



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
Curso de Serviço Social**

**Jéssica Goulart Faria**

**O TRABALHO DO(A)ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS JARDIM DAS OLIVEIRAS:  
conjuntura e desafios profissionais na saúde mental**

GOIÂNIA

2020

**Jéssica Goulart Faria**

**O TRABALHO DO(A)ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS JARDIM DAS OLIVEIRAS:  
conjuntura e desafios profissionais na saúde mental**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Danielli da Silva Borges Reis

GOIÂNIA

2020

Jéssica Goulart Faria

**O TRABALHO DO(A)ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS JARDIM DAS OLIVEIRAS:  
conjuntura e desafios profissionais na saúde mental**

Monografia defendida no Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Aprovada em 02 de dezembro de 2020 pela seguinte Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Danielli da Silva Borges Reis  
Presidente  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margot Riemann Costa e Silva  
Membro  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Marly Machado Bento  
Membro  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

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

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Senhor Deus por me permitir concluir essa graduação e por ter me feito superar os obstáculos existentes nesse caminho.

Ao corpo docente que compartilharam seu conhecimento contribuindo assim com essa formação.

À minha orientadora Danielli Reis pelas suas correções e incentivos.

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

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional.

Às Assistentes Sociais por me receberem de forma tão competente e afetiva no campo de estágio (CAPS), em especial a Fabiane Gomes.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para essa vitória.

Eu sempre quis mudar o mundo. Mas o mundo é grande demais e eu pequena demais. Saio agora com a certeza que eu mudei, e ainda há muito para aprender, na verdade há sempre algo para aprender e só tenho a agradecer.

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

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

Obrigada a todos!

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo conhecer e analisar o trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em específico na unidade Jardim das Oliveiras. Para tanto foi desenvolvida pesquisa bibliográfica, documental e de campo por meio de aplicação de questionário às assistentes sociais atuantes no CAPS pesquisado. Tendo como objeto o trabalho do assistente social no CAPS Jardim das Oliveiras, foram construídas duas categorias temáticas, sendo elas: a saúde como política pública no Brasil e o Serviço Social, abordando alguns antecedentes históricos que contextualizam a saúde e suas mudanças no decorrer dos anos, bem como a relação histórica do Serviço Social com a área da saúde; e os Centros de Atenção Psicossocial como direito conquistado e espaço sócio ocupacional para o Serviço Social caracterizando o que são, seus objetivos e como funcionam os serviços prestados nesses espaços e discutindo a atuação profissional do assistente social, apresentando os resultados da pesquisa de campo. A partir dessa discussão, nas considerações finais é afirmada a hipótese previamente estabelecida de que o assistente social é considerado um importante profissional no tocante à saúde mental, mas que enfrenta certas dificuldades em seu fazer profissional.

Palavras chave: Saúde Mental. Reforma Sanitária. Reforma Psiquiátrica. CAPS. Serviço Social na Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

This study aims to know and analyze the work of the social worker at the Psychosocial Care Centers (CAPS), specifically at the Jardim das Oliveiras unit. For this purpose, a bibliographical and documentary research was carried out and a questionnaire was applied to the social workers working at the CAPS surveyed. With the object of the work of the social worker at CAPS Jardim das Oliveiras, two thematic categories were constructed, namely: health as a public policy in Brazil and Social Work, addressing some historical background that contextualize health and its changes over the years, as well as the historical relationship of Social Work with the health area; and the Psychosocial Care Centers as a conquered right and socio-occupational space for Social Work, characterizing what they are, their objectives and how the services provided in these spaces work and discussing the professional performance of the social worker, presenting the results of the field research. From this discussion, in the final considerations, the previously established hypothesis that the social worker is considered an important professional with regard to mental health, but that he faces certain difficulties in his professional practice, is affirmed.

Keywords: Mental health. Health Reform. Psychiatric Reform. CAPS. Social Work in Mental Health.

## LISTA DE SIGLAS

<b>CAP's</b>	Caixas de Aposentadoria e Pensões
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>FAS</b>	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
<b>FUNABEM</b>	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
<b>IAP's</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IPASE</b>	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
<b>LBA</b>	Legião Brasileira de Assistência
<b>LOPS</b>	Lei Orgânica da Previdência Social
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NAPS</b>	Núcleos de Atenção Psicossocial
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>SASSE</b>	Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários
<b>SESP</b>	Serviço Especial de Saúde Pública
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2 A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL ....</b>	<b>11</b>
2.1 <i>A saúde pública brasileira e o Serviço Social: alguns antecedentes históricos...</i>	11
2.2 <i>As contribuições da Reforma Sanitária e Psiquiátrica para o Serviço Social na saúde mental .....</i>	17
<b>3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO DIREITO CONQUISTADO E ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL PARA O SERVIÇO SOCIAL .....</b>	<b>24</b>
3.1 <i>As demandas da saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial .....</i>	24
3.2 <i>O Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial Jardim das Oliveiras: apresentação e análise da pesquisa .....</i>	28
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO APLICADO .....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE B – MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS ASSISTENTES SOCIAIS DO CAPS JARDIM DAS OLIVEIRAS .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DE PRODUÇÃO ACADÊMICA .....</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico tem como objeto o trabalho das assistentes sociais no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Jardim das Oliveiras.

Buscou-se por meio deste estudo responder a seguinte problemática: como se desenvolve a prática social do assistente social no CAPS Jardim das Oliveiras e quais os desafios que se apresentam em seu exercício profissional?

O interesse em abordar essa temática se deu por estar inserida no campo de estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social onde, apesar de estagiar por apenas alguns meses, despertou-me o interesse de compreender os processos realizados nos serviços ofertados no CAPS.

Partiu-se da hipótese de que a prática profissional do assistente social na saúde mental busca atender as necessidades dos usuários excluídos da sociedade, em decorrência da contradição capital *versus* trabalho derivada do modo de produção capitalista.

O assistente social juntamente com a equipe multiprofissional do CAPS, aqui em específico da unidade do Jardim das Oliveiras localizada no município de Senador Canedo, tem o papel de reinserir os usuários na sociedade, por meio da socialização de informações (rodas de conversa, reuniões, oficinas de arte, palestras), despertando assim o senso crítico dos usuários atendidos e consequentemente possibilitando que os mesmos tenham pleno conhecimento de seus direitos. Porém, tal prática enfrenta dificuldades diárias devido à precariedade de estrutura física e falta de material nos locais de trabalho para a realização dos serviços.

O CAPS Jardim das Oliveiras está localizado no município de Senador Canedo e oferece atendimento aos usuários da política de saúde com transtornos mentais do mais leve ao mais severo, bem como aos usuários de substâncias psicoativas. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional formada por assistentes sociais, psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeiros, dentre outros, que atuam realizando reuniões, orientações, visitas técnicas, exercícios mentais, oficinas de artesanato, atividades laborais, etc., sempre com a finalidade de melhora em diversos âmbitos da vida do usuário, tais como: quadro clínico, relação familiar e reinserção na sociedade.

O principal objetivo desta monografia foi o de conhecer e discutir o trabalho do assistente social nos CAPS, em específico na unidade Jardim das Oliveiras. Assim, foi necessário estudar a Política de Saúde Mental no Brasil, evidenciando os regimentos, normas e leis que levaram à implementação dos Centros de Atenção Psicossocial e compreender os desafios postos à atuação do assistente social no CAPS Jardim das Oliveiras na defesa dos direitos dos usuários.

A metodologia utilizada, para tanto, se deu mediante a realização de estudo bibliográfico, tendo como referenciais teóricos autores tais quais: Amarante (1997), Bravo (1996, 2009, 2013), Faleiros (2010), Gonçalves (1983), Iamamoto (2004), Mota (2009), entre outros; pesquisa documental, utilizando de leis, decretos e normativas de regulamentação na área da saúde e a aplicação de questionário às assistentes sociais atuantes na unidade do CAPS pesquisada.

