



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TEREZINHA DE JESUS MEIRA MOURA COSTA

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO ESTRATÉGIA DE
GESTÃO E CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS
CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL**

CAMPINA GRANDE
2011

TEREZINHA DE JESUS MEIRA MOURA COSTA

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO ESTRATÉGIA DE
GESTÃO E CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS
CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela Universidade Estadual da Paraíba.

Orientadora: Prof^ª. Ms Ana Paula Silva dos Santos

CAMPINA GRANDE
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

C837c Costa, Terezinha de Jesus Meira Moura.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como estratégia e fortalecimento da reforma psiquiátrica e as contribuições do serviço social [manuscrito] / Terezinha de Jesus Meira Moura Costa. – 2011.

68 f. : il. color.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. – Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

“Orientador: Profa. Ma. Ana Paula Silva dos Santos, Departamento de Serviço Social”.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde mental. 3. CAPS. I. Título.

CDD 21. ed. 616.89

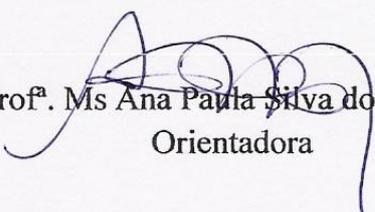
TEREZINHA DE JESUS MEIRA MOURA

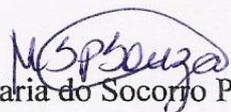
**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO ESTRATÉGIA DE
GESTÃO E CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS
CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL**

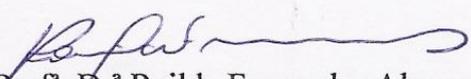
Monografia apresentada como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde Mental
e Atenção Psicossocial, pela Universidade Estadual
da Paraíba.

Aprovado em: 19/12/2011

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a. Ms Ana Paula Silva dos Santos
Orientadora


Prof.^a. Ms Maria do Socorro Pontes de Souza
Banca examinadora


Prof.^a. Dr.^a Railda Fernandes Alves
Banca Examinadora

Dedico este trabalho aos meus filhos Antônio Alexandre, Arthur e Arlon, minha fonte maior de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, minha fonte de sabedoria e inspiração, pela sua presença constante em todos os momentos da vida, pelas oportunidades que tem me proporcionado, abrindo várias possibilidades em minha direção.

Aos meus pais, Manoel (in memoriam) e Corina pelos incentivos, dedicação constante em minha trajetória pessoal e profissional.

Aos meus filhos Antônio Alexandre, Arthur Vinicius e Arlon pelo incentivo, apoio, compreensão. Fontes inspiradoras das minhas buscas e conquistas diárias.

Ao meu esposo, Antonio Costa, pela tolerância e compreensão dos momentos ausentes.

Ao meu irmão, José Venâncio pela sua significativa contribuição neste trabalho.

A minha futura nora, Kênia Araújo pelo considerável apoio na conclusão desta monografia.

A minha orientadora, Ana Paula Silva dos Santos, pela valiosa contribuição na construção desse trabalho.

As equipes dos CAPSs de Campina Grande, em especial, as assistentes sociais e as coordenadoras dos Centros, pelo acolhimento e contribuição significativa na realização deste trabalho.

Aos/as professores/as do curso de especialização, por contribuir com o processo de ampliação dos meus conhecimentos.

“Enquanto a distância entre sã e doente não se encurtar em seu reconhecimento recíproco, enquanto a barreira de prevenções, de preconceitos que o separa não cair, a doença mental continuará a representar a face do excluído”.

Franco Basaglia

RESUMO

A atuação do assistente social na área de saúde mental traz uma relação intrinsecamente vinculada as suas condições históricas, no contexto da política de saúde brasileira e da própria institucionalização da profissão. O processo de renovação do Serviço Social definiu um novo Projeto Ético Político, articulando novos conhecimentos teóricos, normas, saberes e práticas, que podem ser concretizados nas ações profissionais cotidianas, em diferentes espaços sócio-ocupacionais. Mediante a Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos representam uma revisão epistemológica e técnica, o que se constitui ainda como um desafio para os trabalhadores da saúde mental. Nesta perspectiva este estudo buscou analisar a contribuição do Serviço Social nos CAPSs, considerando possibilidades e limites na sua atuação. Este estudo compreendeu uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo, com caráter descritivo, e de abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por sete assistentes sociais dos CAPSs de Campina Grande. Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e submetidos à análise de conteúdo. Os resultados expressaram que esses profissionais, enquanto membros da equipe no CAPS participam diretamente do processo de reinserção social e da cidadania dos usuários e seus familiares. Entretanto, no cotidiano, tais profissionais se deparam com a insuficiência de estrutura material, físico-financeira, e de pessoal, além da ausência de autonomia. Apesar disto, todas as entrevistadas sinalizaram a relevância e o diferencial que faz o trabalho realizado, resultando no reconhecimento do seu papel no fortalecimento e na consolidação da reforma psiquiátrica.

Palavras-Chave: Reforma psiquiátrica. Saúde mental. Serviço social. CAPS.

ABSTRACT

The social worker's role in mental health brings a relationship inextricably linked to its historical conditions, in the context of Brazilian's health policy and the institutionalization of the profession. The process of Social Service's renewal has set a new Ethical Policy Project, articulating new theoretical knowledge, norms, concepts and practices that may be done in everyday professional actions in different social and occupational areas. Through the Psychiatric Reform, substitute services represent an epistemological and technical review, which is still a challenge for mental health workers. From this perspective this study sought to examine the contribution of social work in CAPSS, considering the possibilities and limits on its performance. This study included a bibliographic, documentary and field research with a descriptive and qualitative approach. The sample consisted of seven social workers in Campina Grande's CAPSs. The survey data were collected through semi-structured interview and submitted to content analysis. The results expressed that these professionals, as members of the team in CAPS participate directly in the process of social reintegration and citizenship of the users and their families. However, in daily life, such professionals face the lack of material, physical-financial, and personnel material and also the lack of autonomy. Nevertheless, all interviewees signaled the importance and the difference that the work makes, resulting in recognition of its role in the strengthening and consolidation of psychiatric reform.

Keywords: Psychiatric reform. Mental health. Social service. CAPS.

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad- Centro de Atenção psicossocial de Álcool e Drogas
CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CME- Capitalismo Monopolista de Estado
CF- Constituição Federal
ICANRF- Instituto Campinense de Neuropsiquiatria Funcional
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
NASP- Núcleo de Atenção Psicossocial
MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Menta
MS- Ministério da Saúde
PTM- Portadores de Transtorno Mental
PUC- Programa de Volta para Casa
SUS- Sistema Único de Saúde
STTP- Superintendência de Transito e Transporte Público

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	15
2.1 Considerações acerca da Reforma Psiquiátrica.....	15
2.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma nova perspectiva de planejamento e gestão da saúde mental.....	24
3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS PARA O DEBATE	31
4 CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO DESENVOLVIDO NOS CAPS DE CAMPINA GRANDE-PB.....	43
4.1 Algumas considerações sobre a Saúde Mental em Campina Grande.....	43
4.2 Reflexões sobre a atuação de Assistentes Sociais no CAPS a partir da percepção dos profissionais	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A	65
ANEXOS	66
ANEXO A.....	67
ANEXO B	68
ANEXO C.....	69

1 INTRODUÇÃO

As mudanças que ocorreram no Brasil a partir dos anos 1970 com a Reforma Psiquiátrica e o reconhecimento da saúde, especialmente a saúde mental, enquanto política social pública enquanto dever do Estado e direito do cidadão, imprimiu uma nova perspectiva de gestão e planejamento da referida política, com destaque para os serviços substitutivos.

Nesse contexto, as práticas tradicionais baseadas no modelo hospitalocêntrico, começaram a ser questionadas, emergindo propostas com base num novo modelo assistencial, no sentido de contribuir para um tratamento humanizado das pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica foi um marco importante para garantia dos direitos sociais das pessoas com transtornos mentais. Essa realidade é fruto da luta antimanicomial, envolvendo diferentes setores da sociedade e atores sociais e garantiu a reinserção social e o fortalecimento dos vínculos familiares.

Nesse sentido, tomaremos como referência a Reforma Psiquiátrica para entender a estrutura e a organização da política de saúde mental na atualidade, os desafios do ponto de vista de efetividade da mesma, considerando os avanços nessa área, a mudança de cultura, a necessidade de qualificação permanente dos profissionais para dar conta das novas demandas.

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi fundamental para a materialização da política de saúde mental, imprimindo mudanças de concepção, organização, gestão e operacionalização da política. O CAPS, de acordo com a reforma e a luta antimanicomial é considerado o principal serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, constituindo-se um lugar de tratamento e referência das pessoas que sofre com transtorno mental.

Nessa direção, observamos que o campo específico da saúde mental exige uma atuação interdisciplinar e intersetorial, ou seja, as interações vão além dos diferentes setores e das diferentes disciplinas, perpassam diversas áreas de intervenção social e cultural. É neste contexto de desafios que se insere o trabalho do assistente social, atuando como parte da equipe interdisciplinar, ampliando sua intervenção nesta área específica (HIRDES, 2009).

Verifica-se que a relação entre o Serviço Social e a Saúde Mental não é recente. A atuação dos profissionais tem sido fundamental para o melhor desenvolvimento da política e hoje se coloca oficialmente como uma das áreas necessárias no trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ademais, o projeto ético-político do Serviço Social está em

consonância com os valores defendidos na Constituição de 1988, bem como na Reforma Psiquiátrica, que preconiza uma forma de tratamento mais humanizada à pessoa com transtorno mental e a reconhece como sujeito de direito.

A motivação em estudar sobre a contribuição do Serviço Social no processo de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu a partir da nossa experiência como assistente social do CAPS. Como uma necessidade de compreender melhor esta política e a relação sócio-histórica do Serviço Social nessa área, verificando as contribuições dos assistentes sociais no desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil, e nos dias atuais entender que limites e possibilidades estão postos no cotidiano profissional.

Estudar e analisar a atuação dos profissionais envolvidos na saúde mental é de extrema importância não só do ponto de vista acadêmico, o que contribui para ampliar os conhecimentos, o debate e propostas para melhoria da qualidade dos serviços prestados. Mas também e principalmente do ponto de vista social, considerando ser os profissionais agentes indispensáveis no processo de garantia e ampliação dos direitos e do desenvolvimento social. Cabe então verificar em que medida o trabalho nos CAPS contribuem para a ressocialização dos usuários; como o Serviço Social vem contribuindo para a efetividade das ações do CAPS; Que limites e possibilidades são apontados pelos profissionais de Serviço Social no processo de operacionalização das ações de sua competência nos CAPS, que levem a referida ressocialização social.

Com base nessas considerações o objetivo da pesquisa foi identificar e analisar limites e possibilidades na prática profissional de assistentes sociais que atuam em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Campina Grande-PB.

O estudo compreendeu uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo, com caráter descritivo, e abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por sete assistentes sociais, que atuam nos CAPSs de Campina Grande. Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e submetidos à análise de conteúdo

O trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro, abordamos considerações sobre a política de saúde mental no Brasil, especificamente a reforma psiquiátrica, em seu processo histórico evidenciando o processo de implantação dos CAPS. No segundo, destacamos o processo histórico do Serviço Social no Brasil e sua inserção na política de saúde mental, fazendo considerações referente as contribuições dos profissionais da área, destacando limites e possibilidades da atuação neste campo específico. No terceiro,

apresentamos as análises dos dados coletados nas entrevistas semi-estruturadas com assistentes sociais dos CAPS da cidade de Campina Grande-PB.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1 Considerações acerca da Reforma Psiquiátrica

A ideia de Reforma da Psiquiatria já era tratada no período do nascimento da psiquiatria como disciplina específica. Entretanto, é a partir da II Guerra Mundial que este assunto se intensifica, emergindo propostas de ordem técnica e administrativa de intervenção nessa área, denominadas de reformas psiquiátricas, se expandindo para diferentes países (AMARANTE, 1995).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surge no século XX, particularmente no final dos anos 1970, quando foi iniciado o movimento sanitarista na luta em defesa de um novo modelo de saúde, da valorização dos seus trabalhadores e dos seus usuários, entre outras questões, contribuindo para a Reforma Sanitária. Este movimento se destacou nacionalmente e colaborou com o fortalecimento do movimento dos trabalhadores da saúde mental, que conquista força política e social no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, conforme aponta Oliveira (2006).

Nesse contexto, o modelo clássico da psiquiatria, focado no tratamento manicomial, sofreu sucessivas críticas em relação às práticas desenvolvidas. Destacam-se as denúncias de maus-tratos e superlotação nos hospitais psiquiátricos, o uso excessivo de medicamentos, o tratamento não humanizado, as precárias condições de trabalho, o número reduzido de leitos e a mercantilização da loucura. Tais situações configuram uma crise no campo teórico e prático da psiquiatria, que já vinha sendo debatida internacionalmente, e dá início à mobilização dos profissionais da área, culminando com a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, o qual desempenhou durante um longo período um papel importante na reformulação teórica e na organização de novas práticas.

O MTSM organizou encontros, reuniu trabalhadores em saúde, sindicalistas, além de outros setores da sociedade e encaminhou propostas de mudanças na assistência psiquiátrica, de acordo com Cirilo (2006). Para isso, contou com o envolvimento de diferentes atores sociais em defesa da reinserção social e da assistência integral de pessoas com transtorno mental. Defendia-se que os internamentos nos manicômios fossem o último recurso no processo de tratamento dos usuários.

É importante destacar que esse período é marcado por uma conjuntura política propícia à Reforma Psiquiátrica no Brasil, quando diferentes setores da sociedade e os movimentos sociais reivindicavam o fim do regime militar e a consequente redemocratização. O marco fundamental desse processo é a passagem do modelo de *tratamento da doença mental* para o da *promoção da saúde mental*, uma mudança de conceito que girava em torno dos ideais da assistência à saúde. Neste sentido, o país caminha para a qualificação do debate sobre a saúde mental e para a consolidação da referida reforma.

