dos usuários com o grau de escolaridade mais elevado, na qual mantem-se distanciados dos demais usuários.

Ao serem questionados sobre o tempo de inserção desses sujeitos no serviço, as respostas foram bastante variadas, mas elucidaram que estes estão inseridos no CAPS II há, no mínimo, 8 meses. Tendo relatos de 8 meses a 15 anos, tal dado foi relevante aos objetivos deste estudo, uma vez que, por estarem com um tempo em que propiciou que estes estejam “situados/ ambientados” na rotina institucional, puderam contribuir para a análise das questões apresentadas em nossa entrevista.

Ao indagarmos sobre há quanto tempo ocorreu a atenção desenvolvida pelo setor de serviço social, 03 responderam que só uma vez, quando precisaram de alguma coisa, algum documento ou até mesmo uma simples orientação:

*Uma única vez, no começo(Entrevistado 02).*

*Não sei, eu precisei dela, de um documento, e ela me providenciou (Entrevistado 06).*

*Josefa<sup>13</sup> era só, não sei, mas ela só mostrava onde eu tinha que ir num sabe?(Entrevistado 09).*

Este dado nos chamou atenção, por algumas questões: apesar de não ser uma atribuição exclusiva do profissional de Serviço Social, o CAPS II traz como particularidade o acolhimento, ou seja, a triagem inicial. Contudo, conforme a Política Nacional de Saúde Mental, esta não é função exclusiva para este profissional, já que, sendo uma instituição multi e interdisciplinar, qualquer profissional poderia fazê-la. Assim, fica perceptível que alguns usuários não tiveram esse atendimento inicial.

Por outro lado, ao compararmos o exercício profissional sistematizado nos *Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde* (CFESS, 2010) e sua atuação no CAPS, percebemos que deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras.

---

<sup>13</sup>Nome fictício atribuído a uma das assistentes sociais.

Outra parcela dos entrevistados (04 sujeitos) responderam que são atendidos por todo o tempo que estão frequentando o CAPS:

*Todo esse tempo que eu estou aqui, não é?*(Entrevistado 04).

*Desde que eu estou aqui*(Entrevistado 10).

*É... 8 anos também, é*(Entrevistado 05).

*Ói (sic), eu comecei a ser atendida na Rua Getúlio Vargas, e também na, naquela rua, da caixa econômica, por Cacilda. Está aqui desde o dia que fundou os CAPS*(Entrevistado 07).

Os demais não souberam responder, onde é perceptível que o profissional não busca o fortalecimento dos vínculos para com os usuários, o que inúmeras vezes resulta no distanciamento e rejeição, prejudicando ambas as partes e o trabalho a ser desenvolvido.

Ao serem questionados sobre se já foram atendidos pelas Assistentes Sociais daquela instituição, 08 disseram que sim e 02, não: *Não, eu não lembro*(Entrevistado 03); *por ela [a assistente social]? Não* (Entrevistado 09).

Outro item questionado diz respeito à frequência desse atendimento (se era mensal ou semanalmente): 03 responderam que só tiveram contato uma vez ou quando precisaram de algo:

*Quando eu fui internada e só fui atendida por ela, a primeira vez que cheguei aqui* (Entrevistado 02).

*Quando é preciso eu falar com ela, eu falo* (Entrevistado 03).

*Não, com ela, com ela foi, como se diz, eventual né, apenas uma vez* (Entrevistado 06).

03 disseram que o atendimento era semanalmente, 03 que este era mensal e 01 não compreendeu a pergunta.

Ao indagarmos se conheciam o trabalho delas e se poderiam descrever quais as atividades que elas desenvolvem, 07 responderam que não e 03 disseram que sim, mas falaram mais da própria assistente social do que das suas atividades desenvolvidas:

*Ótimo, muito bom. Ela desenvolve atividade aqui muito atenciosa, eu acho, muito simpática, entendeu, e ela dá muita assistência*(Entrevistado 05).

*Conheço demais. Ela é uma dona, ela é uma chefe. Eu ia me aposentar, pra pegar minha carteirinha, mas era pra quem tem um salário mínimo, aí eu não fui mais atrás dela(Entrevistado 07).*

*Aqui eu conheço muito né, mas fora daqui eu não conheço não. Ela ajuda muito assim a gente tirar o cartão de ônibus, benefício, possibilita lá o salário que eu recebi. Ela me ajudou muito(Entrevistado 08).*

Analisando as falas destes usuários, podemos comparar com o que Ortiz (2010) chama atenção, que um dos elementos que caracteriza a atuação profissional é a “distribuição de auxílios”, sendo vistos como o profissional do “aconselhamento”. conformando-se um caráter personalizado da intervenção, e no qual este profissional prioriza os aspectos particulares de cada usuário atendido.

Por fim, questionamos de que forma o atendimento que o(a) entrevistado(a) recebeu da Assistente Social, interferiu sobre a(s) demanda(s) que apresentou ao CAPS II: 04 não souberam responder.No entanto, percebe-se que não há uma busca deste profissional para melhor entrosamento destes usuários, restringindo a atenção por parte da instituição apenas ao tratamento *psi*.