Este trabalho está organizado em três partes, considerando a Introdução e Seções II e III.

A segunda seção aborda a saúde como política pública no Brasil, expondo alguns antecedentes históricos, relacionando o Serviço Social com a saúde e trazendo algumas contribuições das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no tocante à loucura e ao Serviço Social na área da saúde mental.

A terceira introduz a ideia dos Caps como direito conquistado após o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, suas demandas e serviços prestados aproximando-se do objeto de pesquisa, o Serviço Social nestes locais, em específico o CAPS Jardim das Oliveiras com a exposição da análise de dados obtidos por meio do questionário aplicado às assistentes sociais atuantes no CAPS.

Nas considerações finais é afirmada a hipótese de que a atuação profissional do assistente social na saúde mental é de grande relevância, principalmente nos CAPS onde o contato com os usuários e seus familiares se dá de forma tão direta e contínua, mas sendo necessária a reivindicação por melhores condições de trabalho.

## 2 A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

Como toda política pública, a de saúde tem em seu processo de efetivação um caminho repleto de lutas, desafios e conquistas. Com o intuito de conhecer melhor a atual Política Brasileira de Saúde, com ênfase na saúde mental como campo sócio ocupacional para os assistentes sociais, primeiramente deve-se compreender seu percurso de formação, o que é impossível sem atentar-se a alguns antecedentes históricos importantes, a relação histórica do Serviço Social com a saúde e a influência direta da expansão e evolução do modo de produção capitalista. Assim, na primeira parte deste estudo será explicitada tal contextualização e as contribuições trazidas com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica no tocante à evolução da saúde mental brasileira.

### *2.1 A saúde pública brasileira e o Serviço Social: alguns antecedentes históricos*

Tomando por base a expansão do modo de produção capitalista, datada a partir do século XVIII, Gonçalves (1983) afirma que até então a saúde era “clínica e individualizada”, se concentrava na doença e em seus possíveis tratamentos, sem que houvesse alguma necessidade de conhecer sobre sua origem, o porquê do aparecimento da mesma. A partir de então a medicina evoluiu, aliando o estudo sobre possíveis influenciadores externos às causas de doenças. Nesse contexto,

confrontam-se práticas assistencialistas e terapêuticas, analisam-se as condições de vida da população, tudo passa a ser registrado e descrito minuciosamente. Regulando o esforço social, a medicina vai contribuir para a institucionalização de uma nova ordem social, aquela gerada pela revolução burguesa que floresce na Europa Ocidental (GONÇALVES, 1983, p. 24)

Ainda conforme Gonçalves (1983), no século XIX a necessidade de mão de obra para as grandes indústrias em crescente desenvolvimento fez com que a atenção à saúde, voltada para a população pertencente às classes sociais subalternizadas, tivesse grande avanço tendo por base a saúde que até então quase inexistia, apenas com o intuito de que conseguissem suportar o trabalho que cada vez se tornava mais exaustivo e pesado.

Nesse sentido, Bravo (2009, p. 89) pontua o nascimento da “medicina social” na Europa, mais precisamente na Alemanha, França e Inglaterra como um dos fatores centrais para que o Estado assumisse responsabilidade sobre a assistência à saúde. Esse fator, aliado à expansão da industrialização, fez com que o Estado tivesse a necessidade de interferir na “manutenção da ordem social capitalista”, assumindo papel nas relações entre as classes sociais.

Já no final do século XIX e início do século XX o modo de produção capitalista deixou de ser concorrencial passando a configurar-se como monopolista. As consequências dessa mudança, junto aos resquícios da desorganização deixada no pós 2ª Guerra Mundial, tais como greves operárias e desemprego, deram “poder” à ideia do *Welfare State*, pois a partir de então o Estado passou a responsabilizar-se pela “intermediação entre o capital e o trabalho”, em face dos possíveis conflitos que viessem a surgir e, “a partir da década de trinta, [...] essa intervenção assume contornos nítidos, dando ensejo à intervenção completa do Estado no campo da saúde, articulando-o às demais esferas da produção, circulação e consumo comandadas pela acumulação capitalista”, conforme colocado por Gonçalves (1983, p. 25).

Em meio a essa necessidade de intervenção do Estado na sociedade, tendo de oferecer maior atenção à classe trabalhadora, surge o Serviço Social como um mecanismo de defesa dos detentores do capital frente às demandas e reivindicações do proletariado, de forma a abrandar, ou até mesmo encobrir os efeitos do modo de produção capitalista, tendo como consequência, a continuidade dos capitalistas no controle da situação.

Ao trazer esse contexto para o cenário nacional, verifica-se que o Brasil não seguiu na contramão do restante do mundo, a saúde por aqui teve caminho similar e o Estado passou a intervir a partir do século XX, sendo esta intervenção mais efetiva a partir da década de 1930. Quanto ao Serviço Social, mesmo tendo grande influência europeia e norte-americana, é de grande valia afirmar que, de acordo com Santos (2007), devem ser observadas especificidades de cada formação sócio-histórica, ou seja, o Serviço Social brasileiro, mesmo que inspirado na atuação de outros países, tem características próprias devido ao seu processo de evolução e transformação vivenciadas no decorrer dos anos.

Conforme Bravo (2009), a partir da década de 1920, a União tentou expandir os serviços referentes à saúde pública, e um deles foi a Reforma Carlos Chagas de 1923, a qual tinha por objetivo a ampliação dos atendimentos na área da saúde. Outro ponto importante no que tange a saúde pública brasileira foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), iniciativa conhecida como Lei Elói Chaves; estas eram financiadas pelo Estado, empregadores e trabalhadores contribuintes e constituía a gênese do sistema previdenciário brasileiro. “Nesse cenário, a interferência do Estado nas questões de saúde da população pretende-se como intervenção redistributiva” (GONÇALVES, 1983, p. 26). Aqui, cabe ressaltar o cenário de transformação da base econômica no Brasil, de agrário-exportadora para urbano-industrial, o que, por consequência, traz consigo tensões sociais entre o capital e o trabalho, e para a saúde o *status* de questão social, objeto de estudo e intervenção do Serviço Social.

Junto ao processo de reformas e mudanças na área da saúde, o Serviço Social também teve transformações significativas. Tendo em sua base de formação e desenvolvimento uma estreita relação com as práticas na área da saúde o Serviço Social “surge” no Brasil no ano de 1936 com a criação da primeira escola de Serviço Social, em São Paulo, embora, conforme Martinelli (2002, p. 03) coloca, “já no início dessa década vamos encontrar assistentes sociais realizando atividades profissionais na área, amparados pela incipiente legislação disponível, emanada da Carta Constitucional de 1934”.

Conforme colocado anteriormente, o Serviço Social brasileiro teve influência direta do modelo norte americano, nesse sentido, cabe aqui ressaltar Mary Richmond, uma das pioneiras no Serviço Social, contribuindo fundamentalmente para a institucionalização do ensino como para a profissionalização do Serviço Social, dando ênfase à abordagem individual a qual entendia o Serviço Social como um trabalho complementar ao que os médicos realizavam, ponto de partida da relação histórica do Serviço Social com a saúde. De acordo com Martinelli (2002, p. 01), nos anos finais do século XIX e início do século XX o Serviço Social “nascia” nos Estados Unidos com Mary Richmond (1861-1928), que “buscava formas e estratégias para bem realizar essa nova atividade profissional, por ela concebida ‘como uma operação essencial para a reintegração social do ser humano’ (RICHMOND, 1950, cap 1)”.