O conceito de Reforma Psiquiátrica é apontado por Amarante (1995, p.87) como:

Um processo de formulações crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e as instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

Enquanto processo, a Reforma Psiquiátrica vem sendo construída gradativamente, na perspectiva da efetivação dos direitos sociais e da inclusão social dos usuários, a partir da implementação de políticas, serviços, programas e projetos estatais. Exige-se, portanto, um novo modo de organizar e gerir a política de saúde mental no país. “A gestão do social é, em realidade, a gestão das demandas e necessidades dos cidadãos. A política social, os programas sociais, os projetos são canais e respostas a estas necessidades e demandas” (CARVALHO, 1999, p.19).

Os movimentos dos trabalhadores da saúde e da saúde mental também contribuíram qualitativamente para a construção e aprovação da Constituição Federal de 1988, cujos princípios estão pautados na descentralização¹ político-administrativa, na participação social, na democratização. Esse fato demarca novas regras políticas, nova relação entre Estado e Sociedade na formulação e controle das políticas sociais, dentre elas a saúde mental. Ocorreram nas últimas décadas reformas institucionais e a organização dos serviços com base na gestão territorial, considerando processos econômicos, administrativos, sociais e políticos particulares. Assim, as ações centralizadas e burocráticas do Estado dão lugar a sistemas

¹ O entendimento é de que em toda a instância do governo, a partir de um novo pacto, definido e formalizado na Constituição de 1988, existe “autonomia, competência comum, cooperação, participação da comunidade, plebiscito, referendo e iniciativa popular”. (STEIN, 1997, p.09)

democráticos e participativos. Porém, não podemos desconsiderar os antecedentes históricos, a exemplo de períodos ditatoriais e modelos de desenvolvimento focados apenas no crescimento econômico, como processos que demarcaram as reformas, impulsionando novas perspectivas.

A referida Constituição que instituiu o Sistema de Seguridade Social – “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, 1988, p. 111). No caso da saúde, define que:

Art. 196. 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. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Apesar de também instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), só dois anos após a existência da referida Constituição, é que o SUS foi sancionado, através da Lei 8.080/1990, com a finalidade de reorientar o sistema de saúde brasileira, com base na democracia e na cidadania plena como determinante de uma sociedade justa e igualitária. Esse sistema estabelece como princípios a integralidade, universalidade, descentralização, equidade e participação popular. Pressupõe ainda a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde, estabelecendo condições institucionais para introduzir novas políticas de saúde, inclusive a saúde mental.

A história da política de saúde no Brasil está diretamente vinculada a esse contexto, onde as regras estabelecidas seguiram ao longo da história a lógica do mercado, determinadas pelo sistema capitalista. A saúde nunca ocupou lugar de destaque, salvo em situações em que as problemáticas repercutiam no âmbito sócio-econômico. No campo da Saúde Mental não foi diferente, verifica-se que uma das críticas foi a grave situação em que se estabeleceu no país a mercantilização da loucura. De acordo com Amarante (1995, p.13), no Brasil, a partir da década de 1960, houve uma “verdadeira e autêntica indústria para o enfrentamento da loucura. (...) os hospitais psiquiátricos conveniados incentivaram a cronicidade das doenças com objetivo do lucro”. É nesta década que o governo incentiva a abertura de hospitais e clínicas destinadas de atendimento psiquiátrico.

Em torno dessa crise encontra-se a questão da saúde mental, como um campo de luta marcado pelo estigma da loucura. O modelo hospitalocêntrico adotado era inspirado em experiências européias, principalmente a francesa, onde os “loucos” eram exilados, mantidos afastados da vida comum em sociedade.

Se por um lado o Estado tinha um custo alto com a manutenção dos hospitais psiquiátricos, por outro, surgiam críticas ao modelo tradicional, hospitalocêntrico, de tratamento dos sintomas da doença mental. Isso foi favorável para o reconhecimento da relevância das políticas direcionadas à desinstitucionalização. As mudanças não ocorreram sem conflitos, reivindicações e lutas protagonizadas por diferentes atores sociais como mencionamos anteriormente.

Contrapondo-se à lógica tradicional, as formulações e reformulações no Brasil tiveram como base novos conceitos e práticas de origem italiana. O modelo de reforma psiquiátrica italiana, influenciou diferentes países. O precursor de tal modelo é Franco Basaglia², que construiu, em 1961, um referencial teórico e prático a partir da lógica da desinstitucionalização e da democracia, enquanto projeto de rupturas com o modelo clássico da psiquiatria, e colocou em questão o próprio conceito de doença mental, o papel das instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de tratamento.

O modelo italiano foi marcado pela radicalidade com que se questionou o paradigma médico-psiquiátrico, bem como por ter efetivado, após anos de enfrentamento e trabalho intenso, uma psiquiatria sem manicômio. Silva (2003) aponta que diferentemente de outros movimentos a nível internacional, o modelo italiano se diferencia por ter possibilitado um debate amplo; ultrapassou o campo psiquiátrico e contribuiu para a desconstrução da cultura manicomial, por conseguinte avançou no processo teórico-prático.

De acordo com Amarante (1995), a abordagem defendida por Basaglia está centrada nas reflexões sobre a experiência do indivíduo, bem como na observação dos fenômenos nas diversas possibilidades de existência. Em 1971, ele iniciou um trabalho de transformação do hospital psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, cidade do nordeste da Itália, que levou ao fechamento completo do manicômio e à formação de uma rede de atenção territorial.

Ao assumir a gerência do Hospital Psiquiátrico Provincial, da cidade acima citada, uma das primeiras medidas foi contratar profissionais de diferentes áreas de conhecimento

² Nasceu em Veneza no ano de 1920. Com formação humanística e filosófica baseadas na fenomenologia, no existencialismo e no marxismo.

como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, reorganizando a instituição, de modo a romper com a lógica manicomial. Dentre as medidas adotadas podemos citar: a separação dos usuários por sexo deu lugar a pavilhões mistos formando pequenos grupos que seria o primeiro núcleo de vida autônoma, onde havia espaço para que os mesmos pudessem desenvolver diferentes atividades como cozinhar, cuidar do seu próprio cotidiano, sendo auxiliados por enfermeiros. E o sistema de punições para aqueles que transgrediam as regras de comportamento foi banido.

A comunidade terapêutica foi uma experiência de conhecimento mútuo e familiar entre o profissional e o paciente, tornando-se, então, um elemento indispensável à assistência. Serviu de base para a estruturação do grupo de trabalho e para a construção de uma nova maneira de atuação dos profissionais junto aos pacientes psiquiátricos que, de forma progressiva, era desvinculada da rígida hierarquia institucional.

O fechamento dos pavilhões existentes nos hospitais psiquiátricos e a reabilitação atendiam às necessidades das pessoas através da reconstrução de suas histórias, do seu universo simbólico. Mais tarde, os pacientes que ocupavam esses apartamentos passaram a viver em casas coletivas ou individuais. Essa oportunidade dada aos ex-internos representava a desconstrução da ideia manicomial.

Ainda neste período, foram construídos em Trieste Centros de Saúde Mental, com atendimento diário. O paciente psiquiátrico recebia a denominação de usuário do serviço. Criaram-se cooperativas de trabalho e empresas sociais que ofereciam uma ocupação para os ex-pacientes e também a oportunidade de ter uma vida nova, descartando definitivamente os manicômios.

Assim, podemos perceber que a reforma psiquiátrica italiana propõe uma nova lógica pautada nos serviços substitutivos, acessíveis, na perspectiva da desinstitucionalização, um novo modo de cuidado e de inserção social dos usuários.

A reforma psiquiátrica brasileira foi orientada pelo modelo italiano e contou com a colaboração direta de Franco Basaglia, que esteve no Brasil em 1978 e 1979, participando de reuniões, visitas, e diversos encontros. Esses contatos possibilitaram uma articulação fundamental para o fortalecimento do movimento da reforma no país, bem como para a introdução de uma análise crítica do modelo em curso e a conquista de mais adeptos ao MTSM (AMARANTE, 1995).

Um ano depois da criação do MTSM, em 1979, houve o I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, momento em que foram criticadas as práticas e a estrutura dos grandes hospitais psiquiátricos públicos e seu caráter asilar. O resultado das discussões foi exposto num documento final, enfatizando a necessidade de maior participação dos técnicos da área nas decisões dos órgãos responsáveis pela formulação e organização das políticas nacionais e regionais de saúde mental.

Este evento teve destaque no início de todo o processo de reformulação da política de saúde mental no país. Um dos resultados foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos/SP, em 1989. Vista como “Casa dos Horrores”, devido ao tratamento desumano dispensado aos pacientes, utilizavam celas fortes e eram registradas mortes e maus tratos constantes. Nesta época, houve a quebra do aparato manicomial em Santos e a construção de uma rede de serviços de acolhimento e assistência.

A partir desses fatos, o Ministério da Saúde, em sintonia com os princípios do SUS, começa a viabilizar o processo de reestruturação dos serviços de saúde mental, adotando os modelos substitutivos. É quando são originados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), instituídos como espaço aberto, existentes em vários municípios, com atendimento à população por meio de ações diversificadas em diferentes horários. A partir dessa experiência em âmbito nacional, tem início maior mobilização no processo de luta pelo reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental, envolvendo usuários, familiares e profissionais.

Em junho de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro, tendo como carro chefe a defesa da reinserção social e a cidadania dos usuários. Na ocasião, o MTSM organizou uma reunião para repensar suas estratégias e estabelecer novos acordos. A partir de então, houve a intensificação das críticas referentes à psiquiatria, a exemplo da falência terapêutica, contemplando as expressões da questão social.

Dessa Conferência, tiraram as seguintes orientações: os trabalhadores de saúde mental devem se articular com a sociedade civil, no sentido de rever suas ações, democratizando as instituições e unidades de saúde; a necessidade de participação da população, tanto na construção e implementação, quanto na autonomia das políticas de saúde mental; que os Estados reconhecessem os espaços não profissionais criados pelas comunidades, visando a promoção da saúde mental; a priorização de investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (BRASIL, 2006).

Ainda em 1987 aconteceu o II Encontro Nacional dos trabalhos em Saúde Mental, com lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Houve uma preocupação com a saúde num contexto mais amplo, contemplando novos segmentos, os usuários e seus familiares, enquanto sujeitos ativos do processo (AMARANTE, 1995).

De acordo com o autor, em 1989, tem acento no Congresso Nacional um Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a retirada progressiva dos manicômios, daí o país efetiva suas lutas pela reforma psiquiátrica. Naquele momento, os debates, a origem de diversas associações de usuários e familiares, umas favoráveis e outras contra a Reforma Psiquiátrica, a criação de leis municipais e estaduais, possibilitou mudanças no campo da saúde mental.

Nos anos 1990 as conquistas alcançadas na Constituição Federal de 1988 foram ameaçadas pela adoção do Estado brasileiro ao Projeto Neoliberal, que surgiu como uma tentativa de o capital internacional fortalecer-se frente à crise econômica vivenciada na época. Nele, foram delineadas várias recomendações no intuito de recriar a lógica do Estado mínimo. Privatizações, limitação de gastos sociais, arrocho salarial, rigidez fiscal, abertura das economias nacionais ao capital financeiro, dispensa de mão-de-obra, cooptação de movimentos sindicais.

Podemos perceber que, embora a Constituição Federal de 1988 e o SUS expressem avanços no campo da saúde/saúde mental, houve o redirecionamento do papel Estado, que deixou de executar diretamente a área econômica, mas permaneceu ocupando o lugar de planejador das leis de regulamentação nessa área, e os investimentos nas políticas sociais sofreram reduções significativas. Para Bravo (1991) o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais evidencia a omissão do Estado na regulamentação e controle das ações de saúde.

No plano internacional ocorreu nos anos 1990 a Conferência de Caracas, contextualizando em larga abrangência as políticas de saúde mental e a reformulação do modelo de atenção nos países da América Latina e no Caribe. Como resultado foi elaborada a Declaração de Caracas, que trata da promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, referentes à questão do respeito aos direitos das pessoas com sofrimento mental, através da substituição do modelo de atendimento em hospital psiquiátrico e da luta contra toda forma de preconceito, a exploração, aos abusos às pessoas com transtorno mental (CIRILO, 2006).

Incentiva-se a criação de serviços públicos territorializados³, com base nos princípios do SUS – o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações de cuidado do indivíduo como um todo; equidade como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, assegurando o atendimento com qualidade o mais próximo de seu usuário e o controle social, este exercido pelos conselhos de saúde representados nas três instâncias de gestão: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2004).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1992. O evento contemplou a participação de familiares, usuários e profissionais, e discutiu os princípios e as diretrizes norteadoras da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no tocante à desinstitucionalização e à luta antimanicomial.

Diante do exposto, verificamos que a década de 1990 é palco de avanços com as primeiras regulamentações federais no campo da saúde, em particular da saúde mental. Após 12 anos de difícil tramitação no Congresso Nacional da proposta de Lei do deputado Paulo Delgado, em 06 de abril de 2001 finalmente foi sancionada a Lei 10.216, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Em sintonia com os princípios da Declaração de Caracas, no art. 1º. está definido que:

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

Fica sob a responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência integral e a promoção de ações aos portadores de transtorno mental, sem romper com os vínculos sociais e familiares (BRASIL, 2004). E mais, no art. 4º. ficou definido: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Expressa-se, portanto, o caráter humanitário e de inclusão social.

No tocante aos direitos das pessoas com transtornos mentais, a Lei 10.216/2001 determina:

³ O território não se restringe a delimitação espacial. Abrange a identidade dos indivíduos, o reconhecimento dos sujeitos sociais, os quais expressam diferentes demandas e necessidades.

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

No mesmo ano da aprovação da referida Lei, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema: “Cuidar, sim. Excluir, não – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Este evento contribuiu para fortalecer o consenso em torno da reforma psiquiátrica, apontando estratégias capazes de efetivar e consolidar um modelo substitutivo ao manicômio.

