



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**CAROLINA FLEXA DA SILVA**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL – CAPS's DO MUNICÍPIO DE BELÉM/PA: contribuições  
para o tratamento da saúde mental dos usuários**

**BELÉM-PA  
AGOSTO-2015**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**CAROLINA FLEXA DA SILVA**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL – CAPS's DO MUNICÍPIO DE BELÉM/PA: contribuições  
para o tratamento da saúde mental dos usuários**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Serviço Social/Programa de Pós-graduação de Serviço Social/PPGSS-UFPA, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Batista Gomes.

BELÉM-PA  
AGOSTO-2015

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

---

- S586t Silva, Carolina Flexa da  
O trabalho do Assistente Social nos centros de atenção psicossocial – CAPS's do município de Belém/PA: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários / Carolina Flexa da Silva; orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra.Vera Lúcia Batista Gomes - 2015.  
142 f.  
Inclui apêndices e anexos.
- Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Belém, 2015.
1. Serviço Social - Prática. 2. Saúde Mental - Pará. 3. Serviço Social Psiquiátrico. 4. CAPS's. I. Gomes, Vera Lúcia Batista, orient. II. Título.

CAROLINA FLEXA DA SILVA

**O trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS's do município de Belém/PA: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Serviço Social/PPGSS-UFPA, como parte dos requisitos obrigatórios do Curso de Mestrado em Serviço Social, para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Drª Vera Lúcia Batista Gomes  
Orientadora – PPGSS/UFPA

Profº Drº Reinaldo Nobre Pontes  
PPGSS/UFPA

Profº Drº Pedro Paulo Freire Piani  
PPGP/UFPA

*Para minha filha*

## AGRADECIMENTOS

Reconheço está vitória primeiramente a Deus. Pois o Senhor manifesta seu amor, a nós, seus filhos através das batalhas travadas e vencidas.

Volto meus agradecimentos, com profundo amor, aos meus pais Carlos Fernando e Maria Elizabeth. Eles me deram a vida e me acompanham nesta jornada contribuindo com o melhor deles, para que eu seja uma pessoa íntegra e deixando como maior herança para mim, minha educação, como por muitas vezes eles repetiram.

A minha irmã Luciana agradeço pelo amor e cuidado.

Ao meu namorado Luciano sou grata por ele compartilhar a vida ao meu lado, demonstrando todo seu amor e dedicação.

Ao corpo docente do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará agradeço pelo significativo conhecimento compartilhado e pela enorme compreensão em certas situações.

Fico grata pela amizade de todos da Turma de Mestrado do ano de 2013 do PPGSS/UFPA esses anos de convivência serão inesquecíveis.

Para conclusão do curso de mestrado e realização deste trabalho pude contar com o compromisso, paciência e conhecimento da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Gomes. Obrigada professora pelas orientações e pela confiança.

À banca examinadora, Prof. Dr. Reinaldo Pontes e Prof. Dr. Pedro Paulo Piani, agradeço a gentileza de participar de todos os momentos importantes de avaliação nesse processo, obrigada pelas imensas contribuições teóricas.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente participaram da pesquisa, trabalhadores e usuários da saúde mental e aos demais servidores das instituições envolvidas, sem dúvida alguma sempre encontraremos pessoas dispostas a ajudar.

## RESUMO

A presente dissertação trata da análise do trabalho profissional do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS's do município de Belém/PA e a contribuição desse profissional para o tratamento da saúde mental dos usuários. O problema de pesquisa sintetiza-se da seguinte interrogação: Quais são as contribuições do trabalho profissional do assistente social desenvolvido nos referidos CAPS's para o tratamento da saúde mental dos usuários? As respostas ao problema foram buscadas por meio de uma pesquisa de campo realizada em 03 (três) CAPS's, sendo 02 (dois) vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA e 01 (um) a Secretaria de Estado de Saúde Pública, os sujeitos da pesquisa foram: 03 (três) profissionais do Serviço Social, 02 (dois) usuários dos serviços e 03 (três) profissionais integrantes da equipe de saúde da qual participam os assistentes sociais. Como procedimento metodológico foi efetuado uma abordagem qualitativa à luz da teoria social marxista. Teve como instrumento de coleta de dados a entrevista do tipo semiestruturada que constou de um roteiro pré-elaborado direcionado para os diferentes sujeitos da pesquisa. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, com foco nos núcleos de sentido e frequência dos temas presente nas comunicações dos sujeitos, sintetizadas nas categorias temáticas explicativas da realidade. Os resultados deste estudo evidenciam o avanço na saúde brasileira, pois o Brasil é um dos poucos países que possui um sistema de saúde de caráter universal, ou seja, estendido a toda população de forma gratuita e financiado pelo fundo público. A política de saúde brasileira segue resistindo as manobras idealizadas pelo grande capital e operadas pelo Estado de cunho neoliberal. Mesmo com a ofensiva neoliberal ao trabalho, houve a consolidação do mercado de trabalho do assistente social, na área da saúde mental decorrente da necessidade desse profissional nos serviços substitutivos. Quanto ao trabalho do assistente social especificamente, os resultados da pesquisa revelam o compromisso do referido profissional com os usuários dos serviços garantindo respostas as demandas trazidas pelos usuários e identificadas pelo profissional. Conclui-se também que a articulação com a rede de serviços é pontual no cotidiano profissional dos assistentes sociais, pois esta ação é responsável pela resolutividade de diversas demandas, para além do tratamento em saúde mental, influenciando diretamente na melhora da qualidade de vida dos usuários. Entende-se que o trabalho do assistente social no campo da saúde mental é uma prática que envolve diversas atividades e saberes com outros profissionais. Ainda assim, os outros profissionais da equipe de saúde dos CAPS's reconhecem as particularidades do trabalho do assistente social e as ações que contribuem para o tratamento em saúde mental dos usuários realizadas especificamente por esse profissional. Na concepção dos usuários dos CAPS's o tratamento em saúde mental tem sido garantido, mas denunciam as dificuldades vivenciadas na Política de Saúde Mental e demais políticas públicas envolvidas neste processo.