Dando seguimento às transformações no campo da saúde brasileira, na década de 1930, houve a ampliação das CAP's para todos os trabalhadores urbanos, decaindo na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), os quais abarcavam também comerciários, bancários, trabalhadores de transportes, entre outros. Na mesma década, com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, houve um crescimento na área administrativa e política e, em 1937, a ditadura do Estado Novo, um marco no início das políticas públicas e participação do Estado na sociedade. Uma das primeiras medidas adotadas pelo governo Vargas foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública que passou a ser responsável pelas atividades de saúde ao invés do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Segundo Bravo (1996), a saúde pública era focalizada nas campanhas sanitárias e no combate às endemias, que eram muito presentes nessa época.

Com o estabelecimento de uma nova organização no que se refere à saúde à época, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o qual visava áreas carentes para atendimento, contudo, somente aquelas que fossem economicamente estratégicas no país. Gonçalves (1983) caracteriza essa seleção como uma expressão do macro-processo de desenvolvimento na economia e na sociedade, o qual seria acelerado anos mais tarde.

Segundo Mota (2009), algumas das principais ações realizadas pela saúde pública no período de 1930 a 1940 foram: ênfase nas campanhas sanitárias; criação dos serviços de combate às endemias e a incorporação de serviços de combate às epidemias com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941.

Nesse cenário, Pinheiro (2015, p. 7) pontua que “a ação dos assistentes sociais na área da saúde [...] foi relacionada à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias, e era denominado de serviço social Médico. Nas campanhas sanitárias, o profissional de serviço social desenvolvia basicamente a função de educador sanitário”.

Nos anos entre 1945 a 1964 houve a implantação do Plano SALTE e o aumento de recursos destinados à saúde e, a partir dos programas desenvolvidos pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1953, houve a criação do Ministério da Saúde<sup>1</sup> (GONÇALVES, 1983).

---

<sup>1</sup> Com a instituição da Lei nº 1.920, o então Ministério da Educação e Saúde Pública foi desdobrado em dois, sendo a partir de então definidos como Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura (MOTA, 2009).

Neste mesmo período houve a expansão do Serviço Social, “relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial” (BRAVO, 2004, p. 2). Ainda na década de 1940 a ação profissional de assistentes sociais na saúde ampliou-se significativamente, tornando a saúde um dos setores que mais absorve os profissionais de Serviço Social. Pereira (2011, p. 62) afirma que nessa mesma década, o Serviço Social iniciou seu caminho também na área da Saúde Mental, “atuando em instituições infanto-juvenis, criadas e sistematizadas por higienistas americanos seguidos por brasileiros da mesma linha”. Nestas instituições os atendimentos eram destinados “ao tratamento de crianças e jovens problemáticos, através da implantação de educação higiênica estendida às escolas e famílias dos asilados”.

Conforme Bravo e Matos (2004, p. 02-03), a absorção brusca de assistentes sociais nessa área se deve ao fato de que:

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

Na década de 1960, a Lei nº 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), definiu parte da contribuição de financiamento da Previdência Social, no que se refere à saúde, para o poder público. No ano de 1964 houve a necessidade de criação de uma comissão de reorganização da Previdência Social, assim, com a junção dos IAP's surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (GONÇALVES, 1983).

Segundo Mota (2009) e Bravo (1996), ainda neste mesmo período, alguns dos marcos na história da saúde, principalmente se tratando dos ministérios, foram a realização da III Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a proposta das atribuições e divisões de toda a responsabilidade do administrativo a nível federal que iriam comandar tal ministério; a V Conferência Nacional de Saúde em 1975 , a



qual trouxe a implementação de programas de coberturas a áreas rurais e ampliação dos programas já existentes como a imunização e vigilância das epidemias; e em 1977 outro marco foi a VI Conferência Nacional de Saúde, convocada para discutir a lei da Política Nacional de Saúde, recém aprovada, e também as grandes endemias. Sobre esse contexto, registra-se que:

O setor da saúde sofreu uma dicotomização entre saúde coletiva e individual em 1967 quando o Ministério da Saúde tem sua competência restrita à política de saúde. Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), reunindo em um único organismo o INPS, IPASE [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado], SASSE [Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economizáveis], LBA [Legião Brasileira de Assistência], FUNABEM [Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor] e CEME [Central de Medicamentos]. (GONÇALVES, 1983, p. 27-28)

No período da ditadura militar – período de um Estado autoritário e repressivo – houve aumento da medicina previdenciária, podendo aqui destacar a junção da assistência médica da Previdência Social ao Ministério da Saúde. Assim, iniciou-se a saúde como meio de lucro, acabando por privilegiar o produtor do setor privado. Nesse cenário o Serviço Social passa a intervir “colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios” (BRAVO, 2004, p. 2). Ainda durante a ditadura militar, foram unificados os benefícios que eram disponibilizados nos IAPs, o que ocasionou o aumento do número de contribuintes, fazendo com que a previdência não conseguisse atender a todos. Tal situação gerou grande insatisfação e, conseqüentemente, ampliação dos planos privados.

De fato, no Brasil, a ação estatal nas instituições de saúde fez-se sentir sob dois aspectos: por um lado, cuida-se da criação de medidas que se pretendem racionalizadoras e normatizadoras do acesso e do direito aos serviços de saúde; por outro, age o Estado agenciador de serviços para os produtores privados do setor. De igual forma, a relevância da assistência médica no âmbito da Previdência foi-se fazendo acompanhar de duas formas de pressão: uma, interna, por parte de seus técnicos, voltados para a ampliação dos serviços; outra, externa, desencadeada pelos produtores privados, muitas vezes com cargos de direção nas próprias instituições previdenciárias, exigindo crescentes recursos para seus serviços. (GONÇALVES, 1983, p. 28)

Conforme Bravo (1996), em 1974 houve a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que promoveu a ampliação dos hospitais privados

através de empréstimos, gerando um grande aumento da rede privada na saúde. Os recursos do FAS, até o ano de 1977, eram comprometidos com a saúde e previdência, enfatizando que 21% dos recursos eram destinados ao setor público e 79% ao setor privado, reforçando a política de saúde privatista, que, neste período, só garantia acesso à saúde a quem contribuía ou a quem tivesse condições de arcar com os custos. Em 1978, também foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no intuito de mediar os repasses financeiros para essa rede privada. “A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário” (MOTA, 2009, p. 94).

Apesar de todo desenvolvimento e ações realizadas, a saúde brasileira ainda não funcionava corretamente, era mal distribuída, ineficiente e inadequada. Como tentativa de mudança desta realidade, foi criado um movimento, o qual era formado por profissionais da saúde (dentre eles os assistentes sociais), estudantes e inclusive pela sociedade, tendo como proposta a democratização da saúde no Brasil. Trata-se do conhecido Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

## *2.2 As contribuições da Reforma Sanitária e Psiquiátrica para o Serviço Social na saúde mental*

A Reforma Sanitária brasileira iniciou-se na década de 1970, porém, concretizou-se mais precisamente na década de 1980. Como visto anteriormente, este foi um momento de muitas mudanças no país, onde a realidade social era de exclusão da maioria dos cidadãos, já que o acesso à saúde era disponibilizado apenas aos trabalhadores que contribuía com o então Instituto Nacional de Previdência Social, o que quer dizer que aqueles que não contribuía tinham que pagar para ter acesso à saúde ou, como em muitos casos, morriam sem conseguir.

Anos antes do início da Ditadura Militar o Serviço Social passou a questionar internamente sobre o conservadorismo instalado dentro da profissão. Tal discussão

tinha “respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do ‘desenvolvimento’ e de suas repercussões na América Latina” (BRAVO, 2004, p. 5), porém, foi neutralizada com o golpe militar de 1964, atenuando os protagonistas sócio-políticos que estavam comprometidos com o desenvolvimento da profissão em todos seus espaços sócio ocupacionais.

Ainda conforme Bravo e Matos (2004, p. 6),

o Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país.