Iniciaram-se no país as regulamentações federais sobre a implantação da rede de serviços substitutivos. A organização dos serviços em rede⁴ permite, em face da complexidade da ressocialização de pessoas portadoras de transtorno mental, o atendimento das demandas e necessidades dos indivíduos e seus familiares. É a articulação em rede de diversos equipamentos, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2004), a construção dessa rede de cuidado seria de grande relevância para efetivação da reforma psiquiátrica, pois se trata de articulação dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. É um caminho para a constituição de um conjunto vivo e sólido de referências, aptos a acolher pessoas em sofrimento mental.

Foram sendo constituídos novos serviços, em substituição aos hospitais convencionais, tais como: o Hospital-dia, com atendimento durante o dia, e à noite retornando às residências, indicado para casos que necessitam de atendimentos mais prolongados; Residência Terapêutica, que são unidades para os usuários de saúde mental que perderam suas

⁴ Conjunto de instituições que livremente se associam, com a finalidade de articular, integrar e potencializar um trabalho. Integram e se articulam, na perspectiva da divisão de responsabilidades e de uma relação democrática e participativa.

residências, assim como os vínculos com as famílias; Emergências Psiquiátricas, as quais recebem o portador de transtorno mental em crise aguda; os Núcleos de Atenção Psicossocial (NASP), posteriormente, substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS, em particular, são considerados grandes dispositivos de atenção à saúde mental, no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira. Constituem-se unidades organizadas que compõem a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos diversos municípios (CIRILO, 2006), conforme será visto no tópico a seguir.

2.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma nova perspectiva de planejamento e gestão da saúde mental

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço público comunitário, com a finalidade de oferecer assistência integral e humanizada em diferentes níveis de atenção, na perspectiva de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população alvo. Estes centros são considerados entre os dispositivos de atenção à saúde mental, como a grande estratégia da Reforma Psiquiátrica brasileira. É com a criação destes serviços que se observam as possibilidades de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no país.

Nesse sentido, os CAPS atendem os usuários em sua área de abrangência ou território, por meio de ações de acesso ao “trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004, p.13), através de diferentes ações e atividades, com base na intersetorialidade - espaço de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos. Este serviço é a porta de entrada da rede de assistência a saúde mental e compõe a atenção básica. Uma das estratégias é articular os recursos existentes em várias áreas, tais como: jurídica, social, educacional, entre outras.

Os CAPS emergem a partir de um contexto de lutas em defesa da cidadania, compreendendo uma abordagem do sujeito na sua complexidade, como apontamos no tópico anterior. Diante disso, ocorreram sucessivas mudanças no âmbito da saúde mental, resultando em 2002 na publicação da Portaria 251, do Ministério da Saúde, a qual preconiza as normas para funcionamento dos hospitais psiquiátricos, cria normas hospitalares e trata da

classificação dos mesmos, bem como da Portaria 336 que dispõe sobre o funcionamento e financiamento dos CAPS e dos demais tipos de serviços substitutivos. A partir desse processo, os serviços foram sendo implantados em todo o país (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos eficientes e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família) PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares Psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p.13).

A Portaria 336 estabelece que a organização dos CAPS ocorra de acordo com a capacidade de atendimento e com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços são distribuídos em diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005), com horários e períodos de funcionamento.

No quadro abaixo podemos visualizar a organização dos CAPS por modalidade:

<p>CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira</p>
<p>CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>
<p>CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana</p>
<p>CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>
<p>CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas</p>

Fonte: BRASIL, 2004, p. 19.

Os CAPS I são os centros de menor porte, capazes de oferecer cobertura a um município com população de 20 a 70 mil habitantes; os CAPS II beneficiam pessoas adultas, com sofrimento mental severo e atendem municípios de médio porte que possuem entre 70 e 200 mil habitantes; no caso do CAPS III, este encontra-se direcionado ao atendimento de pessoas com transtorno mental severo e persistente e funcionam todos os dias e horários. Previsto para atender municípios com mais de 200 mil habitantes, são serviços de grande complexidade, sendo que a assistência prestada aos usuários contempla o acolhimento noturno em feriados e finais de semana, contando com no máximo 5 leitos para eventuais repousos ou observações. Um usuário deverá permanecer no acolhimento noturno apenas no período de 7 a 10 dias corridos ou intercalados ao longo de 30 dias. Diferentemente dos outros CAPS citados anteriormente, o CAPSad atende pessoas dependentes de substâncias psicoativas, usuários de álcool e outras drogas em municípios com mais de 100 mil habitantes e nele há presença de leitos para a desintoxicação do usuário.

Existe ainda um serviço de atenção diária voltado a atenção a crianças e adolescentes, denominado CAPSi. O público beneficiário dos serviços deste centro é “o portador de autismo, psicoses, neuroses graves e todo aquele que, por sua condição psíquica, esteja impossibilitado de manter ou estabelecer laços sociais” (BRASIL, 2004, p. 23). É de fundamental importância que as ações estejam articuladas.

Essa organização por modalidade possibilita o atendimento a partir das demandas específicas e pode contribuir para o melhor desempenho das ações no território. A ideia não é a fragmentação da política, o que provoca a desarticulação interinstitucional e a falta da integralidade na atenção ao conjunto dos direitos sociais, mas o ordenamento dos serviços em níveis de complexidade. Frente a isso, a intersetorialidade, alinhada à descentralização, é considerada uma alternativa capaz de encontrar novos arranjos e novas articulações para o enfrentamento das problemáticas vivenciadas pelos usuários e seus familiares. Para isso é fundamental que os trabalhadores da saúde mental não só conheçam, mas reconheçam a rede de serviços, o que viabilizará um processo contínuo de fortalecimento e consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Outro aspecto importante é o conhecimento da realidade local, de modo a evidenciar os desafios que cotidianamente se apresentam sob múltiplas manifestações, criando-se alternativas para responder às reais necessidades dos usuários e respectivas famílias, em consonância com legislações, a partir de ações integradas e articuladas.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) demonstram que nos últimos anos, houve uma ampla cobertura no âmbito da saúde mental no país. A rede CAPS está presente em todos os estados da federação. O número de serviços avançou consideravelmente e, apesar da maioria estar localizada nas regiões Sul e Sudeste, é notório o impacto nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde a assistência extra-hospitalar em saúde mental era limitada.

A rede de atenção em saúde mental vive uma importante expansão, passando a contemplar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária à saúde mental era incipiente. Nesse momento, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado com a criação do Programa “De Volta para Casa” e dos serviços de “Residências Terapêuticas”, além de uma política específica para a questão do álcool e outras drogas (BRASIL, 2007).

O Programa de “Volta para Casa” foi implantado no ano de 2003, em consonância com a Lei nº 10.708, Visa contribuir para o processo de inserção social dos doentes mentais, por meio do pagamento mensal de um auxiliar-reabilitação. Considerado um dos importantes instrumentos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, beneficia atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde, vários usuários, resgatando assim, o exercício dos direitos civis, políticos e de cidadania.

De acordo com a literatura mundial acerca da Reforma Psiquiátrica, este é um tipo de ação importante como mecanismo de reabilitação psicossocial. Contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que se submeteram a um longo período de internações nos hospitais psiquiátricos, na medida em que acontece uma intervenção no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia (BRASIL, 2007).

Em julho de 2005, aconteceu o I Congresso Brasileiro de CAPS na cidade de São Paulo. Este evento agregou profissionais de saúde mental de todo país para refletir sobre a política e trocar as experiências. Participou uma média de 2000 pessoas, entre profissionais e representantes de associações de usuários e familiares (BRASIL, 2004). O congresso foi considerado inédito na área da saúde mental brasileira, pois debateram temáticas como: CAPS laços sociais; o cuidado cotidiano no CAPS; e trabalhadores, usuários e familiares tecendo relações, formando novos diálogos. A programação contemplou ainda mesas redondas, oficinas, cursos, mini conferências, apresentações artísticas e culturais, mostras de arte e de produtos e idéias dos CAPS (BRASIL, 2007).

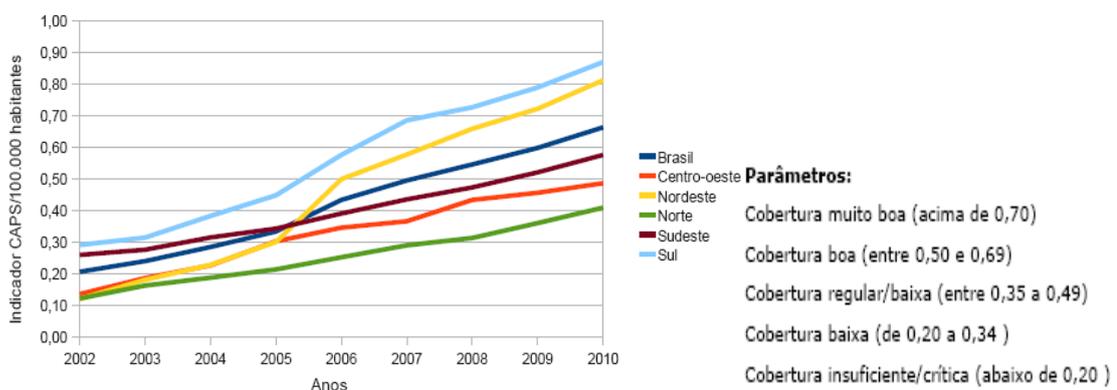
Outro evento de grande importância foi a Conferência “Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, realizado no período de 7 a 10 de novembro de 2005, em Brasília. Foram priorizadas metas para analisar e garantir as propostas elaboradas na Declaração de Caracas e elaborar novas diretrizes a serem seguidas pelos países participantes.

Nessa direção, em 2007, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como um problema de saúde pública e construindo uma política específica para a atenção mental, tendo como principal objetivo a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, bem como a promoção dos direitos dos portadores de transtornos mentais específicos dessa questão (BRASIL, 2006).

As últimas décadas contemplaram o surgimento de experiências bem sucedidas no desenho de uma nova abordagem do cuidado em saúde mental, a exemplo dos trabalhos desenvolvidos por esses centros. É de fundamental importância que as ações estejam articuladas com outros setores possibilitando maior efetividade da política.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), também apontaram uma ampla cobertura no âmbito da saúde mental em todas as regiões do país, no período de 2002 a 2010, com destaque para o Nordeste que chega neste último ano a uma cobertura comparada ao Sudeste, conforme será visto no gráfico a seguir.

Gráfico: Indicador CAPS/100.000 habitantes por Região entre 2002 – 2010.



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, IBGE (Estimativas populacionais 2002 a 2006, 2008 e 2009. Censo 2010. Em 2007, Contagem Populacional)

Na tabela abaixo apresentamos a evolução ou crescimento do número de CAPS por

modalidade no Brasil ao longo dos anos de 2002 a 2010.

Tabela 01: Número de CAPS por modalidade no Brasil.

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620

Fonte: MS, janeiro de 2011. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

No que diz respeito aos níveis de tratamento, os CAPS atendem diariamente, conforme as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, Portaria nº. 336/2002. Assim, estão definidas e organizadas de acordo com o nível de complexidade:

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004, p. 16).

Os CAPS também têm a responsabilidade de dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica. Para isso, devem possuir um número de profissionais que formam um corpo técnico, definido conforme cada modalidade de CAPS. Os profissionais possuem diversas formações, integrando uma equipe multiprofissional.

É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha (BRASIL, 2004, p.26).

Dentre esses, está o Assistente Social. É considerado um profissional importante no trabalho desenvolvido nos CAPS, cujas ações estão voltadas para ressocialização de pessoas com transtorno mental, através da promoção e organização popular, fortalecimento dos vínculos familiares e mobilização dos mesmos (BISNETO, 2009).

É fundamental compreender a trajetória histórica da inserção desse profissional no campo da saúde mental, especialmente a partir da reforma psiquiátrica, considerando que do ponto de vista teórico e prático é uma das profissões indispensáveis à materialização de tal reforma e na garantia da inclusão social dos usuários.

No capítulo que se segue discutiremos melhor o assunto, fazendo uma reflexão sobre a relação entre Saúde Mental e a área do Serviço Social.

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS PARA O DEBATE

A origem do Serviço Social situa-se na emergência da sociedade urbano-industrial no início do século XX, especificamente a partir dos anos 1930, momento em que o Estado passou a intervir no campo social por meio de políticas sociais, como é o caso da saúde, como resposta às expressões da questão social.

Questão social apreendida como o *conjunto das expressões* das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2007, p.27).

Assim, os desdobramentos da questão social caracterizam mudanças no mercado de trabalho dominado pelo capital⁵, onde há exploração da força de trabalho. Esse cenário é marcado pelas lutas sociais contra a exploração e a defesa dos direitos de cidadania. O comportamento dos trabalhadores ameaçava os interesses da classe dominante, impondo-se a necessidade de controle daquela classe. Em resposta, o Estado passou a regular a reprodução social a partir da implementação de políticas sociais públicas. Criam-se, portanto, as condições para a profissionalização do Serviço Social, em particular.

A atuação do Assistente Social foi orientada com base na assistência aos trabalhadores na busca de minimizar a relação entre capital e trabalho, a partir das intervenções nas refrações emergentes da questão social. É importante notar que esta atuação do Serviço Social não se origina de medidas repressivas do Estado, mas sim da iniciativa de grupos de trabalhadores sociais (predominantemente feminino) e frações de classe sob a influência da Igreja Católica, cujas ações marcam a gênese e a identidade da profissão no Brasil⁶.

⁵ De acordo com Paniago (2010, p.113) “O capital é valor que se autovaloriza, fruto de uma relação social baseada na exploração do trabalho pelos proprietários dos meios de produção – os capitalistas, em que o elemento propulsor de seu crescimento é a busca incessante e crescente de acumulação de valor, e a afirmação das condições de sua dominação através do controle absoluto sobre a extração do trabalho excedente do operário”.

⁶ As primeiras escolas de Serviço Social foram fundadas em São Paulo (1936) e Rio de Janeiro (1937), sob influência européia. Inspiradas na doutrina social católica (tomismo) e na tradição positivista, fixadas numa lógica psicologizante e de individualização dos problemas sociais.