E 06 responderam que apenas simples encaminhamentos eram atividades do Serviço Social naquele espaço, conforme apontam que:

*Eu acho, não sei, eu acho que ela me encaminhou para o Centro de Convivência de Cultura e Arte, lá no, na Prata, na Rua Ouro Branco ou é Rio Branco, na feira da Prata, que eu faço curso com a professora Claudete, faço várias coisas, faço bijuterias, faço fuxico, peso de porta, é, agulheiro, faço rosa. Eu acho, eu não sei não, eu acho, é o que eu acho, eu não sei não (Entrevistado 01).*

*Bom, ela passou eu para o médico, pras atividades que eu faço aqui, é as oficinas, eu acho é bom pra mim, passa eu pra psicóloga, estou gostando e estou melhor também.Desde que eu cheguei aqui, agora estou melhor(Entrevistado 04).*

*Para mim foi positivo, o que a gente reivindicou aqui, ela colocou(Entrevistado 08).*

Observa-se na resposta de alguns entrevistados, que eles necessitam de acompanhamento de tal profissional, que só foram acompanhados pela Assistente Social apenas quando chegaram lá, na triagem inicial, e outros, ficam satisfeitos com o acompanhamento, pois sentem que é um espaço para resgatar a auto-estima perdida deles, assim como também trocam experiências, reconhecendo seus direitos e fortalecendo-se a cada dia.

Por fim, esperamos que os resultados aqui apresentados possam contribuir para uma melhoria nos serviços oferecidos aos seus usuários, onde é perceptível uma grande defasagem no que diz respeito à viabilização dos seus direitos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Reforma Psiquiátrica brasileira representou um expressivo exemplo de luta promovida pelos trabalhadores de saúde mental e de segmentos da sociedade civil pelos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais.

O profissional de Serviço Social tem um papel fundamental dentro dos CAPS, no qual contribui para identificar as causas dos problemas que afetam a vida dos usuários, diagnosticar suas necessidades e lutar pela validação dos direitos e do acesso à saúde dentro de uma lógica universal e igualitária. É capaz de utilizar seu conhecimento teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político para um acolhimento que se pauta também em informar a esses usuários a respeito desses direitos para que eles possam ir à busca dos mesmos.

A partir das entrevistas realizadas com os usuários do CAPS, observamos que o exercício profissional ainda enfrenta sérios desafios, portanto, é indispensável aos profissionais desta área (em uma construção coletiva e articulada com os demais profissionais do campo da saúde mental) conhecerem e fundamentar-se no arcabouço legal que embasa a política em tela, para melhor concretizar suas ações e viabilizar os direitos dos usuários.

Diante do exposto, fica o intuito de potencializar os discursos sobre o sistema da saúde mental, socializando e expressando conhecimentos com vistas a refletir mudanças sociais na realidade em que estão inseridos os atores envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande/PB.

## **REFERÊNCIAS**

ABREU. Marina Maciel. **Serviço social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional/** Marina Maciel Abreu. - 3.ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**./ Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDREOLI, S. B.; Almeida-Filho, N.; Martin, D.; Mateus, M. D.; Mari, J. J. (2007). "Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil". **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 29 (1): 43-6.

BISNETO. José Augusto. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática/ José Augusto Bisneto. – 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M<sup>a</sup> Inês Souza. Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo, Maria Inês Souza; Vasconcelos, Ana Maria de; Gama, Andréa de Sousa; Monnerat, Giselle Lavinias. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos/ Maria Inês Souza Bravo. – 1.ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 20 maio 2010.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., Brasília, DF. (informativo à imprensa). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34295](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34295).

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**: Lei 8.080/90 de 19.09.1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [www.Saude.gov.br](http://www.Saude.gov.br)

CIRILO, Livia Sales; FILHO, Pedro de Oliveira. O direito à saúde é um direito humano inadiável. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.34, n.84, jan/mar.2010.

DELGADO, P. G. "A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil". **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 29 (2): 188-99, 2007.

FALEIROS, V. de P. **Metodologia e Ideologia do trabalho Social**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 1981.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**, 4ª ed. Cortez, São Paulo 2001.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1983.

MELLO, Marcelo Feijó de. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil/** Marcelo Feijó de Mello, Andrea de Abreu Feijó de Mello, Robert Kohn, organizadores. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MESQUITA, J. F. de. **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício?** Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ENEPANAIS. Caxambu/MG : 2008.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

ORTIZ, Fátima Grave. O serviço social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes/Fátima Grave Ortiz. Rio de Janeiro: E-papers, 2010. Campina Grande. **Secretaria de Saúde**. Coordenação de Saúde Mental.

RESENDE, Heitor. **“Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica”**. em TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (orgs). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Vozes, Petrópolis, 2.ed, 1990.

GUERRA, Yolanda. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2007.