Um dos acontecimentos que, segundo Bravo (2009), foi um marco do início no processo da Reforma Sanitária e um dos mais importantes na história da saúde, foi a VIII Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em Brasília, Distrito Federal, em março de 1986. Essa Conferência tinha como objetivo garantir o acesso integral à saúde como um direito do cidadão e, para sua realização, contou com a participação de mais de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre técnicos da área da saúde, gestores e entidades representativas da população. Com a realização da Conferência, a discussão em torno da saúde passou a incluir a sociedade, cujo os fundamentos giravam entorno da democratização do acesso, universalização das ações, descentralização e melhoria da qualidade dos serviços, sendo que o Estado deveria atuar em função da sociedade com a adoção de um novo modelo assistencial baseado no princípio da integralidade, da equidade das ações<sup>2</sup> e da participação social, ultrapassando “a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo” (BRAVO, 2009, p.96).

“Reforma Sanitária” é a designação que se dá à plataforma política defendida pelo “Movimento Sanitário Brasileiro”, que representou uma ampla articulação de atores sociais, incluindo membros dos departamentos de medicina preventiva de várias universidades, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos (CEBES), fundado em 1978, movimentos sociais de

---

<sup>2</sup> É interessante mencionar dois marcos institucionais do início da Reforma Sanitária, que conforme Bravo (2011) foram a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), os quais lutavam pela equidade como um dos fundamentos da saúde pública.

luta por melhores condições de saúde, autores e pesquisadores, militantes do movimento pela redemocratização do país nos anos 1970 e 1980 e parlamentares que faziam a crítica às políticas de saúde existentes no Brasil. A “Reforma Sanitária” incluía em sua pauta uma nova organização do sistema de saúde no país – com várias características que o SUS afinal adotou –, em particular uma concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema público de assistência à saúde, gratuito com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros (REIS, [2012], p. 3).

Neste sentido, a Reforma Sanitária Brasileira pode ser caracterizada como um movimento pela democratização e universalização do acesso à saúde, deixando de ter apenas interesses técnicos e lucrativos, que passou a assumir uma dimensão político-social em favor das classes, tendo ainda como uma de suas grandes conquistas o reconhecimento do direito à saúde e a sua vinculação ao conceito de seguridade social (TRABUCO, 2015).

Junto ao pensamento de transformação nas formas de atenção e gestão da saúde trazido pela Reforma Sanitária, iniciou-se também o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual, apesar de surgir a partir da eclosão da Reforma Sanitária, tem história e trajetória próprios.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

O processo de Reforma Psiquiátrica aos poucos ganhou espaço e deu início a um intenso debate em vários cenários, em âmbito familiar, acadêmico, profissional, midiático, ou seja, na população em geral. De acordo com Gonçalves e Sena (2001), a Reforma Psiquiátrica surge para debater as inconveniências de um modelo que se fundamentava em paradigmas da psiquiatria clássica, que tinha os asilos e hospitais psiquiátricos como únicos modos de lidar com a “loucura”.

No Brasil, é a partir de 1978 que se pode considerar o início da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Nesse contexto, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Os participantes desse movimento

iniciaram um forte processo de questionamento referente à forma como a assistência psiquiátrica se dava à época.

De acordo com Vasconcelos (2010, p. 23), o MTSM tinha como objetivos:

denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentrações; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços.

Tendo como inspiração a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria, a qual mostrou a possibilidade de superação da violência asilar a partir da ruptura com antigos paradigmas de tratamentos e exclusão dos considerados “loucos”, o MSTM estabeleceu uma agenda para a saúde mental que introduzia essa estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas (AMARANTE, 1997, p. 163), surgindo, assim, as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência na saúde mental.

Por iniciativa do MSTM passaram a ser organizadas Comissões de Saúde Mental em Núcleos Estaduais do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e em sindicatos do setor da saúde. Na segunda metade da década de 1970 e década de 1980 ocorreram alguns dos principais encontros no que se refere à saúde mental, tais quais o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorrido em 1978 na cidade de Camboriú, a I Conferência de Saúde Mental, ocorrida no ano de 1987 no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do MTSM, ocorrido no mesmo ano em Bauru. Foi neste Congresso que o lema “Por uma sociedade sem manicômios” foi adotado (AMARANTE, 1997).

É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p. 07).

Amarante (1997) destaca dois acontecimentos importantes nessa mesma década: o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, mais

precisamente no ano de 1987 na cidade de São Paulo, e o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico da cidade, a Casa de Saúde Anchieta. Tal intervenção teve repercussão nacional, pois o local onde ocorreu era reconhecido pelos maus-tratos e mortes de pacientes internados. Nesse cenário, foram instituídos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) como “protótipos” à substituição dos manicômios, ou seja, “centros ‘fortes’ isto é, com funcionamento ininterrupto [...], que são responsáveis por todo e qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológico de uma determinada região geo-político-cultural do [...] território” (AMARANTE, 1997, p. 171).

A Reforma Psiquiátrica traz a regulamentação da atenção diária destinada aos internos dos hospitais psiquiátricos, porém, mesmo que considerados importantes acontecimentos no processo da Reforma Psiquiátrica, a expansão dos CAPS e NAPS é descontínua, não havia ainda nenhum tipo de orçamento destinado especificamente à criação e desenvolvimento desse tipo de instituições e diminuição de leitos nos então hospitais psiquiátricos. Em um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (2005, p. 08) se afirma que “ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos”.

No final da década de 1980 é que a Reforma Psiquiátrica inicia seu percurso no campo legislativo e normativo, de modo que no ano de 1989 é dada a entrada no Congresso o “Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005, p. 7), porém somente após doze anos de tramitação no Congresso Nacional e com várias alterações em seu texto original é que a Lei Paulo Salgado (Lei nº 10.216) é sancionada, no ano de 2001.

No que se refere à Reforma Psiquiátrica e suas contribuições no cenário da saúde mental é de relevante necessidade mencionar a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no mesmo ano de aprovação da Lei nº 10.216, pois é a III Conferência que:

consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência,

defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005, p. 10).

Outros dois pontos importantes a serem destacados são a criação de linhas de financiamento destinadas aos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e os mecanismos de gestão para a fiscalização e redução dos leitos ofertados por esses hospitais. A partir de então a atenção diária à saúde mental passou a alcançar “regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente” (BRASIL, 2005, p. 9). Bem como a criação do Programa “De Volta para Casa” trazendo mais visibilidade ao processo de desinstitucionalização e aos novos tipos de serviços que, a partir de então, eram disponibilizados pelos CAPS, NAPS e Hospitais-dia. Essa expansão vivenciada pela rede de atenção à saúde mental protagonizou, no ano de 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, realizado em São Paulo. Evento que reuniu cerca de dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, 2005, p. 09).

Nesse sentido, concorda-se com Amarante (1997, p. 165, grifos do autor) quando este enfatiza que a Reforma Psiquiátrica ultrapassa o campo “tecnocientífico ou organizacional”, ganhando o título de “*processo permanente* de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual”, pois a mesma não se configura tão somente com o objetivo de ganhos materiais, mas sim com “caráter autenticamente democrático e social” (p. 182).

Após essa contextualização, compreendendo a importância da luta e do processo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no tocante ao tratamento e atenção à saúde mental, e entendendo a relação histórica do Serviço Social com a saúde, a seguir discutiremos sobre as novas formas de tratamento aos indivíduos com transtornos mentais, trazendo o CAPS como um dos principais aparelhos articuladores estratégicos na substituição dos hospitais psiquiátricos, pois, “de fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 27), ou seja, traz o pressuposto do tratamento em liberdade com o objetivo de [re]inserção de tais indivíduos no convívio social, tornando-os protagonistas de suas vidas e conquistando autonomia.