O Assistente Social, ao mesmo tempo em que deverá atuar no sentido de garantir ao trabalhador e sua família um nível de vida moral, físico e econômico normal, e a correta aplicação das leis trabalhistas, deverá combater o absenteísmo, o relaxamento no trabalho, velar pela moralidade, promover a conciliação nos dissídios trabalhistas e adaptar o trabalhador à sua função na empresa. Será “o agente de ligação entre o patrão e operário. Atendendo a um e outro – atuando de forma autônoma e independente – ele é o autêntico agente da justiça social”, o “agente de coordenação dos elementos humanos da produção e da aproximação das classes” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998, p.209).

A institucionalização da profissão no Brasil ocorre nos anos 1940. As expressões da questão social sofrem mudanças, especialmente a partir da II Guerra Mundial, fruto do crescimento acelerado da industrialização e com ela a migração campo-cidade, aumento da população nos centros, exigindo tanto do Estado como do empresariado brasileiro, respostas às novas situações. A partir daí instituições assistenciais são criadas no território nacional, a exemplo da Legião Brasileira de Assistência (LBA), incorporando um número maior de assistentes sociais. Assim, após o ano de 1945, há uma forte expansão do Serviço Social no país, vinculado a instituições públicas e privadas, na implementação de políticas sociais. Com essa expansão, a ação profissional também é ampliada e o setor da saúde passa a ser o que mais absorve os profissionais de Serviço Social, conforme aponta Bravo (2007).

No caso específico da Saúde Mental, a inserção dos assistentes sociais ocorre a partir de 1946. Vasconcelos (2002) *apud* Bisneto (2009, p.21) reforça essa afirmação dizendo o seguinte:

Em Saúde Mental as primeiras práticas dos assistentes sociais se deram nos Centros de orientação infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) em 1946, que foi uma experiência importante na conformação do modelo do ‘Serviço Social Clínico’.

A forte influência norte-americana na América Latina, após a segunda guerra mundial, também reflete no Serviço Social brasileiro, momento em que são incorporadas teorias, especialmente a estrutural-funcionalista, os métodos de Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo e Serviço Social de Comunidade, e ainda a influência do higienismo e da psicologia clássica. Porém, nos Estados Unidos a atuação do Serviço Social na Saúde Mental existia desde o início do século XX, no hospital psiquiátrico de Boston, onde a prática era definida como ‘Serviço Social Psiquiátrico’, seguindo uma abordagem de apoio terapêutico (BISNETO, 2009).

O serviço prestado pelo assistente social ao seu usuário se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si, isto é, era diferente do que é feito hoje no Brasil, onde boa parte do trabalho do Serviço Social nas organizações psiquiátricas está voltada ao atendimento de questões mais emergenciais associadas

à enorme pobreza dos pacientes e à ausência de rede de suporte familiar e comunitário. (...) Além disso, os livros que sistematizam a prática do Serviço Social nos Estados Unidos não articulam a área de Saúde Mental com os graves problemas sociais do Estado norte-americano. Daqui já se pode antever que tais propostas para o Serviço Social em Saúde Mental não vão encontrar uma situação propícia para serem aplicadas automaticamente no Brasil (Id., p. 19).

Diferentemente do Serviço Social psiquiátrico americano, a atuação dos profissionais na área da psiquiatria brasileira, ocorreu na perspectiva da minimização das contradições do capitalismo, pois as diferentes expressões da questão social, resultantes das estruturas sócio-econômicas, exigiam ações que “o mundo ‘psi’ não dá conta: a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social (...)”. (BISNETO, 2005, p.112).

De acordo com Barbosa (2006) também havia a falta de rede de suporte familiar e comunitário. A formação dos primeiros assistentes sociais no Rio de Janeiro, já contemplava, através da articulação com diretorias de hospitais psiquiátricos, a introdução do profissional em tais instituições. Havia uma tendência para formação de pequenas equipes uni profissionais, ainda subordinadas aos médicos e à direção desses hospitais, atendendo prioritariamente às seguintes demandas: levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes; contatos com familiares para preparação da alta hospitalar; atestados sociais; encaminhamentos; atendimento de diferentes demandas dos usuários e seus familiares (vestuários, pequenos recursos sociais e financeiros etc.), caracterizando-se como demandas imediatas.

A psiquiatria não se constituía uma linha específica da intervenção desses profissionais. Não havia uma orientação metodológica própria para intervenção nessa área, pois eram as mesmas utilizadas em qualquer outro espaço sócio-ocupacional. Ademais, até os anos 1960, o quantitativo de profissionais que atuavam nos hospitais psiquiátricos, clínicas ou manicômios brasileiros era pouco expressivo. Isso porque havia um número reduzido de hospitais psiquiátricos estatais, voltados ao atendimento de populações extremamente pobres, bem como de hospitais dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)⁷. Na rede privada, além das poucas clínicas para populações ricas, estas não absorviam assistentes sociais.

Só após 1964, marco histórico da ditadura militar no país, é que houve uma expansão da cobertura para os trabalhadores e seus familiares, a partir de reformas no campo da saúde e da previdência, com o discurso da modernização e da racionalização. No ano de 1966 os

⁷ O Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) foi criado em junho de 1933 e se expandiu para outras categorias profissionais ao longo dos anos.

hospitais gerais e psiquiátricos dos IAPs foram incorporados ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Considera-se como uma forma de controlar a assistência psiquiátrica e não no sentido da construção de uma proposta terapêutica. Este novo Instituto assegurou o modelo médico-assistencial privatista em detrimento da saúde pública. A prática profissional dos assistentes sociais centra-se na tecnificação da intervenção, na burocratização das atividades, na psicologização das relações sociais e na concessão de benefícios na perspectiva da ajuda.

A nova conjuntura contribuiu para a criação de várias clínicas psiquiátricas privadas, organizando-se um sistema que privilegiou a rede privada, onde o Estado, a partir de uma administração centralizada, transfere para estas clínicas a responsabilidade do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes, utilizando os recursos do INPS para pagar os serviços prestados. Assim, a saúde mental cai na lógica do lucro, transformando-se em mercadoria. Especialmente nos grandes centros urbanos, o número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos da rede privada aumentou significativamente. De acordo com Amarante (1994, p. 79) “Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar”.

Nos anos de 1970, o Ministério da Previdência Social sinaliza a relevância de ter uma equipe multiprofissional em saúde mental. Foi quando se consolidou o Serviço Social em hospitais psiquiátricos no país, atendendo às necessidades do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar assistentes sociais para cumprir a regulamentação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)⁸. Mas, a contratação era precária, salários baixos e não havia uma função definida. A inserção desse profissional, no contexto da ditadura militar, consiste, de acordo com Bisneto (2009, p.25) na hipótese seguinte:

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (...). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para ‘viabilizar’ o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos ‘necessitados’.

⁸ O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974.

Percebemos que a gênese do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil não partiu de demandas advindas dessa área, no sentido de atuar em práticas terapêuticas ou clínicas direcionadas a pessoas com transtornos mentais. Emergiu no contexto da modernização conservadora do estado ditatorial visando uma intervenção voltada à saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário para preservar e manter a força de trabalho, desenvolvendo para isso uma prática centrada na orientação de casos individuais e familiares.

Não podemos deixar de situar a importância que a composição do contexto histórico, político, econômico e social representa na construção de pilares para a compreensão do serviço social na saúde mental no Brasil (VASCONCELOS, 2002). Com a modernização do Estado, surgem situações de enfrentamento da classe trabalhadora contra o modelo desigual e excludente do sistema capitalista, e da política do Estado, que redesenham formas de enfrentamento da questão social, sendo as políticas sociais públicas a forma de intervenção. Nesse contexto, a presença do assistente social como um dos profissionais executores dessas políticas, é indispensável (BISNETO, 2009).

Entre os anos de 1974 e 1979 houve uma reformulação na política de saúde no país, particularmente com a criação do Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS). A previdência passou a ser de competência do INPS e a saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Mas essa mudança não se deu sem problemas, pois retirou dos trabalhadores a possibilidade de participar das reformas. Esse fato alterou também a relação com o Serviço Social, que antes garantia pelo MPAS a inserção dos profissionais da área nos hospitais psiquiátricos, e neste momento passa apenas a ocupar pequenos espaços no processo de planejamento e gestão da saúde, desenvolvendo um trabalho restrito às funções terapêuticas e preventivas, com base nos métodos de caso e grupo.

No final dos anos 1970 e nos anos 1980 outro cenário se apresenta, configurando-se o surgimento de vários movimentos questionadores, pressionando o Estado para implantação de um novo modo de atendimento em saúde, ampliação dos serviços, maior financiamento, melhoria das condições de trabalho, emergindo o Movimento Sanitarista, iniciado por médicos e lideranças políticas do setor da saúde, também conhecida como Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento proporcionou a reorganização política e institucional da saúde, possibilitando uma visão desta política, considerando os determinantes das estruturas socioeconômicas.

O Movimento Sanitarista também foi fundamental no processo de Reforma

Psiquiátrica, reforçando e qualificando o debate acerca do tratamento da saúde mental. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) teve papel indispensável para imprimir um novo modo de pensar e gerir tal política, na defesa da mudança de conceito em relação à loucura. Denunciou as práticas desumanas e a indústria da loucura nos hospitais psiquiátricos favorecidos pelo INAMPS.

A luta desses movimentos traz à tona a necessidade de se reconhecer o louco como sujeito de direito, na perspectiva da reinserção social, propondo-se a organização de novos serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Assim, no final dos anos 1970 é iniciada a Reforma Psiquiátrica com a introdução de abordagens comprometidas teórica, política e eticamente, com a desinstitucionalização. Tal polarização abriu novas possibilidades de aproximação da saúde mental ao Serviço Social, considerando-se o processo de renovação crítica da profissão (BISNETO, 2005).

Nesse mesmo período o Serviço Social vivencia o Movimento de Reconceituação, o que representou o questionamento sobre as bases tradicionais da profissão, tanto teórica quanto metodologicamente. Esses questionamentos também ocorrem no tocante à atuação dos assistentes sociais na saúde mental, pelo viés psiquiátrico e psicologizante (NETTO, 1992).

Em relação à articulação com novas teorias em Serviço Social, especialmente com as tendências marxistas, surgem críticas precisas sobre a psicologização das relações sociais, porém não sobre o debate. As produções acerca da relação da profissão com a saúde mental não tiveram destaque. Houve dificuldade de estabelecer-se uma metodologia na saúde mental. Podemos citar alguns limites: as orientações das políticas sociais baseadas no Estado capitalista; as dificuldades de apreensão da própria teoria marxista pelos assistentes sociais; o modelo norte-americano de psicanálise não condiz com a realidade social brasileira, como a pobreza, e a relação entre capital e trabalho; poucos estudos e debates sobre Serviço Social e Saúde Mental. Souza (1986, p.54) *apud* Bisneto (2009, p.29) afirma que “Na maioria dos casos o fator determinante de internação é mais social que psíquico”.

A atuação do serviço social na área de saúde mental a partir da reforma passou a ser mais valorizada, houve a contratação de mais profissionais devido à mudança na abordagem do trabalho na saúde mental. Os usuários passaram a ter um atendimento integral, na busca de melhorias da qualidade de vida e, para isso era necessário desenvolver ações no campo do trabalho, da habitação, do lazer, entre outras, direcionadas a pessoas com transtorno mental e

seus familiares, dentro de um conjunto de atividades nos programas de atenção aos usuários, com vistas à reinserção social e ao exercício da cidadania dos usuários (CUNHA, 2009).

Nos anos 1980, com o fim do regime militar, a sociedade brasileira vivencia a redemocratização com a aprovação da Constituição Federal de 1988 que, na perspectiva dos direitos sociais, propõe um Estado garantidor de condições político-institucionais pautadas numa nova relação entre Governo e sociedade. A saúde passa a fazer parte do Sistema de Seguridade Social, como política pública universal, dever do Estado e direito do cidadão, destacando-se também a política de saúde mental.

No país já vinha se configurando a mobilização da sociedade civil, desde a década passada, quando o movimento sindical se reorganizava, somada a emergência dos novos movimentos populares. Incorporaram-se a esses movimentos diferentes categorias profissionais como médicos, professores, sanitaristas, funcionários públicos, assistentes sociais, que em conjunto reforçam a luta política em prol da democratização do Estado, do reconhecimento de direitos sociais e políticos das maiorias, sociais, e de enfrentamento à grave crise social. Nesse cenário, no campo da saúde organizaram-se os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, os quais demandaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 e a aprovação em 1990, Lei 8.080 e 8.142, com princípios balizados na universalidade, na descentralização da organização do sistema de saúde, com o repasse para os municípios das ações e serviços locais.

Para Barbosa (2006) a defesa das idéias do movimento da reforma psiquiátrica expressas nas concepções que dão ênfase a dimensão social e política dos problemas mentais, contribuiu para uma articulação direta junto ao serviço social, possibilitando uma direção emancipadora. Podemos complementar essa visão, tomando como base o pensamento de Bisneto (2007), quando o mesmo afirma que as correntes que pensam a loucura como fenômeno social, político, histórico e institucional pelo olhar crítico e dialético, são a forma pela qual podemos perceber a expressão metodológica do serviço social em saúde mental no Brasil contemporâneo.

Nos anos 1990, a partir das conquistas com a reforma psiquiátrica, houve a ampliação dos serviços psiquiátricos, além da ampliação do número de assistentes sociais na saúde mental, sob a influência dos valores perseguidos e expressos na Constituição Federal de 1988. Com a implantação do SUS o conceito de saúde ganha nova conotação a partir da concepção de promoção de saúde e da integralidade (interdisciplinaridade – visão ampliada que integra

saberes; e intersectorialidade – visão integrada dos problemas sociais, em que a ação articulada com diferentes setores supera a fragmentação), e os assistentes sociais se tornaram protagonistas desse processo.