ROBAINA, C. M. V. O Trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social & Sociedade n° 102**. Abril/junho, Cortez: São Paulo, 2010.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto; VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.) São Paulo: Cortez, 2002.

Saúde Mental e Serviço Social – **O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de (org.). **Abordagens Psicossociais**, volume III: perspectivas para o serviço social. – São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2009.

# ANEXO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –CEP/UEPB**  
**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.<sup>a</sup> Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR: ( 11 )**

Título: Os rebatimentos da intervenção profissional do Assistente Social sobre o fortalecimento do direito à Saúde Mental, a partir da realidade do CAPS II- Novos Tempos, em Campina Grande/PB.

CAAE: 23671713.3.0000.5187

**Pesquisador(a): Cleomar Campos da Fonseca**

**Orientanda: Ana Patricia Venceslau Rodrigues**

**Data da 1ª relatoria: 06 de novembro de 2013**

**Apresentação do Projeto:** O Projeto de Pesquisa intitulado “ Os rebatimentos da intervenção profissional do Assistente Social sobre o fortalecimento do direito à Saúde Mental, a partir da realidade do CAPS II - Novos Tempos, em Campina Grande/PB.”. O estudo será utilizado como pré-requisito na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social pela UEPB. O presente estudo tem por objeto de análise os rebatimentos da intervenção profissional do Assistente Social sobre o fortalecimento do direito à saúde mental. A escolha da temática decorre da experiência do estágio supervisionado em Serviço Social junto ao Centro de Atenção Psicossocial -CAPS II- Novos Tempos, localizado na cidade de Campina Grande/PB. Norteia-se pelos seguintes objetivos: identificar as atividades desenvolvidas pelo Assistente Social junto ao referido CAPS; refletir acerca do impacto dessas atividades sobre o acesso a serviços e benefícios que se articulam ao direito à saúde mental; identificar e analisar as possibilidades e limites postos à intervenção profissional do Assistente Social no tocante ao fortalecimento do direito à saúde mental. A metodologia proposta envolve pesquisa de campo, com a utilização de entrevistas semiestruturadas, junto a usuários atendidos pelo CAPS II e ao profissional do Serviço Social. Os dados coletados serão analisados através da técnica de análise de conteúdo.

**Objetivo da Pesquisa:** Tem como objetivo geral: “Analisar os rebatimentos da intervenção profissional do Assistente Social sobre o fortalecimento do direito à saúde mental, a partir da realidade do CAPS II e Novos Tempos, em Campina Grande/PB”.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos:**

Possíveis riscos estarão vinculados à possibilidade de não conclusão da pesquisa, comprometendo a socialização das informações coletadas/analizadas.

**Benefícios:**

Asseguram-se aos sujeitos possíveis benefícios, na medida em que, a reflexão acerca dos rebatimentos da intervenção do Assistente Social sobre o fortalecimento do direito à saúde mental, poderá propiciar o repasse de subsídios capazes de contribuir para a qualificação da atuação dos profissionais da área, bem como para a qualificação dos próprios serviços prestados à população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na triade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Serviço Social (Bacharéis), bem como, dentre outras áreas do saber científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As pesquisadoras apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisito da Resolução de n. 466/12 do

CNS, os seguintes Anexos: 1. Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável; 2. Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa; 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE; 4. Termo de Autorização Institucional: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)II – Novos Tempos e, Apêndice: Roteiro de Questionário e Roteiro de Entrevista semiestruturada.

**Recomendações:** Estando o presente Projeto de Pesquisa com fim destinado para Trabalho de Conclusão de Curso concorde recomendações e Protocolo do CEP UEPB, bem como conforme a Resolução de n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não há que se recomendar, quanto emenda ao Projeto inicial.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.**

**Situação do parecer: Aprovado.**

Campina Grande, 06 de novembro de 2013.

Relator: 11

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/  
PROREITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



---

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

# APÊNDICE

### ROTEIRO DOS QUESTIONÁRIOS

1 - Idade:

2 – Sexo:

F ( ) M ( )

3 – Escolaridade:

Analfabeto ( )

Alfabetizado ( )

Ensino Fundamental Incompleto ( )

Ensino Fundamental Completo ( )

Ensino Médio Completo ( )

Ensino Médio Incompleto ( )

Ensino Superior Completo ( )

Ensino Superior Incompleto ( )

4 - Há quanto tempo frequenta o CAPS II? \_\_\_\_\_

5 – Há quanto tempo é atendido pelo Assistente Social? \_\_\_\_\_

6 – Com que frequência se dá este atendimento ( do Assistente Social)?

Semanalmente ( )

Mensalmente ( )

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 - Já foi atendido (a) pelo Assistente Social desta instituição?

2 – Conhece o trabalho dele? Poderia descrever quais as atividades que ele desenvolve?

3 – Qual a sua avaliação sobre estas atividades?

4 – De que forma o atendimento que o Sr(a) recebeu do Assistente Social, interferiu sobre a(s) demanda(s) que apresentou ao CAPS II?