### **3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO DIREITO CONQUISTADO E ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL PARA O SERVIÇO SOCIAL**

Como visto anteriormente, o processo de desinstitucionalização foi um grande marco trazido pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com ela veio também a criação de novos tipos de serviços de atenção à saúde mental. Entre todos os dispositivos criados para a substituição dos hospitais psiquiátricos, os CAPS se caracterizam como peça fundamental do novo modelo de atenção, fazendo-se necessária a melhor compreensão do que são, seus objetivos e como funcionam os serviços prestados nesses espaços.

Diante de toda a contextualização já trazida no decorrer deste trabalho, nessa parte, em um segundo momento, nos aproximaremos do objeto de estudo, caracterizando o CAPS Jardim das Oliveiras e iniciando uma discussão sobre a atuação do Serviço Social nesse espaço com a contribuição de alguns dados obtidos por meio da aplicação de questionário e das respostas de duas assistentes sociais que atuavam no CAPS durante a realização do estágio.

A fim de manter a confidencialidade quanto as identidades das profissionais que responderam ao questionário, renomeamos as assistentes sociais estabelecendo a cada uma delas uma letra, A e B.

#### *3.1 As demandas da saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial*

O processo de transformação no modo de ver e de tratar a “loucura” no Brasil foi desencadeado pela Reforma Psiquiátrica e outros movimentos político-sociais nos quais trabalhadores da área da saúde junto a familiares de pessoas com transtornos mentais passaram a lutar e denunciar as crueldades praticadas nos hospitais psiquiátricos (FERNANDES, 2017). Fortemente influenciada pela experiência de desinstitucionalização vivenciada na Itália, a Reforma Psiquiátrica aqui trouxe uma visão inovadora diante ao tratamento que normalmente era dado aos internos de manicômios e hospitais psiquiátricos: os cuidados com a saúde mental realizados em liberdade, sem que saíssem de seu convívio social e sem a necessidade de uma internação compulsória.

Nesse sentido, a atenção à saúde mental aos poucos foi deixando o papel de exclusivista, segregacionista e de forçar as pessoas com qualquer tipo de transtorno mental a assumirem comportamentos para se adaptarem às regras de convívio em sociedade, passando a contribuir com os direitos humanos e sociais de cada indivíduo, pois ao transformar a visão da sociedade diante da “loucura”, tais indivíduos passaram a ser detentores de direitos como todo cidadão (AMARANTE, 1997). É nesse cenário de transformações e lutas que surge a proposta dos Centros de Atenção Psicossocial.

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005, p. 27).

É função dos CAPS a prestação do atendimento clínico, promoção da inserção social dos usuários, regulação da porta de entrada no que lhe compete quanto à saúde mental e prestação de suporte na rede básica de atenção à saúde mental. “É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios” (BRASIL, 2005, p. 27).

O Ministério da Saúde define os CAPS como

pontos de atenção estratégicos da [Rede de Atenção Psicossocial] RAPS: **serviços de saúde de caráter aberto e comunitário** constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são **substitutivos ao modelo asilar**.

Nessa perspectiva, o Caps opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares (BRASIL, 2015, p. 09-10, grifos do autor).

Para oferecer o mais adequado tipo de tratamento a cada público, existem seis tipos de CAPS, cada um com especificidades que se diferenciam de acordo

com o perfil de atendimentos, capacidade e porte da unidade. São eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSad III e CAPSi.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015, p. 17-20), em documento criado para subsidiar planejamentos de projetos de construção, reforma e ampliação dos ambientes dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS são definidos da seguinte maneira:

CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes. [...]

CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. [...]

CAPS III: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes. [...]

CAPSad: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. [...]

CAPSad III: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. [...]

CAPSi: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

É de importante valia enfatizar que todos os CAPS possuem uma quantidade mínima de profissionais para compor sua equipe de atendimento, sendo estes profissionais médicos com formação em saúde mental; enfermeiros; profissionais de nível universitário (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo,

educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão), variando de acordo com o porte, público atendido, funcionamento, dentre outras características de cada CAPS.

Historicamente a interdisciplinaridade na saúde mental não está ligada somente à necessidade de diversos campos de conhecimento para o melhor e efetivo tratamento disponibilizado aos usuários. Especificamente no caso do Serviço Social, o assistente social é inserido por se tratar de um profissional qualificado, constituindo “uma nova forma de encaminhar o sofrimento da loucura”, mas também, e principalmente, porque tem sua atuação “como intermediária das demandas sociais emergentes na área manicomial e como barateador dos custos da assistência em geral” (SILVA, 2016, p. 89). Nesse sentido concorda-se com Bisneto (2009, p. 51) quando coloca que:

A origem da interdisciplinaridade não advém apenas de uma racionalidade científica, do reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde por parte da própria medicina e dos órgãos planejadores da saúde, visando a uma maior eficiência e efetividade dos programas. Há interesses e razões políticas e financeiras também.

O assistente social como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, integra as equipes de saúde. A resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde caracteriza o assistente social, entre outros, como profissional de saúde, devendo ater-se a dispositivos legais e ao Conselho de Classe desta categoria. Nos CAPS o assistente social atua na articulação entre os familiares, comunidade, instituição e os próprios usuários; identificando, por meio de instrumentais específicos da profissão, aspectos sociais e políticos para o desenvolvimento de projetos e execução de atividades de modo a incentivar o protagonismo dos usuários em suas próprias vidas (PEREIRA, 2011). Portanto,

no campo da saúde, uma área multidisciplinar e estratégica por sua própria natureza e que coloca de forma imediata a perspectiva da intervenção, os posicionamentos profissionais do Serviço Social e o seu processo de trabalho precisam ser muito ágeis e concretos. Na verdade, os Assistentes Sociais, assim como os demais profissionais da equipe são cada vez mais demandados a assumir-se como trabalhadores coletivos da saúde. O lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares Martinelli (2002, p. 4-5).

O Serviço Social afirma-se como um tipo de “especialização do trabalho coletivo, ao se constituir em expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada” (IAMAMOTO, 2004, p.88). Assim, Pereira (2011) aponta a reinserção social dos usuários como uma demanda que sempre esteve presente para o Serviço Social no âmbito da saúde mental. Ainda sobre as demandas impostas à atuação do assistente social, Martinelli (2002, p. 5) aponta que sua diversidade é extremamente ampla, tornando-se

imperioso reconhecer que o Serviço Social contemporâneo transita pelos meandros do público, do privado e do íntimo. As questões que nos são trazidas para enfrentamento estão relacionadas ao campo da intimidade, dos desejos, dos sentimentos, dos valores, com profundas implicações macrossociais.

Compreendendo melhor os CAPS, sua estrutura, e o Serviço Social nesses espaços sócio ocupacionais, a seguir adentraremos um pouco mais no objeto de estudo, conhecendo o CAPS Jardim das Oliveiras e como se dá a atuação profissional do Serviço Social neste local.

### *3.2 O Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial Jardim das Oliveiras: apresentação e análise da pesquisa*

O CAPS Jardim das Oliveiras, local onde foi realizado o estágio e onde se encontra o objeto deste estudo, foi fundado em 2011, no município de Senador Canedo. O mesmo é caracterizado como CAPS II, ofertando serviços a usuários com transtornos mentais, dos mais leves aos mais severos, além de prestar atendimento a usuários de substâncias psicoativas. Os atendimentos são realizados por equipe multiprofissional composta por: 01 psicólogo, 01 psiquiatra, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 02 assistentes sociais, 01 terapeuta ocupacional, 02 técnicos administrativos, e 02 recepcionistas. Algumas das diversas atividades terapêuticas desenvolvidas com os usuários e seus familiares são: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias (DIÁRIO DE CAMPO, 02 out. 2018).

As duas assistentes sociais que atuam no CAPS Jardim das Oliveiras trabalham em turnos alternados, sendo uma no período matutino e a outra no período vespertino.