Citamos Herdes (2009) que reforça nesse quadro de transformação alcançada pela Reforma Psiquiátrica, a participação de profissionais de diferentes áreas, e na política de saúde mental a necessidade de interações entre disciplinas e áreas de intervenção social e cultural.

Desde o fim dos anos 1990 já existiam no Sudeste do Brasil vários serviços alternativos: Centros de Atenção Diária (CAD); Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); hospital-dia; oficinas terapêuticas; clubes de convivência; moradia assistida; dentre outros (BISNETO, 2009, p.37).

Apesar dos avanços no campo da saúde/ saúde mental, assistimos ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. Há um enorme bombardeio por parte do capital vinculado aos grupos diligentes, quando as ações públicas de caráter universalizantes assumem um caráter mais focalista e fragmentado, com a redução do papel do Estado no campo social, como analisa Bravo, (1991).

O impacto do neoliberalismo no Brasil, em nível de políticas sociais, está sendo o desmonte da assistência pública nas áreas de saúde, educação, previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área de Saúde Mental, nesse quadro, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa. (...) Na questão da Saúde Mental há o aumento dos problemas psíquicos, senão o de doenças psicossomáticas, de comportamentos bizarros ou estereotipados, de neuroses atuais e do empobrecimento psíquico (GALENDE, 1997; STOLKINER, 1994 *apud* BISNETO, 2009).

Neste sentido, evidencia-se que a prática em saúde mental não é de um serviço social clínico, mas sim, de um conjunto de metodologias postas no desenvolvimento do serviço social e da psiquiatria no Brasil, direcionado ao modelo hegemônico presente. Percebemos ainda, a ausência de uma proposta clara que seja preponderante, mas vemos que a demanda por direitos sociais dos usuários é um grande vetor que impulsiona uma perspectiva que abrange as questões sociais.

Com a mudança de concepção sobre a saúde mental no Brasil, especificamente a partir da reforma psiquiátrica, nos anos 1980, sobretudo na década de 1990, ressalta-se a

polarização na área de saúde mental por abordagens mais comprometidas teórica, política e eticamente, principalmente na perspectiva de desinstitucionalização. Tal polarização abriu novas possibilidades de aproximação com o processo de renovação crítica que vinha acontecendo no âmbito da profissão desde a década de 1960 e que avança efetivamente a partir dos anos 1980, com a intenção de ruptura com o passado conservador. Assim, um enfoque de formação mais recente para os profissionais do serviço social em saúde mental busca os referenciais interdisciplinares mais amplos desse campo (BISNETO, 2005).

A partir do movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica, a atuação do serviço social na área de saúde mental passou a ser mais valorizada, houve a contratação de mais profissionais desta área devido à mudança na abordagem do trabalho na saúde mental. Os usuários passaram a ter um atendimento integral, na busca de melhorias da qualidade de vida e, para isso, é necessário desenvolver ações no campo do trabalho, da habitação, do lazer, entre outras, direcionadas a pessoas com transtorno mental e seus familiares, dentro de um conjunto de atividades nos programas de atenção aos usuários, com vistas à reinserção social e ao exercício da cidadania dos usuários (CUNHA, 2009).

Estes pressupostos sintonizam de certa forma, com o projeto ético-político do serviço social, notadamente, no que se refere à luta pelos direitos sociais. Assumindo essa perspectiva, cabe então compreender qual a contribuição do Serviço Social nos CAPS, no processo de efetivação das ações de saúde neste campo específico.

O Código de Ética Profissional do Serviço Social (Resolução CFESS nº 273/1993), aprovado no momento da redemocratização no país, expressou e orientou a prática do Serviço Social, pautadas num projeto profissional comprometido com a democracia e com o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos. Estes valores estão em consonância com os pressupostos da Constituição Federal de 1988, bem como com os movimentos da saúde, já destacados acima.

Consideramos que o Serviço Social tem um projeto profissional hegemônico com opção clara para a defesa dos direitos humanos e para a construção de uma sociedade justa e igualitária, em consonância com o projeto de Reforma Sanitária.

A partir da década de 1990, com a criação dos serviços substitutos, em particular os CAPS, os assistentes sociais assumem papel importante na materialização e consolidação da Reforma Psiquiátrica, no que se refere a promoção da saúde, garantia dos direitos dos usuários e da reintegração dos mesmos e da cidadania. Conforme Bisneto (2005, p. 112) “(...)

o desenrolar da história do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil mostra que (...) a sua conformação está totalmente ligada ao desenvolvimento do Serviço Social como um todo”.

O assistente social é considerado um profissional de fundamental importância, cujas ações estão voltadas para ressocialização das pessoas com transtorno mental, através da promoção e organização popular, fortalecimento dos vínculos familiares e mobilização dos mesmos, das diversas atividades como: acolhimento, orientação social a indivíduos, a grupos, na identificação e utilização de recursos sociais em defesa de seus direitos, coordenação de planos e projetos, realizando, ainda, um trabalho com a família dos referidos usuários, encaminhamentos a benefícios, articulações institucionais, com ações interceptoras, entre outras atividades que envolvem aspectos sociais e políticos referentes aos interesses dos usuários (VASCONCELOS, 2002).

Desta forma, destacamos a importância deste profissional no campo da saúde mental, de modo que o Conselho Nacional de Saúde em 06 de março de 1997, através da Resolução 218, reconhece o Serviço Social como uma das quatorze profissões da área da saúde. Ao atuar junto aos profissionais de diferentes áreas, as/os assistentes sociais, a partir de uma visão crítica e histórica de todo o processo que envolve a problemática da saúde mental, possibilita melhoria das condições de vida dos usuários. Os CAPS, no que se refere à atuação, se colocam como um espaço que contribui para a promoção da cidadania e a inserção social dos usuários.

Nessa direção, percebemos que a atuação do Serviço Social em saúde mental vem se consolidando a cada momento, se tornando uma prática necessária na atenção da saúde. Esta intervenção vem se alargando diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e reafirmado pelo conceito de saúde que vêm no atendimento das demandas desta área o enfoque relevante das condições sociais, sem desconsiderar o fator da predisposição genética. Assim, a especialização do assistente social no trabalho em saúde e saúde mental, acontece através de uma atuação que não se dá conta da doença de forma específica, mas no conjunto de variáveis que a determina. Neste sentido, o Assistente Social desenvolve suas ações estabelecendo mediações institucionais, buscando ampliar alternativas de atendimento e melhoria dos serviços prestados (SOUSA, 1995).

Sabemos que o neoliberalismo no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos trabalhistas, por desemprego estrutural, precarização do trabalho, sucateamento da saúde. Assim o Estado deixa de assumir gradativamente suas responsabilidades pelo

desenvolvimento econômico para tornar-se provedor e regulador, passando para o setor privado as atividades que antes eram suas (IAMAMOTO, 1998).

Neste sentido, o cenário econômico regido pelo capitalismo monopolista, pelo neoliberalismo, pela globalização e pela reestruturação produtiva vem causando desemprego, medo e instabilidade nos atualmente empregados, uma enorme quantidade de empregos precários fugazes, pobreza e diversas situações de violência social. A burocratização autoritária traduzida em quase toda vida social traz empobrecimento psíquico: reduz a liberdade, a vontade, o desejo, legitima a criatividade e até as emoções, desconstituindo partes essenciais do ser humano. A soma disto tudo com as formas de exclusão social, as fragilidades de vínculos afetivos devido à exorbitância do individualismo, a fragmentação da realidade social, resultam em várias formas de transtornos mentais.

O excessivo autocentramento no eu, o narcisismo que tende a ganhar corpo na constituição das subjetividades, não são apenas traços individuais de personalidade, são construções sociais que vão moldando comportamentos que se distanciam cada vez mais dos processos coletivos (SILVEIRA, 2000, p. 84)

Observamos que parte dos problemas que o serviço social tem enfrentado na atuação em saúde mental surge do fato de atuar na seguridade social num contexto neoliberal, de limitados investimentos públicos na saúde, na previdência e assistência social. Efetivamente, na prática, isto se limitam as possibilidades de atuação do serviço social. A exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC), cuja aplicabilidade torna difícil a realização da reabilitação psicossocial do ponto de vista da cidadania efetiva. Resta o acolhimento no sentido de escuta, de apoio, da atenção com afetividade, que são mais ligados ao campo profissional terapêutico. Ora, acolhimento é poder dar conta da demanda posta profissionalmente, e para o serviço social é colocada a procura por direitos sociais das classes mais pauperizadas da rede pública.

Um dos grandes limites para o serviço social é atuar numa ordem capitalista em um contexto neoliberal, onde as resolutividades dos problemas apresentados são apenas paliativas para manter o sistema sem tocar na “questão social”. Diversos autores críticos sinalizam a dificuldade de se formar ser humano emancipado integralmente, com valores do processo civilizatório, em meio à dominação burguesa globalizada.

Desta forma, percebemos que a política de atenção à saúde elaborada e proposta no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 tem sido gravemente desconstruída. O mercado, a sociedade civil passam a assumir as responsabilidades, retomando a prática da filantropia. Evidencia-se neste sentido o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais numa clara omissão do Estado na regulamentação e fiscalização da saúde que com forte influência também no campo da saúde mental.

De acordo com Iamamoto (1998), o avanço da política neoliberal impõe desafios para os assistentes sociais. Desta forma o profissional vem se munindo de qualificação adequada para acompanhar e intervir nas particularidades da questão social. A autora analisa ainda que o mercado exige desses profissionais mais que a execução de políticas públicas; a formulação e a gestão de políticas sociais. Nessa linha de raciocínio faz-se necessário que os profissionais reflitam e compreendam a realidade.

A política de saúde mental deve está direcionada à defesa dos direitos humanos e sociais, conquistados ao longo da história, em sintonia com o exercício da cidadania, na mesma direção do projeto ético do serviço social que preserva a liberdade como valor maior do ser humano, e a extinção de tudo que sinalize alguma forma de preconceito e formas de discriminação aos usuários (BERTANI, 1998).

É fundamental compreender a trajetória histórica da inserção desse profissional no campo da saúde mental, especialmente a partir da reforma psiquiátrica, considerando que, do ponto de vista teórico e prático é uma profissão indispensável à materialização da política de saúde mental na garantia da inclusão social dos portadores de transtornos mentais. No tópico a seguir discutimos de maneira ampla essa questão, possibilitando uma reflexão sobre as contribuições dos assistentes sociais nessa área de atuação. Conforme será melhor compreendido no tópico a seguir.

4 CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO DESENVOLVIDO NOS CAPS DE CAMPINA GRANDE-PB

4.1 Algumas considerações sobre a Saúde Mental em Campina Grande

O movimento pela reforma psiquiátrica na Paraíba acompanhou a mobilização nacional, que aconteceu entre os anos 1970 e 1980, momento em que, professores e estudantes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) passaram a discutir questões referentes à saúde mental e a necessidade de reformulação do modelo da assistência ofertada aos portadores de transtornos mentais nos hospitais psiquiátricos da capital.

O debate se estendeu para outras cidades, com destaque para Campina Grande-PB, especificamente a partir de 1983, com a realização da III jornada de psiquiatria. Nesse momento foi discutida, entre outras temáticas, a assistência psiquiátrica no município, tendo em vista que na capital do estado já se encontrava em pleno funcionamento o Núcleo de Saúde Mental, criado pela secretaria estadual de saúde, com objetivo de promover a humanização e a melhoria da qualidade na assistência psiquiátrica dispensada no âmbito hospitalar (MARINHO, 2003).

Foi só em meados da década de 1990 que se instalou o primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAP) na cidade de Campina Grande-PB. Estes núcleos, considerados espaços abertos, existentes em vários municípios, atendiam à população através de ações, em horários diferentes, direcionadas a casos de crise da pessoa com transtorno mental. O público era formado por adolescentes, adultos e idosos e o atendimento se dava por meio de atividades grupais e individuais, acompanhamento, além do atendimento domiciliar (Idem).

Os aspectos relacionados à Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB tornaram-se foco de discussão na I e na II conferência municipal de saúde, ocorridas respectivamente em 1991 e 1996. Tais conferências aconteceram no momento em que, a assistência psiquiátrica pública no Brasil preocupava-se com uma política de redução dos leitos hospitalares localizados nos hospitais psiquiátricos, de modo a humanizar o tratamento dispensado a pessoa com sofrimento mental (CIRILO, 2006).

Os problemas percebidos nas conferências acima referidas não tiveram resolutividade. Só na III conferência municipal de saúde, realizada nos anos 2000, é que foi aprovada uma

proposta de criação de um centro de convivência não manicomial para pessoas com sofrimentos mentais, tipo leito dia, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

No mês de março de 2002, tendo como tema em destaque “construindo diretrizes”, foi realizado o I encontro municipal de saúde de Campina Grande-PB, com objetivo de repensar e construir diretrizes referentes à situação da saúde mental no município e nas cidades circunvizinhas (MARINHO, 2003).

Posteriormente, foram realizados dois fóruns de debates sobre saúde mental, que resultaram no plano municipal de saúde mental. Este plano buscava implantar no município a reforma psiquiátrica, tendo como objetivo resgatar e garantir a cidadania do doente mental.

Esses acontecimentos locais foram fundamentais para definir um novo reordenamento da Saúde Mental em Campina Grande-PB. No dia 30 de dezembro de 2002 foi sancionada a Lei Municipal de Saúde Mental, lei nº 4068, criando diretrizes para a saúde mental no município, na perspectiva da promoção de saúde e na ressocialização da pessoa com sofrimento mental, determinando a implantação de ações e serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Tudo em consonância com as diretrizes desta área, recomendadas pelo Ministério da Saúde, por meio de legislações específicas.

O art. 1º. desta Lei define o seguinte:

A atenção ao usuário de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, com o objetivo de manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional, enfatizando-se: I tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação; II proteção contra qualquer forma de exploração; III espaço próprio, necessário à sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis à sua recuperação; IV integração a sociedade, através de projetos com a comunidade; e acesso as informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamento prescritos.