Com o intuito de compreender como é realizado o trabalho das assistentes sociais na instituição, foi aplicado um questionário com ambas assistentes sociais trabalhadoras do CAPS, o que forneceu elementos para problematizar as condições de atuação profissional e refletir sobre as ações desenvolvidas no processo de trabalho em equipe. Procurou-se compreender o objeto de estudo a partir das determinações que constituem o trabalho cotidiano com os usuários com transtorno mental. A data escolhida para a realização da entrevista foi o dia 13 de junho de 2018, pois as duas assistentes sociais estavam presentes no CAPS, no período matutino. Na oportunidade, foi-lhes entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura. Registra-se que não houve nenhum entrave e a entrevista foi realizada com sucesso.

Os serviços de atenção à saúde mental, atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses e neuroses graves, buscando amenizar e tratar as crises para que estas pessoas possam recuperar sua autonomia e se reinserir nas atividades cotidianas. Por possibilitar que seus usuários voltem para casa todos os dias, os CAPS evitam a quebra nos laços familiares e sociais – fator muito comum em internações de longa duração – e tem o compromisso de retirar a loucura do enclausuramento e do isolamento em que vive há tantos anos (PEREIRA, 2011).

O Serviço Social nesse espaço sócio ocupacional teve maior possibilidade de atuação do que nos antigos modelos de tratamento psiquiátrico, conforme colocado por Bisneto (2009, p. 61) com o Movimento da Reforma psiquiátrica

o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico.

Conforme antecipado, no CAPS é realizado um trabalho multiprofissional, onde cada profissional contribui com aspectos específicos de suas áreas de

formação, dentre os quais os assistentes sociais realizam ações junto aos usuários dos serviços, a partir de um olhar específico do profissional de Serviço Social no que concerne à interpretação das mazelas sociais, pois “para apreender o significado social da prática profissional supõe inseri-la no conjunto das condições e relações sociais que lhe atribuem um sentido histórico e nas quais se torna possível e necessária” (IAMAMOTO, 2004, p.88).

Assim, ao analisar o trabalho do assistente social é de fundamental importância considerar “[...] a questão social como base de fundação sócio-histórica do Serviço Social e a *prática profissional* como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho” (IAMAMOTO, 2004, p.57, grifo do autor). Nesse sentido, os CAPS se caracterizam como um espaço sócio-ocupacional, nos quais vários profissionais têm sua atuação necessária, “dentre os quais, o profissional de Serviço Social, que passa a atuar no sentido de minimizar as expressões da questão social. A profissão do assistente social se legitima, em princípio, vinculada ao surgimento e à expansão das políticas sociais e estatais” (SILVA, 2016, p. 87-88).

No cotidiano vivido em campo de estágio foi possível identificar a escassez de recursos físicos como uma das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais do CAPS, como registrou-se em diário de campo:

Para hoje estava programada uma visita domiciliar a alguns usuários que pararam de comparecer ao CAPS, mas não foi possível a realização das visitas devido ao fato de que não havia carro disponível no CAPS. Durante minha permanência aqui no CAPS, já foi possível perceber que há falta de material para trabalho, tais como materiais didáticos para a realização de oficinas e palestras, falta espaço para a realização de reuniões e, como explicitado anteriormente, há falta de veículos para a realização de visitas domiciliares, tanto para busca ativa quanto para acompanhamento dos usuários, isso dificulta muito a execução do trabalho a ser realizado, tanto para o assistente social, quanto para os demais profissionais (DIÁRIO DE CAMPO, 05 dez. 2018).

Na instituição é atendido o público de todas as faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Portanto, a maior dificuldade que o Serviço Social enfrenta para a concretização do processo de trabalho no CAPS Jardim das Oliveiras se constitui na escassez de recursos físicos, como computadores.

Observa-se, por meio da realização da pesquisa de campo, a ausência de interdisciplinaridade entre as equipes, que muitas vezes atuam através de ações paliativas de cunho individual, a dificuldade de transporte privativo da instituição para realização de atividades fora do órgão e a limitação da integração da família no processo terapêutico do usuário, como pode se observar no seguinte relato de uma das assistentes sociais respondendo sobre quais as dificuldades, mais recorrentes, encontradas em seu dia a dia de trabalho:

aqui no CAPS o serviço a ser realizado é muito delicado por se tratar de pessoas com transtornos mentais. Durante as atividades, boa parte das vezes, muitos dos usuários e familiares têm certa resistência em realizar o que foi orientado, ou até mesmo em compreender as informações que estão sendo repassadas, portanto, o planejamento das atividades, bem como sua realização, devem ser muito bem elaborados e articulados entre todos os profissionais atuantes no CAPS, porém não é o que vivenciamos aqui, uma das maiores dificuldades que eu vejo é essa questão, em cada profissional querer concentrar sua atuação de forma concentrada apenas em sua área, deixando de lado as várias possibilidades de quando se trabalha de forma articulada (assistente social A).

Nesse sentido, é de extrema importância que haja troca de experiências proporcionada pelo trabalho realizado de forma interdisciplinar, a fim de “tecer diálogos que possam proporcionar diferentes formas de enxergar e abordar uma realidade de trabalho”. Portanto pode-se considerar a Interdisciplinaridade “como um conceito de análise porque trata de como o assistente social utiliza ou incorpora esse conhecimento à sua prática profissional, e como acontece a relação e encontro com outros sujeitos profissionais” (JORGE, 2017, p. 176).

De acordo com Pereira (2011), dentre as ações específicas dos assistentes sociais desenvolvidas nos CAPS, a articulação com a rede de serviços é tida como um ponto central no cotidiano desses profissionais, pois esta ação é responsável pela resolutividade de outras demandas específicas, por exemplo: a viabilização de documentos civis, de benefícios assistenciais e previdenciários, de abrigo, de moradia e de ações dentro do território. A propósito, Faleiros (2010, p.25) explica que:

a rede é uma articulação de atores em torno, vamos nos expressar assim, de uma questão disputada, de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética. Trabalhar em rede é muito mais difícil do que empreender a mudança de comportamento, bastando para isto um bom marketing, ou realizar a intervenção no meio, ou estimular o eu, e mesmo reiniciar serviços. É a superação do voluntarismo e



do determinismo, da impotência diante da estrutura e da onipotência da crença de tudo poder mudar. Na intervenção de redes, o profissional não se vê nem impotente nem onipotente, mas como um sujeito inserido nas relações sociais para fortalecer, a partir das questões históricas do sujeito para ampliação de seu poder, saber, e de seus capitais.

O trabalho junto à rede de serviços é articulado com as intervenções na família dos usuários dos CAPS, tanto em casos de pessoas que vivem sob o mesmo teto ou no resgate dos vínculos familiares. A rede de serviços é composta por instituições públicas e da sociedade, que articuladas disponibilizam atendimentos, benefícios, serviços, programas e projetos com vistas a garantia de direitos sociais.

A visita domiciliar, para esse contexto, é um instrumento importante, por vezes requisitado ao profissional, prioritariamente, de forma eletiva, ou seja, quando é verificado que o usuário por algum motivo está sem condições de circular no território, não frequentando mais o CAPS, tendo a necessidade da busca ativa para a emissão de parecer social, como exemplifica a situação abaixo citada:

Hoje foi realizada visita domiciliar a um usuário que, há cerca de um mês não retornava mais ao CAPS. Procurando compreender tal situação acompanhei a assistente social até a casa deste usuário. [...] *in loco*, ao questionar sobre a constante falta de comparecimento ao CAPS, a família nos apresentou, dentre vários motivos, a dificuldade em depender do transporte público. [...] conhecendo a realidade vivida pela família, por meio dos acompanhamentos durante as atividades realizadas no CAPS, bem como dados coletados durante a visita, percebemos que a família está “fragilizada” em diversos âmbitos, seja tendo de enfrentar preconceitos no que se refere aos distúrbios mentais; seja quanto a grande dificuldade financeira, já que a família possui como única renda: o BPC [Benefício de Prestação Continuada] recebido pelo usuário em questão; também por questões habitacionais, pois a família não tem casa própria, ou seja, mesmo que a família tenha nos apresentado como motivo principal a utilização do transporte público como meio de se locomoverem, existem diversos fatores que contribuem para a não frequência do usuário no CAPS (DIÁRIO DE CAMPO, 30. Nov. 2018)

Evidentemente, a realização da visita domiciliar exige condições para a sua realização, bem como é de extrema importância como instrumento para o fazer profissional do assistente social.