Em meio às mudanças ocorridas localmente, foi implantado em dezembro de 2003 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campina Grande, conhecido como “CAPS II Novos Tempos”, sinalizando mudanças significativas de superação ao modelo hospitalocêntrico.

Nesse cenário, marcado por mudanças sintonizadas com os parâmetros do Ministério da Saúde, cuja política prima pela redução dos leitos de forma gradual e paralela à expansão e consolidação da rede substitutiva, houve uma ação que marcou a história da saúde mental em Campina Grande-PB. No dia 28 de abril de 2005, o governo federal anunciou a interdição do

Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), mais conhecido como o hospício João Ribeiro. De acordo com Cirilo (2006), esse instituto não poderia ser mais reestruturado, nem suas práticas modernizadas. Não se tratava apenas de questionamentos relacionados ao espaço físico, mas também do seu corpo técnico, do modelo de gestão, diante da situação existente – um modelo hospitalar excludente e segregador.

Uma das primeiras medidas adotadas durante o processo de interdição foi conhecer o perfil dos pacientes e identificar possíveis candidatos às Residências Terapêuticas, um serviço substitutivo implantado no município em 2005, que tinha como prioridade realizar junto aos futuros usuários um trabalho de reintegração social e resgate de suas histórias e vínculos pessoais. Ainda de acordo a autora, destaca-se entre os usuários internos no ICANERF o comportamento institucionalizado.

Os tratamentos desumanos nas instituições hospitalares, locais onde se imprime um projeto genérico para um coletivo de pessoas, além da medicação, o diagnóstico escrito no prontuário e roupas comuns a todos os pacientes, são questões que caracterizam o que Goffman (1999) denominou de "Instituição Total". Havia o controle dos indivíduos e os efeitos causados por esse modelo vão ser conhecidos como institucionalização.

Cirilo (2006), ao refletir sobre o assunto afirma o seguinte:

Para demonstrar a ordem vigente e os mecanismos opressores se fazia necessário estabelecer um plano estratégico, que melhorasse a qualidade de vida dos pacientes e possibilitasse alternativas de tratamento, fora do hospital, inseridas na comunidade.

A cidade de Campina Grande-PB, se insere no cenário da história dos hospitais psiquiátricos e pelos enfrentamentos que conduz esta questão. O fato é que quando se trata de transtornos mentais, os problemas aumentam e trazem consigo o desconhecimento, o medo e o preconceito.

Assim, observamos que a realidade do município foi alterada em termos de avanços no contexto da saúde mental, entretanto, as mudanças só acontecem quando há o esforço conjunto em prol do respeito ao usuário, da garantia do pleno exercício dos direitos enquanto cidadãos livres. É nessa perspectiva que vem sendo construída gradativamente uma rede de atenção à saúde mental, a partir de um olhar mais humano e ético.

Sobre a organização da Saúde Mental da cidade de Campina Grande-PB podemos citar os seguintes serviços:

- a) A Unidade de Referência em Psiquiatria;
- b) O Centro de Convivência e Cultura de Artes e Ofícios, onde são realizadas oficinas de geração de renda;
- c) O Centro de Convivência, lazer e geração de renda “Bem Fazer” desenvolve atividades na perspectiva da reinserção social das pessoas com sofrimento mental;
- d) O CAPS II Novos Tempos, implantado em dezembro de 2003, com três residências terapêuticas sob sua supervisão;
- e) CAPSad, implantado em setembro de 2004, oferece atendimento a usuário de álcool e outras drogas;
- f) O CAPS III Reviver, implantado no ano de 2006 com três residências terapêuticas sob sua supervisão;
- g) Os CAPSs de Galante I, e o CAPS São José da Mata. Ambos inaugurados em julho de 2008;
- h) Quanto aos serviços de atendimento à população infantil e adolescente, encontram-se assim distribuídos: CAPSi “Viva Gente”, inaugurado no final do ano de 2005 que atende a crianças e adolescentes com idade entre 8 e 17 anos, e o CAPSinho “Centro Campinense de Intervenção Precoce” implantado no ano de 2006 que atende crianças de 0 a 7 anos de idade;
- i) Ainda consta o trabalho de mini-equipes de saúde mental, que são equipes de psicólogos com o propósito de acompanhar, encaminhar e atender pessoas com necessidades especiais, nos seis centros de saúde na cidade localizados nos bairros Bela Vista, Catolé, Liberdade, Malvinas, Palmeira e no Serviço Municipal de Saúde.

Nos CAPS existem equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento como psicólogos, enfermeiros, médicos psiquiatras, assistentes sociais, entre outros profissionais. Cada um com papel importante no processo de gestão e operacionalização da política de saúde mental no município.

Especificamente o profissional de Serviço Social tem sua prática norteada por princípios como defesa da liberdade como valor ético central, que exige o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos e seus direitos. Assim, vem buscando desenvolver sua prática independentemente do campo de atuação, baseando-se na

defesa intransigente dos direitos humanos e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais.

Uma das propostas do serviço social nos CAPSs é o atendimento aos usuários destes serviços, objetivando a ressocialização social e reintegração em seu meio familiar através do desenvolvimento permanente das diversas ações que envolvem a escuta diálogo, orientações etc.

Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vem buscando atuar na promoção da assistência à saúde mental, buscando o exercício de cidadania na socialização de informações e democratização do acesso da população aos serviços, programas e projetos desenvolvidos nos referidos centros, no sentido de orientar, informar, acolher e encaminhar as necessidades sociais dos usuários conforme as condições e possibilidades institucionais. O trabalho nos CAPS está voltado às ações coletivas, oferecendo atendimento às reais demandas dos usuários e familiares acompanhados pelos referidos centros.

Com base na pesquisa de campo, foram identificadas atividades desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social nos CAPS de Campina Grande-PB. Porém, é importante notar que não são exclusivas da profissão, podendo ser identificadas na prática de outros/as trabalhadores/as da saúde mental, bem como em diversos espaços sócio-ocupacionais.

- a) Atendimento individual: esta é uma ferramenta que norteia o acompanhamento e o monitoramento dos usuários cidadãos, envolvendo ações de promoção e prevenção à saúde e os direitos sociais, como também o acolhimento e encaminhamento das famílias que procuram o serviço CAPS;
- b) Visita domiciliar: é um instrumento que busca o conhecimento da realidade onde se insere o usuário, visando exercer um papel educativo de reflexão sobre a qualidade de vida, tendo como referência a garantia dos direitos sociais. As visitas são efetuadas conforme as necessidades dos usuários (gravidade dos casos e/ou por solicitação da equipe);
- c) Sala de Espera: é um espaço de discussão junto aos usuários dos serviços de saúde. A sala de espera busca substituir entre outros aspectos o conceito de paciente ou cliente pelo de cidadão que reflete e reivindica, sendo realizados trabalhos de orientações e informações das normas e rotinas do CAPS, entre outras informações;

- d) Atividade educativa em grupo/oficinas: são atividades coletivas que contribuem para a reflexão, elaboração, promoção e prevenção dos aspectos inerentes à saúde das famílias/usuários, através da realização de ações sociais educativas; nestas atividades são trabalhados temas ligados aos direitos sociais de cidadania, à importância da família no acompanhamento do tratamento do usuário, o cuidado com a higienização, entre outros;
- e) Reunião: é um instrumento valioso para a organização dos grupos e são consideradas como elemento importante na construção do universo social, na medida em que criam um espaço de sociabilidade que contribui para a consolidação de redes de relações sociais; as reuniões representam espaço de debates, de discussões, troca de idéias, definições de ações e encaminhamentos;
- f) Encaminhamento: tendo em vista a impossibilidade dos CAPSs atenderem todas as demandas solicitadas pelos usuários, a instituição estabelece algumas parcerias com órgãos como conselhos tutelares, serviços municipais de saúde, clínicas de psicologia, escolas municipais, curadorias do cidadão, secretarias de saúde, entre outros. Ainda com relação aos encaminhamentos, estes acontecem da seguinte forma: na Assistência Social, benefícios diversos como, bolsa família, bolsa escola, etc;
- g) No que se refere aos direitos civis, fornece orientações sobre aquisição de documentos (RG, CPF, Carteira profissional, registro civil, etc.); Previdência Social, (disseminando informações sobre benefícios como: benefício de prestação continuada, auxílio-doença e em relação à aposentadoria etc.); No que concerne à questão dos transportes, orientando e encaminhando a locomoção de usuários que necessitam de tratamento especializado, tanto no município, como fora deste e até em outros Estados da Federação;
- h) Coordenação de Eventos: os eventos visam sensibilizar e integrar as equipes, usuários e familiares, possibilitando a socialização desses usuários com o meio em que os CAPSs trabalham;
- i) Desenvolve ações que asseguram a inclusão do usuário no atendimento, para que assim, o seu desenvolvimento possa ser impulsionado, com vistas a proporcionar integração social de forma satisfatória;
- j) Efetuar atividades educativas com os usuários e as famílias, orientando sobre os principais serviços oferecidos;

k) Articular diversos setores junto ao poder público para estabelecer a intersectorialidade. Como exemplos de órgãos parceiros destacam-se: a Superintendência de Transito e Transportes Públicos (STTP), o INSS, a Casa da Cidadania, o Terceiro Núcleo Estadual de Saúde, as Escolas e Creches Municipais. Esses contatos institucionais buscam dar continuidade às ações desenvolvidas pelos CAPSs, através das respectivas equipes, com intuito de responder às reais necessidades dos usuários.

Veremos no tópico a seguir, algumas reflexões acerca de contribuições dos assistentes sociais nos CAPSs de Campina Grande.

4.2 Reflexões sobre a atuação de Assistentes Sociais no CAPS a partir da percepção dos profissionais

Os relatos das experiências vivenciadas nos CAPSs pelos profissionais entrevistados possibilitaram uma melhor reflexão no que concerne à prática do Assistente Social no âmbito da saúde mental, permitindo a identificação de dificuldades e avanços na prática cotidiana.

Nossa pesquisa elegeu como amostra 07 (sete) profissional da área de Serviço Social que atuam nos CAPS da cidade de Campina Grande-PB. Os sujeitos da pesquisa são todos do sexo feminino, o que pode refletir o processo que marca a origem da profissão. 80% são profissionais que se formaram entre o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, período também marcado pela luta em defesa da redemocratização no país, culminando com a Constituição Federal de 1988, e ainda com mudanças no âmbito da saúde, entendendo-a como um direito do cidadão e dever do Estado. Isso vai se refletir também na mudança de concepção no país sobre saúde mental, instituindo-se um conjunto de medidas práticas na atenção aos portadores de transtornos mentais em todo o país. Por outro lado, registra-se no país no início dos anos 1990, a implantação do projeto neoliberal, que impõe ajustes estruturais, onde há a lógica do Estado Mínimo, com redução dos investimentos na área social, afetando diretamente o desenvolvimento da política de saúde mental no país, conforme discussão realizada nos capítulos anteriores.

As profissionais compreendem uma faixa etária entre 30 a 59 anos de idade. 80% com mais de seis anos de atuação nos CAPSs de Campina Grande-PB, o que aponta uma

considerável experiência em saúde mental, tendo em vista o tempo de atuação, razão pela qual 90% delas fizeram curso de especialização na área, conforme afirmações das entrevistadas.

Sabemos que o processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais a qualificação dos profissionais. É preciso ter competência e preparo teórico. Atuando a partir de uma postura interdisciplinar, com um olhar amplo e crítico para enfrentar o cuidado à pessoa com transtorno mental (GONÇALVES; SENA, 2001).

Considerando que o CAPS deve ter uma atuação horizontal, as ações também devem ser discutidas coletivamente de modo democrático e participativo. A busca do objetivo de socialização do CAPS deve ser reconstruída através do fazer no cotidiano, e um fator determinante para isso é o reconhecimento do usuário como "sujeito" de direito, no processo de trabalho da equipe, para haver a horizontalidade almejada com a finalidade de promover a saúde e o bem estar do usuário.

Nessa perspectiva, o assistente social se apresenta como parte de um processo de trabalho que se encontra no mesmo nível de importância dos demais profissionais dos CAPSs. Ao atuar numa equipe interdisciplinar, compartilha saberes e contribui para um atendimento ao usuário e respectivas famílias, considerando-os na sua complexidade.

A análise dos dados aconteceu mediante a transcrição e o ordenamento das falas que serão apresentadas a partir de agora.

Do ponto de vista da relevância dos CAPS, as entrevistadas reconhecem o serviço como um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica, e que se apresenta como uma nova abordagem na atenção às pessoas com transtornos mentais, na perspectiva da humanização e do respeito às diferenças. Por meio desses Centros o Estado tem uma atuação mais próxima da população, identificando *in loco* não só as demandas, mas, além disso, possibilitando a construção, ampliação e fortalecimento de uma rede de atenção à saúde mental, de modo a atender tais demandas na sua integralidade.

Assim, ao expressar suas opiniões sobre a importância dos CAPS afirmam o seguinte:

Sim, é relevante, porque são dispositivos da reforma psiquiátrica, tem o desenvolvimento de ações através de uma equipe multidisciplinar, oferecendo tratamento humanizado ao público alvo da saúde mental, respeitando o usuário destes serviços como um ator social, sujeito da sua história, objetivando a reinserção social dos mesmos (entrevistada 5).

(...) a partir de uma nova perspectiva do cuidar da pessoa que sofre de transtorno mental, criou-se um serviço substitutivo ao tratamento hospitalocêntrico, os CAPS, daí este serviço passa a ter uma grande

responsabilidade e importância para estes usuários, a sociedade e seus familiares (entrevistada 4).

O serviço social avalia os critérios sócio-econômicos para admissão adequada dos usuários a todos os atendimentos da saúde mental. Atua em interfase com os demais atores da reabilitação da instituição e das políticas públicas existentes no município. Numa perspectiva de trabalho em rede (entrevistada 2).