No tocante às necessidades apresentadas pelos usuários, no questionário aplicado foi perguntado se as assistentes sociais acreditavam que os programas propostos pelo CAPS atendiam de forma efetiva a essas demandas. As respostas demonstraram que estes programas propostos pelo CAPS atendem parcialmente

essas necessidades, tendo em vista a falta de estrutura para a efetivação do trabalho.

Há muitas dificuldades e limitações institucionais e materiais. No trabalho em equipe é demandada a interpretação da questão social do usuário para poder traçar linhas de intervenção possíveis para se alcançar o objetivo de seu projeto de tratamento, portanto digo que em partes (assistente social A).

Procuramos proporcionar aos usuários e seus familiares a reflexão sobre autonomia e protagonismo, reinserção na sociedade, e consolidação de direitos, orientação para benefícios, benefícios assistenciais no caso do BPC e benefícios previdenciários, e todo mundo que demanda isso para gente recebe retorno e há uma aceitação das informações, mesmo com as dificuldades enfrentadas com a falta de estrutura para a execução efetiva do serviço prestado (assistente social B).

Conforme pode ser observado nos relatos acima, as demandas postas ao Serviço Social nos CAPS são diversificadas, estendendo-se desde uma escuta, uma orientação sobre benefícios ou encaminhamento para um serviço de saúde, o que coloca a importância do trabalho de articulação com a rede de serviços, além do estudo da situação dos usuários para a elaboração do plano terapêutico singular. Porém, os assistentes sociais fizeram destaques às dificuldades de limitações institucionais e materiais que encontram para responder a tais demandas. Ou seja, a defesa da garantia de direitos à saúde dos usuários dos CAPS vem sendo efetuada por esses profissionais, mas a concentricidade de tais direitos é imbricada às mediações inerentes à realidade dos CAPS.

Alguns dos principais aspectos das condições de trabalho dos assistentes sociais no CAPS, quanto à estrutura física, são que os espaços funcionam em sistema de rodízio para os atendimentos dos profissionais, além da falta de recursos materiais socioeducativos, conforme pode ser verificado com o relato a seguir:

Falta de tudo, suprimento material para execução de determinadas ações, tais como: computadores, materiais socioeducativos. Há precariedade do espaço físico e quanto aos Recursos Humanos [RH], não tem profissional suficiente, falta melhorar qualitativamente o quadro de RH (assistente social A).

Ou seja, há precariedade do espaço físico. Quanto aos recursos humanos e financeiros faltam suprimentos materiais para a realização das atividades propostas.

Em outro relato, uma das assistentes sociais relaciona o fato das instalações físicas dos CAPS não serem adequadas aos trabalhos desenvolvidos pelo

assistente social com a má gestão dos serviços públicos: “Equipe reduzida, abandono do poder público, não disponibilizando recursos necessários para qualidade de atendimento aos usuários” (assistente social B). De acordo com tal relato, o descaso do poder público ocasiona a precarização do atendimento aos usuários da saúde mental, pois a falta de recursos influencia diretamente no desenvolvimento das atividades propostas, além da redução da equipe de profissionais que atuam nessa área.

Conforme foi relatado na entrevista, dentre as principais dificuldades que assistentes sociais encontram no trabalho que realizam nos CAPS Jardim das Oliveiras foi destacado: preconceito da sociedade como um todo, ainda atrelado à antiga visão da loucura, de que o portador de transtorno mental não tem direito ao pleno exercício de sua cidadania além das diversas expressões da questão social que dificultam a continuidade do tratamento da saúde mental dos usuários. Os depoimentos dos profissionais pesquisados são elucidativos neste sentido:

As mais diversas [dificuldades], dentre as quais, o preconceito, a ignorância e a intolerância, tanto dentro da própria família quanto da sociedade como um todo, que vê o louco como o que não tem razão nem direitos. Sem contar com o descaso do poder público com o público- alvo da saúde mental (assistente social A).

Trabalhar a Co-responsabilização da família, que existe entre eles o preconceito com os usuários com transtorno mental, é bem difícil, desmistificação da doença, são dificuldades recorrentes encontradas no meu dia a dia de trabalho (assistente social B).

Diante do exposto, entende-se que combater o preconceito ao portador de sofrimento psíquico nos espaços socio-ocupacionais se constitui uma das atribuições profissionais do assistente social, sobretudo diante da situação econômica recessiva e regressiva dos direitos sociais, que interferem no tratamento dos usuários, à medida que faltam a estes e aos seus familiares as condições mínimas para a continuação do tratamento. A exemplo, destaca-se a dificuldade financeira para custear o transporte coletivo. Estas situações que dificultam o trabalho dos assistentes sociais nos CAPS e, conseqüentemente, na recuperação da saúde mental dos usuários, expressam de um lado, as contradições postas na organização institucional, devido a falta de articulação entre os diversos profissionais do CAPS, conforme anteriormente apresentado e, de outro, as contradições sociais do capitalismo contemporâneo que determinam as condições materiais de vida dos

usuários dos CAPS, exigindo a intervenção profissional em outras expressões da questão social que extrapolam a situação de sofrimento mental. (DIÁRIO DE CAMPO, 20 set. 2018).

Neste sentido é que explica o fato de que a articulação dos serviços dos CAPS com a rede de serviços de saúde, a orientação sobre os benefícios sociais etc., sejam uma das contribuições do trabalho dos assistentes sociais para a saúde mental dos usuários.

Sendo assim, torna-se fundamental o conhecimento acerca das expressões da questão social, visto que as mesmas interferem no tratamento da saúde mental dos usuários dos CAPS, dada a complexidade do entendimento acerca da categoria “saúde mental”, já que esta ultrapassa o campo estritamente biológico de saúde, pois saúde mental depende das condições objetivas (moradia, trabalho, alimentação, educação, cultura, renda etc.) e subjetivas (vínculos afetivos e familiares etc.) de vida em sociedade.

Assim, reafirma-se, de acordo com Amarante (1997), que a Saúde Mental se apresenta como um dos poucos campos de conhecimento e atuação tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais, com tanta transversalidade de saberes.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou mostrar que o Serviço Social na área de saúde mental é de grande relevância institucional, pois mediante o trabalho do assistente social, é realizado um estudo de realidade social do usuário, o qual viabiliza todo o seu traçado histórico, ou seja, procura-se resgatar a sua história, bem como seus projetos e interações. Após, busca-se intervir na rede social do usuário como forma de reinseri-lo em seu contexto sócio familiar, por meio da desmistificação da doença no meio social.

Com a pesquisa, compreende-se o que é o CAPS e sua importância para os usuários, familiares e atendimento a suas necessidades, conhecendo o que é realizado pelos assistentes sociais, justificando a presença do Serviço Social dentro destas instituições.

Considerado a discussão realizada no decorrer deste estudo, bem como a sistematização dos dados coletados com as entrevistas aplicadas, foi possível entender que o trabalho do assistente social na Saúde Mental, especificamente nos CAPS, tem como base as condições históricas e materiais de vida dos usuários que podem desencadear o sofrimento mental, que são determinadas pelas contradições sociais decorrentes das relações entre as classes sociais, em detrimento das práticas manicomiais.