Quanto à inserção do assistente social no âmbito da saúde mental, segundo Bisneto (2005) se deu acompanhando as mudanças do contexto sócio-histórico. Neste sentido, a gênese do Serviço Social em saúde mental não é recente, acompanha as mudanças societárias. Também não partiu de necessidades terapêuticas ou clínicas para transtornos mentais, e sim da modernização conservadora do estado ditatorial brasileiro, nos anos 1960, em busca de uma possível legitimação em áreas críticas como a atenção à saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário brasileiro.

Diante das “disfunções sociais” postas pela questão social era necessário atuar na preservação e manutenção da força de trabalho, e para isso era sinalizada uma intervenção profissional. Neste ponto, os assistentes sociais desenvolveram uma prática centrada na orientação de casos individuais e/ou familiares. Mas com as mudanças no contexto histórico social político e econômico, a atuação do Serviço Social, sintonizada com o novo olhar vem acompanhando essa dinâmica. Na mesma medida que a sociedade avançou quanto à forma de pensar e gerir essa política houve também mudanças nos campos teóricos, metodológicos e técnico-operativos da profissão, para responder às novas demandas (BISNETO, 2005).

Assim, as assistentes sociais foram unânimes em afirmar que a relação entre Serviço Social e Saúde Mental é histórica. Há a compressão de que a inserção destes profissionais nas equipes de saúde mental contribuiu de forma substancial para a qualidade das ações sociais, pela particularidade da formação, devido às ações do assistente social estarem em sintonia com os dispositivos da reforma psiquiátrica no sentido de atender às necessidades dos usuários desses serviços.

Essas considerações são reforçadas por uma das entrevistadas:

A exigência do profissional de serviço social na equipe básica de saúde mental tem uma importância (...), uma vez que, este profissional tem em sua formação, os conhecimentos específicos para dar suporte social as demandas inerentes a estas questões sociais (entrevistada 5).

Percebemos, ainda, nas falas das profissionais o destaque do papel dos assistentes sociais nos CAPS por imprimir em suas ações a defesa dos direitos e da cidadania dos usuários. Ademais, a experiência ao longo da trajetória da profissão de trabalho junto às famílias, amplia as possibilidades de cumprimento de uma das funções desses Centros, no processo de fortalecimento dos vínculos coletivos e familiares, pois elas são vistas como o suporte decisivo no tratamento. Ademais, sabemos que na maioria das vezes é a relação mais próxima que os usuários possuem com a sociedade. Vejamos as falas que se seguem:

(...) o trabalho do assistente social é fundamental entre o portador de transtorno mental e a sociedade, esclarecendo sobre seus direitos e trabalhando no sentido de reabilitar, reinserindo o usuário a comunidade com dignidade e cidadania (entrevistada 1).

Sim, é este profissional é o muito importante no serviço, visto que, procura junto ao usuário e família e a equipe técnica, da resolutividade aos problemas que lhe afligem e/ou dá parecer (entrevistada 6).

Os depoimentos aqui analisados apontaram que estes profissionais têm clareza do seu papel como assistentes sociais na saúde mental e especificamente nos CAPSs, tanto no que se refere as suas especificidades como à atuação do profissional como um dos integrantes da equipe técnica que atua nestes centros, de modo que se apresenta um amplo leque de possibilidades para o desenvolvimento de ações profissionais que ultrapassem uma mera prática burocrática, desenvolvendo um trabalho criativo, competente, crítico e comprometido com a democracia e a cidadania dos usuários.

0

(...) através do trabalho em equipe é que existe a troca de experiência entre os profissionais, cada um em suas respectivas áreas, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, educador físico entre outros. Trabalhando em conjunto oferecem aos usuários a soma de vários saberes possibilitando um atendimento mais completo (entrevistada 3).

As entrevistas sinalizaram, ainda, a capacidade técnica e institucional que os CAPS têm demonstrado nessa nova organização da política de saúde mental, apesar das dificuldades e dos limites encontrados no processo de operacionalização das ações, pois a ideia de trabalho interdisciplinar, de planejamento e de avaliação ultrapassa o desejo de um técnico, são diretrizes da própria política, o que pode direcionar de modo efetivo as atividades dos Centros. Mas ainda é necessário construir um ambiente propício para o exercício de tais

tarefas, ultrapassando a lógica meramente formal e legal dos serviços substitutivos, como é o caso dos CAPS. Vejamos a seguir as falas das entrevistadas.

Existe interação entre a equipe, são diversos profissionais que trabalham de forma interdisciplinar. Temos momento de planejamento, discussão e avaliação e isso é muito importante na equipe, é o momento de junção dos saberes, sempre na perspectiva de oferecer os melhores serviços para os usuários e familiares (entrevistada 4).

Em toda equipe interdisciplinar subentende-se que todos os profissionais trabalham com o mesmo objetivo. Na saúde mental o que diferencia o trabalho do assistente social é a possibilidade que esse tem mediante sua especificidade e dar encaminhamento às demandas de políticas pública dos usuários e familiares dos serviços (entrevistada 7).

De acordo com as reflexões dos assistentes sociais entrevistados, as ações desenvolvidas por estes profissionais são voltadas para os usuários e extensivos às famílias, como também na instituição é possível dar suporte ao usuário, esclarecendo acerca de seus direitos e deveres, trabalhando na perspectiva de cidadania e inserção social. Assim, o assistente social nas equipes de saúde mental tem contribuído com a leitura macro de um fenômeno que não pode ser reduzido apenas ao mundo "Psi". Esse entendimento faz-se imprescindíveis a todos assistentes sociais inseridos na saúde mental.

Quando indagadas sobre a diferença da prática profissional em relação às demais profissões, responderam que:

A diferença da prática do assistente social em relação aos demais profissionais é identificada através dos objetivos da ação profissional em avaliar os determinantes sociais dos usuários identificando as dificuldades do projeto social e econômico, a questão inserida proporcionando atendimento e encaminhamentos adequados às necessidades apresentadas (entrevistada 3).

Em toda equipe interdisciplinar subentende-se que todos os profissionais trabalham com o mesmo objetivo. Na saúde mental o que diferencia o trabalho do assistente social é a possibilidade que esse tem mediante sua especificidade e dar encaminhamento às demandas de políticas pública dos usuários e familiares dos serviços (entrevistada 5).

De acordo com as entrevistadas, as demandas postas aos assistentes sociais nos CAPS referem-se àquelas relacionadas a viabilização dos direitos sociais, por meio da formulação e execução de políticas sociais públicas. Isso sinaliza uma compreensão da profissão não apenas como mera executora, mas com papel fundamental no fortalecimento e consolidação da própria política de saúde mental. O que vai diferenciar os assistentes sociais dos outros

profissionais é o olhar crítico, direcionado ao atendimento do usuário na sua integralidade, e para sua autonomia.

São desenvolvidas diferentes ações e atividades nos CAPS. Para as assistentes sociais ocorre um aprendizado tanto a nível individual como atuando em equipe, somando-se aos diferentes saberes. Uma das atividades colocadas como uma possibilidade de articulação com a academia, capaz de possibilitar a atualização constante dos conceitos, bem como das novas práticas, é o estágio supervisionado. Ademais, a participação em diversos eventos como conferências, fóruns de debates, cursos de capacitação, entre outros, também são indispensáveis nesse processo.

Evidenciaram, ainda, que existem limites na atuação no campo da saúde mental, pois não existe autonomia e muitas das ações dependem da capacidade de tomada de decisão, que fica a cargo dos gestores. Ainda há a ausência de condições adequadas para o desenvolvimento qualificado dos serviços, colocando-se como mais uma das dificuldades de operacionalização da política no município. De acordo com a entrevistada 5, o que faltam “são as condições de trabalho mesmo, com uma rede operante, (...) compromisso por parte dos governantes”.

Ao tratar das condições de trabalho do Assistente Social podemos observar na fala dos profissionais que há algumas dificuldades. São evidenciadas nas falas: espaço físico precário; a ausência de articulação com a rede de serviços; ausência de compromisso dos governantes com os trabalhos dos CAPSs; equipe composta por número insuficiente de profissionais; remuneração precária. Ainda de acordo com as entrevistadas essa realidade se estende aos outros profissionais que atuam nos CAPS, não é exclusivo ao Serviço Social. Estes fatores interferem na qualidade dos serviços. A maioria registrou a falta de investimento na política de Saúde Mental do município.

A ideia de reconhecimento dos profissionais por parte do Estado está mais no cumprimento formal da equipe do que na valorização e reconhecimento efetivo, na perspectiva da implementação da política de saúde mental e do reconhecimento dos usuários como sujeitos de direito.

Mediante as respostas anteriores avaliam-se as dificuldades vivenciadas por todos os profissionais do serviço público, o que não era diferente na saúde mental, e em se falando em reconhecimento e valorização, vamos dizer que existe da parte dos usuários e de seus familiares. (entrevistadoa 3)

Em relação à estrutura física e recursos humanos e financeiros deixam muito a desejarem. Observo que há reconhecimento do trabalho, mas, a valorização ainda não é satisfatória. (entrevistada5)

No tocante às ações e como elas podem contribuir para a reinserção social dos usuários e as dificuldades de desenvolvê-las, os assistentes sociais afirmam procurar viabilizar aquelas que possibilitem o usufruto de recursos sociais, a exemplo dos encaminhamentos para garantia de acesso a benefícios sociais.

Entretanto, a efetivação e viabilização de direitos encontram-se permeada por uma série de limites postos pelo atual cenário econômico, político e social, tendo em vista sua influência direta nos avanços e retrocessos dos direitos sociais, que esbarram nas políticas neoliberais restritivas. Isso é reforçado quando foram feitas as seguintes afirmações:

Não há articulação e estratégias de ação na busca de encontrar saída para os problemas de ordem social e econômica dos usuários que procuram o serviço (entrevistada 4).

A falta de estratégias de ação para encontrar soluções para os inúmeros problemas de ordem social e econômica inerentes aos usuários que chegam ao serviço, avaliando as particularidades do caso (entrevistada 7).

Verificamos que se destacaram a questão do trabalho em rede e a intersetorialidade com mais uma das dificuldades de operacionalização dos serviços. Há a necessidade de conhecimento e reconhecimento das instituições que formam a rede de saúde mental, questão que precisa avançar bastante no município em questão. Essa situação se apresenta como um desafio para os/as trabalhadores/as da saúde mental. As entrevistadas fizeram uma relação do trabalho articulado em rede com a própria lógica de organização da política, especialmente a partir da reforma psiquiátrica, conforme evidenciado na fala abaixo:

As ações que podem contribuir seriam exatamente a funcionalidade desta rede, através das políticas sociais oferecidas no território que deveriam nos dar suporte para a inserção de e/ou reinserção social destes usuários conforme preconiza a reforma psiquiátrica, teoricamente falando (entrevistada 1).

Complementando essa questão, afirmam ainda que o trabalho em rede possibilita o acesso a diferentes ações sejam para usuários ou familiares, como é o caso dos cursos profissionalizantes. Citaram algumas organizações que consideram importantes:

Parceria com instituições sociais (SESI, SESC e etc..). As parcerias com serviços de rede ofertados com instituições que oferecem cursos profissionalizantes com os serviços encontrados na comunidade (entrevistada 2).

Com relação aos instrumentos técnico-operativos mais utilizados na prática do Assistente Social nos CAPS, as entrevistadas afirmaram que não difere muito daqueles já consolidados ao longo da história da profissão. O que caracteriza a nova abordagem de tais instrumentos é a forma, a concepção, o referencial teórico pautado no ideal da transformação da vida dos usuários e seus familiares, bem como da própria sociedade. Por meio dos instrumentos os assistentes sociais aprimoram as técnicas utilizadas e viabilizam ações e atividades qualificadas.

“São utilizados instrumentos técnico-operativos como: visita domiciliar, encaminhamentos, relatório social, parecer social, palestras, reuniões, entrevistas” (ENTREVISTADA, 3). Contudo, esse conteúdo precisa ser mais bem compreendido, de modo a melhor orientar as ações desenvolvidas e imprimir criticidade aos mesmos.

Reforçando, uma entrevistada apontou a utilização de instrumentos capazes de viabilizar os direitos sociais, e a outra coloca de forma ampliada apontando aquilo que entende como sendo atribuição do profissional de Serviço Social. São elas:

[trabalho em] Grupo, reunião de família, acolhimentos, encaminhamentos, relatório social; parecer social, entrevistas; atendimento individual; palestras; supervisão de estagiários do curso de serviço social (entrevistada 1).

Atribuição do serviço social: visitas domiciliares, coordenar reuniões com familiares, articular com entidades da sociedade civil, fazer encaminhamentos para a rede socioassistencial, supervisionar estágios, realizar atendimento com objetivo de orientar para outros serviços e benefícios, programas entre outros, elaborar declarações, pareceres sociais (entrevistada 2).

Verificamos que a fala acima citada aponta elementos que estão definidos como atribuições do assistente social, conforme a Lei de Regulamentação da Profissão, Lei 8662/1993. Contudo, recomenda-se que haja uma maior apropriação da referida Lei e do Código de Ética, entre outros instrumentos legais, para imprimir na prática profissional maior qualificação das ações e melhor definição do papel do assistente social nos CAPS.

Quanto à forma de lidar com as dificuldades, as assistentes sociais entrevistadas deixaram evidente que há o esforço de tentar superá-las, porém ainda se coloca como uma

postura individual de cada um dos profissionais e não de um compromisso por parte dos gestores. Foi unânime a questão da precariedade do trabalho, além das condições de estrutura física e material inadequada anteriormente citado, pois estão expressos mais precisamente pelos baixos salários, contratos provisórios, conseqüentemente a ausência de concurso público.

Alguns profissionais revelaram o seguinte:

Não nos acomodando e sempre que possível reivindicando a quem de direito é deve ter o cumprimento de tais responsabilidades (entrevistada 1).

Fazendo o que é possível fazer e insistindo nas mudanças no sentido da melhoria da qualidade do trabalho (...) (entrevistada 3)

Do ponto de vista dos avanços foram identificadas pelas entrevistadas no trabalho dos assistentes sociais a questão da capacitação profissional e a interação dos profissionais no desenvolvimento dos trabalhos em equipe. Há ainda o reconhecimento dos assistentes sociais tanto pelos usuários, quanto pelos outros profissionais. Há o esforço para um relacionamento interprofissional através do diálogo, do respeito, o que pode permitir uma democrática discussão sobre os casos junto à equipe, contribuindo para um bom funcionamento do serviço.

As pontuações de modo geral com as coordenações e equipe de modo geral a contabilidade destes, no tocante a resolutividade das questões apresentadas ao profissional do serviço social - apoio da equipe - respeito, carinho e confiança dos usuários, familiares (entrevistada 6).

A interação dos assistentes sociais, junto aos demais profissionais da equipe na realização do trabalho, sendo possível somar resultados positivos para com a ação profissional (entrevistada 4).

Sabemos que a questão social apresenta diferentes expressões e que estão intrinsecamente ligadas à saúde mental, como resultado de determinantes das estruturas sócio econômicas. A loucura na perspectiva da atenção psicossocial é vista como um fenômeno social, cultural, biológico e psicológico. Assim o assistente social nas equipes de saúde mental pode contribuir muito com sua leitura macro de um fenômeno que não pode ser reduzido apenas ao mundo "Psi". Essa compreensão faz-se indispensáveis a todos assistentes sociais situados na saúde mental.

Compreendemos que as limitações muitas vezes presentes no cotidiano do desenvolvimento dos serviços, as quais se inserem num cenário político, econômico e social, preconizam as condições de acesso e qualidade dos serviços ofertados.

Os depoimentos aqui analisados mostraram que os profissionais têm clareza do seu papel como assistentes sociais na saúde mental e especificamente nos CAPSs. O assistente social como um dos integrantes da equipe técnica, tem a possibilidade de desenvolver as ações se distanciando da mera prática burocrática, partindo de uma perspectiva criativa, competente, crítica e compromissada com a democracia e cidadania.

O Serviço Social, apesar da relação histórica com a saúde mental, ainda precisa avançar com relação às produções teóricas partindo da realidade específica brasileira e considerando as experiências existentes, que possam fundamentar a prática profissional nessa área. São muitos desafios a serem enfrentados no cotidiano profissional, especialmente quando se trata das estratégias e fortalecimento da reforma psiquiátrica, tendo como principal instrumento os CAPs.

De um modo geral, tais estratégias de enfrentamento as problemáticas devem considerar o conjunto de fatores que estão diretamente ligados a estrutura socioeconômica, questão merecedora de atenção quando se trata das mudanças com a Reforma Psiquiátrica. E o Serviço Social tem contribuído para mudanças qualitativas na saúde mental ao longo da história. Não podemos negar os avanços, desde a própria concepção de saúde, até a introdução de novas práticas. Em todas as falas ficaram explicitadas clareza quanto à nova lógica de desenvolvimento da política de saúde mental, dos desafios, dos limites e das possibilidades. E a ausência de visão de gestão e de compromisso a nível local, coloca-se como maior entrave para consolidação da política.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil soma contribuições consideráveis para desconstrução do modelo hospitalocêntrico baseado no internamento. Com a criação dos serviços substitutivos, emerge um novo olhar na direção da cidadania e do estímulo à autonomia das pessoas com transtorno mental. As propostas de reinserção social dão ao processo um caráter mais humanizado e significativo para o enfrentamento da discriminação e do preconceito, que marcam a história da loucura em nossa sociedade.

Este fato vem demandando novas ações direcionadas ao atendimento educativo e psicossocial que possam facilitar o processo de inclusão social desses indivíduos. Apesar de o profissional de Serviço Social ainda se deparar com significativos desafios, vislumbra novas possibilidades e oportunidades para desenvolver suas ações.

Este novo contexto, marcado pelas iniciativas da reforma psiquiátrica, coloca o assistente social num terreno em sintonia com os modos de lutas também definidos pelo projeto ético-político da profissão, expresso no reconhecimento da liberdade como valor maior, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, eliminação do preconceito, dentre outras. Assim, a ampliação de espaços de atuação na área de saúde mental para os assistentes sociais foi uma conquista histórica, porém isso não é suficiente. Pois é fundamental que haja uma melhoria contínua das condições para a efetividade da política.

Entendemos que a reforma psiquiátrica está em construção, e o Serviço Social é reconhecido como uma das profissões relevantes nesse processo. Assim, o estudo aqui apresentado permitiu uma melhor compreensão quanto a política de saúde mental, as particularidades no município de Campina Grande-PB e nelas alguns elementos acerca da atuação dos assistentes sociais nos CAPS.

Os assistentes sociais possuem um espaço legítimo na saúde mental, mesmo que os saberes “Psi” se constituam uma base consolidada nesta área. Os aspectos biológicos, patológicos, psicológicos e sociopolíticos alicerçam os novos serviços. Mas são os elementos sociopolíticos que legitimam as ações desses profissionais.

No tocante à atuação do assistente social nos CAPSs, percebermos em meio às falas o reconhecimento da relevância do trabalho do referido profissional. Este é considerado como mediador, viabilizador e orientador. As reuniões das equipes nos CAPSs têm se configurado num espaço para a discussão, socialização e aprendizagem para um melhor desenvolvimento das ações institucionais, e nesses espaços o profissional desempenha um papel propositivo.

Não existe uma formação voltada especificamente para atuar na área de saúde mental. É necessário que o profissional se aproprie de conhecimentos e instrumentos legais que tratam diretamente dessa política. Acreditamos que as ações desenvolvidas pelos Assistentes Sociais reforçam um modelo pautado na democracia e na participação social, que direcionam a política e os serviços de saúde mental no Brasil.

Destacam-se como questões fundamentais os conhecimentos adquiridos pelo profissional ao longo da sua formação, que tem na materialização do projeto-ético político, o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão, Lei número 8662/1993, a base que fundamenta toda a sua intervenção profissional. Contudo, cabe salientar que as mudanças ocorridas nas últimas décadas, como o projeto neoliberal, a flexibilização e precarização das condições de trabalho, o próprio processo de globalização e avanço tecnológico que imprimem mudanças significativas nas políticas sociais e apresentam um contexto com novas expressões da questão social, impõem diversos desafios ao exercício profissional.

Todas as falas proferidas pelos profissionais de serviço social que atuam em CAPSs foram extremamente valiosas para este estudo, permitindo uma maior compreensão da prática do Assistente Social nesses centros. Neste sentido buscamos ainda, contribuir com o nosso trabalho para que possa estimular a discussão dessa temática nos diversos espaços da categoria, visto que esta problemática requer uma abordagem mais ampla, bem como servir de referencial para outras produções e ações que envolvam o serviço social e a saúde mental.

Estudos como esse são fundamentais de modo a entender os avanços da política de saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica, bem como contribuir para reflexões acerca de limites e possibilidades na atuação dos profissionais envolvidos, neste caso, o assistente social, de modo a contribuir para melhor efetividade dos serviços substitutivos, conseqüentemente da melhoria da qualidade de vida dos usuários.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- _____, José Augusto. Uma análise da prática do serviço social em saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez 2005, n. 82, p. 110-130, jul. 2005.
- BARBOSA, T. K. G.M. **Saúde mental e demandas profissionais para o serviço social**. Maceió, 2006. Dissertação. Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Programa de Pós – Graduação em Serviço Social – Mestrado).
- BERTANNI, Iris Fanner. Refletindo sobre o espelho: serviço social médico hospitalar. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 8, n.23, 1998.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa Brasileira**, promulgada em 05 de outubro de 1988.
- _____. **Código de ética do assistente social**. Diário Oficial da União, nº60, 30 de março de 1993.
- _____. Lei nº 8.662/93 – **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**, 7 de junho de 1993.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília-DF 2004. (Comunicação e Educação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília– DF: [s.n.], 2007.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da saúde e serviço social: as práticas profissionais e a luta no setor**, 1991. Tese (Doutorado)-PUC, São Paulo, 1995.
- _____, M. I. de S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Gestão social: alguns apontamentos para o debate. In: RICO, Elizabeth de Melo, RAICHELIS, Raquel (orgs). **Gestão social: uma questão em debate**. São Paulo: EDUC /IEE, 1999.

CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares.** Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2006.

CUNHA, G. A. M; MACIEL, G. C. **Saúde Mental – Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: campo de atuação das políticas pública.** Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/11430/saudemental>>. Acesso em: 13de abril de 2009.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-am. Enfermagem.** Mar.2001. P.48-55.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 3. ed, São Paulo: Perspectiva, 1990.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 141, p. 297-305, fev. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 20 de abril de 2010.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social ao Brasil.** 6. ed., São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos.** São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1998.

MARINHO, A C.O. **Políticas públicas de saúde: reforma psiquiátrica no contexto do município de Campina Grande-PB.** Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2003.

MINAYO, Marília Cecília de Sousa. Ciência, técnica e arte, o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Marília Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa, teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo e retificação.** São Paulo: Lech, 1981.

_____. José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social.** São Paulo: Cortez, 1992.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental.** João Pessoa, 2009. Editora Universitária, 2002.

PANIAGO, Maria Cristina. A Crise Estrutural do Capital, os trabalhadores e o Serviço Social. In. COSTA Gilmaisa M; PREWES, Rosa; SOUSA, Reivan (organizadoras) **Crise contemporânea e Serviço Social.** Edufal: Maceió, 2010, PP.111/126.

STEIN, R. H. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico-conceitual). **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, n. 54, p. 75-96, jul. 1997.

SOUSA, Moema Amélia S. L de. Saúde e cidadania reflexões sobre a prática profissional do assistente social. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 8. 1995, Salvador, BA.

SOUSA, Édina Evelyne Casal Meireles de. **A prática do serviço social nas instituições psiquiátricas de Juiz de Fora/ MG.** Dissertação (Mestrado)- Universidade Católica, Rio de Janeiro: Pontifícia, 1986.

SILVEIRA, Maria Lídia da. **De pobre e trabalhador:** uma reflexão sobre o sujeito no Serviço social. Rio de Janeiro: OR Independente, 2000.

SILVAFILHO, J. F. **O sistema de saúde e assistência psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Tema: o trabalho nos centros de atenção psicossocial (caps): um estudo acerca da contribuição do profissional de serviço social.

Responsável pela Pesquisa: Terezinha de Jesus Meira Moura Costa

Data: ____/____/____ **Município/CAPS-**

Modalidade: _____

Ano de Criação do CAPS: _____

I - Identificação do (a) entrevistado (a):

Sexo: M () F () Idade: _____ Ano em que se formou: _____ Pós-graduação:
 _____ Tempo de atuação na área de saúde:
 _____ Tempo de atuação no CAPS: _____ Vínculo: _____ Atua em
 outro CAPS: S () N ()

II - Roteiro:

1. Considera os CAPS importante? Por quê?
2. Como você avalia a inserção do Serviço Social na saúde mental?
3. Considera o trabalho do assistente social no CAPS relevante? Por quê?
4. Há efetivamente uma interação entre os profissionais da equipe do CAPS? Considera importante, por quê?
5. O que diferencia o trabalho do assistente social em relação aos outros profissionais do CAPS?
6. Que demandas são apresentadas ao assistente social no CAPS?
7. Que atividades são desenvolvidas pelos assistentes sociais? Elas dão conta das demandas?
8. Que ações podem contribuir para a reinserção social dos usuários? Conseguem desenvolvê-las? Se não, Por quê?
9. Quais os instrumentos técnico-operativo mais utilizados em sua prática?
10. Como você avalia suas condições de trabalho? Sente reconhecida e valorizada?
11. Quais as principais dificuldades enfrentadas no dia a dia de sua prática?
12. Como tem lidado com essas dificuldades?
13. Que facilidades você identifica no trabalho dos assistentes sociais no CAPS?

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Campina Grande, 17 de Maio de 2011.

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“O TRABALHO NOS CENTROS ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): Um estudo acerca da Contribuição do profissional de Serviço Social**, desenvolvida pela aluna: **Terezinha de Jesus Meira Moura Costa**, regularmente matriculada no Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial promovido pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob a orientação da **Prof^a Ms Ana Paula Silva dos Santos**. Dada à relevância da proposta, solicitamos oferecer o apoio necessário de acordo com a programação desta Unidade e a disponibilidade da equipe.

Atenciosamente,

Coordenadora do CAPS I

Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente orientadora e orientanda da pesquisa intitulada: **O Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Um estudo a cerca da Contribuição do profissional de Serviço Social no município de Itabaiana-Pb** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo o Decreto nº 93833, 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado e a Resolução CEP/CESED 09/2008. Reafirmamos, igualmente, a responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das gravações correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta, apresentará semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/CESED (Comitê de Ética em Pesquisa/Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/CESED, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de 2011

Orientanda da pesquisa - Terezinha de Jesus Meira Moura Costa

Orientadora - Profa Ana Paula Silva dos Santos

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “O TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): Um Estudo a Cerca da Contribuição do Profissional de Serviço Social“. Diante de tal esclarecimento:

- Autorizo a participação da pesquisa, respondendo as perguntas feitas durante a entrevista, não havendo nenhum risco ou desconforto.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados se assim desejarem.

- Poderei recusar-me a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto, não havendo penalização ou prejuízo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho assegurando assim a minha privacidade.

- Não terei qualquer despesa ou ônus financeiro e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos e, portanto, não havendo necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.

- Em caso de qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, poderei contactar a pesquisadora responsável Terezinha de Jesus Meira Moura Costa através do número: 8780 1764.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____ de _____ de ____.

Participante _____

Andamento do Projeto

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/extrato_projeto.cfm?CODIGO=4312

Andamento do projeto - CAAE - 0214.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa
O TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): um estudo acerca da contribuição do profissional de Serviço Social

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	24/05/2011 10:06:19	03/06/2011 10:15:19		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	24/05/2011 09:44:06	Folha de Rosto	FR431272	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	24/05/2011 10:06:19	Folha de Rosto	0214.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	03/06/2011 10:15:19	Folha de Rosto	0214.0.133.000-11	CEP

[Voltar](#)