Considerando a importância do envolvimento de diferentes atores sociais do Estado e da sociedade civil, na viabilização dos meios necessários para que se possa ser garantido o direito dos usuários atendidos no CAPS, a relação dos assistentes sociais pesquisados com os usuários dos CAPS é fundamentada nas orientações contidas nos instrumentos normativos exclusivos da categoria, tais como: Código de Ética do Assistente Social e a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/1993, assim como por outras legislações fundamentais para respaldar o trabalho dos assistentes sociais, na perspectiva de garantir as respostas das demandas dos usuários.

Ainda que o trabalho nos CAPS se realize em equipe, com a pesquisa ficaram claras as especificidades do Serviço Social, conforme foi demonstrado nos depoimentos dos profissionais/sujeitos da pesquisa que apontam como ações específicas dos assistentes sociais nos CAPS: a articulação com a rede de serviços

como um ponto central no cotidiano profissional desses profissionais, pois esta ação é responsável pela resolutividade de outras demandas.

Com esta pesquisa foi possível evidenciar que mesmo compartilhando processos de trabalho com outros profissionais, apropriando-se, portanto, de outros saberes, o assistente social possui uma particularidade na observação, na análise dos processos sociais e competência técnica distinta para o encaminhamento das demandas, porém, é preciso ter-se claro que veicular os direitos aos usuários da saúde mental não é tarefa exclusiva dos assistentes sociais, mas sim de um conjunto de profissionais especializados; da família e do Estado. Portanto, a tarefa de construir processos de trabalho integrais, onde a intersetorialidade permite compreender a realidade, seus desafios e possibilidades no conjunto dos trabalhadores e usuários faz com que seja necessário o entendimento dos campos profissionais específicos, bem como o conjunto deles pode contribuir para a melhoria do atendimento de suas demandas.

Trabalhar com usuários de Saúde Mental é saber trabalhar dentro das limitações de cada um e através do processo de trabalho do Assistente Social, ir criando métodos de reinserção social pela autonomia que os usuários vão criando no desenvolvimento de seu tratamento.

Portanto, a partir da discussão realizada, pode se constatar que o Serviço Social no CAPS realiza um trabalho indispensável, pois é capaz de decifrar a realidade na perspectiva da efetivação dos direitos, mesmo que ainda tenha muito o que conquistar e enfrentar diante da falta de estrutura física e de acesso aos instrumentais necessários para uma efetiva intervenção o que confirma a hipótese inicialmente apresentada.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. *In*: FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- BISNETO, José Augusto. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: 2001.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 29 set. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 10 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf). Acesso em: 10 nov. 2020.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: TEIXEIRA, Marlene (org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.

**Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2004. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FARIA, Jessica Goulart. **Diário de Campo de Estágio Supervisionado I II e III**. Goiânia, 2017/2, 2018/1 e 2018/2.

FERNANDES, Juliana Cristina. **A prática social na saúde mental**. São Paulo: PUC, 2017. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/20630/2/Juliana%20Cristina%20Fernandes.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

GONÇALVES, Lúcia Maria S. Rodrigues. **Saúde mental e trabalho social**. São Paulo: Cortez, 1983.

GONÇALVES, Alda Martins; DE SENA, Roseni Rosângela. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, vol. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2004.

JORGE, Ediane Moura; PONTES, Reinaldo Nobre. A Interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões. **Textos & Contextos**. Porto Alegre: v. 16, n. 1, p. 175 - 187, jan./jul. 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/26444/15750>. Acesso em: 12 dez. 2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social em Hospital- Escola:** um espaço diferenciado de ação profissional. São Paulo: 2002. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?view=43689>. Acesso em: 10 out. 2020.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. *In*: TEIXEIRA, Marlene (org). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Jaira Alana Claro. **O Serviço Social na Saúde Mental:** um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da Reforma Psiquiátrica. João Pessoa: UFPB, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/11217/1/Arquivototal.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

PINHEIRO, Ellana Barros. Serviço Social e Saúde: aspectos da intervenção profissional. *In*: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2015, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015. Disponível



em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/servico-social-e-saude-aspectos-da-intervencao-profissional-.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020

REIS, Denizi Oliveira; DE ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde**. São Paulo: UNIFESP, [2012]. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade04/unidade04.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf). Acesso em 26 set. 2020.

SANTOS, Joseane Soares. **Neoconservadorismo Pós-Moderno e Serviço Social Brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Carolina Flexa da; GOMES, Vera Lúcia Batista. O trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial – CAPS do município de Belém/PA: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários. **Serviço Social e Sociedade**. Londrina, v. 19, n.1, p 84-108, jul/dez. 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/27447/20347>. Acesso em: 11 dez. 2020.

TRABUCO, Karem Emannuely de Oliveira; SANTOS, Diajne da Silva. Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. *In*: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2015, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org) *et al.* **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

## APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO APLICADO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Sou estudante do curso de Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica de Goiás PUC-GO. Estou realizando uma pesquisa sob **“O trabalho do Assistente social no CAPS (centro de atenção psicossocial) Jardim das Oliveiras”**.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora **Jessica Goulart Faria** no telefone (62)99181-2422, ou através do e-mail [jessiquinha\\_gf@hotmail.com](mailto:jessiquinha_gf@hotmail.com). Este estudo tem como objetivo identificar o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde mental. Sua participação envolve em aplicar um questionário que tem a intenção de colher dados para contribuir e se possível responder o objetivo desta pesquisa.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

A confidencialidade dos dados coletados durante este estudo, será protegida de acordo com a Resolução 466/2012. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins da pesquisa.

Eu \_\_\_\_\_ declaro ter lido e sido informado sobre o teor desse documento e que me disponibilizo em participar da pesquisa ora apresentada.

---

Assinatura do Entrevistado

---

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE B – MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS ASSISTENTES  
SOCIAIS DO CAPS JARDIM DAS OLIVEIRAS**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
UNIDADE ACADÊMICO-ADMINISTRATIVA DE SERVIÇO SOCIAL**

**Objeto da pesquisa:** O trabalho do Assistente social no Centro de Atenção  
Psicossocial (Caps) Jardim das Oliveiras

**Pesquisadora:** Jéssica Goulart Faria

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ASSISTENTE SOCIAL**

Este questionário de entrevista foi elaborado pela acadêmica e pesquisadora: Jessica Goulart Faria com a finalidade “O Trabalho do Assistente Social no centro de atenção psicossocial – CAPS Jardins das Oliveiras no município de Senador Canedo”. As questões elencadas irão guiar a pesquisadora em identificar quais são os desafios e limitações do trabalho com a saúde mental. Tendo como tema: Trabalho do Assistente Social.

Identificação

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

Formação: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

1 – Qual a atividade que desenvolve?

---

---

---

---

2 – Acha que os Programas propostos pelo CAPS atendem às necessidades apresentadas pelos usuários? Discorra.

---

---

---

---

3 – O CAPS dispõe de todos recursos necessários para um atendimento de qualidade aos usuários?

---

---

---

---

4 – Quais as dificuldades, mais recorrentes, encontradas em seu dia a dia de trabalho?

---

---

---

---

## ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DE PRODUÇÃO ACADÊMICA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO  
INSTITUCIONAL  
Av. Universitária, 1069 | Setor Universitário  
Caixa Postal 86 | CEP 74605-010  
Goiânia | Goiás | Brasil  
Fone: (62) 3946.3081 ou 3089 | Fax: (62) 3946.3080  
www.pucgoias.edu.br | prodin@pucgoias.edu.br

### RESOLUÇÃO n° 038/2020 – CEPE

#### ANEXO I

#### APÊNDICE ao TCC

#### Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Jéssica Goulart Faria do Curso de Serviço Social matrícula 2015200070036-1, telefone:(62)9930888-66,e-mail:jessiquinha\_gf@hotmail.com, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS JARDIM DAS OLIVEIRAS: conjuntura e desafios profissionais**, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 15 de Dezembro de 2020.

Jéssica Goulart Faria  
Autora

Danielli da Silva Borges Reis  
Professora-Orientadora