**Palavras-chave:** Trabalho. Trabalho profissional do assistente social. Estado. Política de Saúde Mental.

## ABSTRACT

This dissertation deals with the analysis of professional work of the social worker in Care Centers Psicossocial- CAPS's the city of Belém / PA and the contribution these professionals for the treatment of mental health of users. The research problem is summarized as follows question: What are the contributions of professional work of the social worker developed in these CAPS's for the treatment of mental health of users? Responses to the problem were sought through a field research conducted in three (03) CAPS's, 02 (two) linked to the Municipal Health Secretariat of Belém / PA and one (01) the Secretary of State for Public Health, the Subjects were: three (03) Professional Social Work, 02 (two) users of services and 03 (three) professional members of the health team that includes social workers. As methodological procedure was performed a qualitative approach in the light of Marxist social theory. It had as a data collection instrument to interview semi-structured type that consisted of a pre-prepared script directed to the different research subjects. The data collected were subjected to content analysis, focusing on units of meaning and frequency of this communication issues in the subject, summarized in the explanatory themes of reality. The results of this study show the progress in the Brazilian health because Brazil is one of the few countries that has a universal health system, that is, extended to the entire population free of charge and funded by public funds. The Brazilian health policy continues to resist the maneuvers devised by big business and operated by the State of neoliberal. Even with the neoliberal offensive to work, there was the consolidation of the work of the social worker market in the area of mental health due to the need of a trader in substitutive services. As for the work of the social worker specifically, the survey results reveal that professional commitment to service users ensuring answers the demands brought by users and identified by the professional. It also concludes that the connection with the network services is timely in the daily work of social workers, as this action is responsible for the resoluteness of various demands, in addition to mental health treatment, influencing directly in improving the quality of life of users . It is understood the work of the social worker in the field of mental health, as a practice involving the activities and knowledge with other professionals, as well as appropriating other knowledge. Still, other professionals of CAPS's health team recognize the particularities of the professional work of the social worker and actions that contribute to mental health treatment of users made specifically for that professional. In the conception of users of CAPS's treatment in mental health has been secured, but denounce the difficulties experienced in mental health policy and other public policies involved in this context.

**Keywords:** Work. Professional work of the social worker. State. Mental Health Policy



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

- Quadro 1: Identificação do perfil dos assistentes sociais pesquisados, segundo a instituição formadora, o ano de formação, titulação, tempo de trabalho nos CAPS, etc.....76
- Quadro2: Identificação dos autores da área do Serviço Social e da área da Saúde Mental que se constituem referência para o trabalho profissional dos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará.....98
- Quadro 3: serviços e instituições da rede de atendimento.....119

### FIGURAS

- Figura 1: Identificação dos Instrumentos Normativos que embasam o trabalho profissional dos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará.....80
- Figura 2: Características dos CAPS–Belém, segundo o paradigma de operacionalização da Política de Saúde Mental e objetivos.....83
- Figura 3: A instituição do serviço social nos CAPS de Belém-Pará.....84
- Figura 4: Identificação das ações específicas desenvolvidas pelos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará.....85
- Figura 5: Identificação dos principais aspectos das condições de trabalho dos assistentes sociais nos CAPS- Belém.....90
- Figura 6: Processo de Trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPS- Belém/Pará.....94
- Figura 7: Esboço das dimensões da prática profissional do Serviço Social utilizados no processo de trabalho dos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará.....96
- Figura 8: Contribuições do trabalho profissional dos assistentes sociais para o tratamento da saúde mental dos usuários dos CAPS-Belém/Pará.....104
- Figura 9: Identificação das principais dificuldades e desafios que os assistentes sociais encontram no trabalho realizado nos CAPS – Belém/Para.....107
- Figura 10: Identificação do Trabalho da Equipe Interdisciplinar nos CAPS- Belém-Pará..... 110
- Figura 11: Identificação da particularidade do trabalho do assistente social, segundo a opinião dos profissionais que integram a equipe de saúde mental dos CAPS..... 111

Figura 12: Identificação das contribuições do trabalho do assistente social para a saúde mental dos usuários dos CAPS – Belém, segundo a opinião dos profissionais da equipe de saúde.....	113
Figura 13: Identificação dos motivos que levaram os pesquisados a demandarem o aprimoramento do trabalho da equipe de saúde mental nos CAPS – Belém.....	115
Figura 14: Apresentação dos motivos que levaram os usuários a ingressarem nos serviços dos CAPS.....	118
Figura 15: Aspectos do serviço prestado aos usuários.....	120

## LISTA DE SIGLAS

BPC- BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
BNDES- BANCO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
CAD's- CENTROS DE ATENÇÃO DIÁRIA  
CF- CONSTITUIÇÃO FEDERAL  
CAPS- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
CAPS's – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
CAPSi- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL  
CAPS AD- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS  
CERSAM's- CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL  
CFESS- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL  
CNSM- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL  
CRESS- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL  
DRU- DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS DA UNIÃO  
ECA- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE  
GOVERNO JK- GOVERNO JUSCELINO KUBITSCHEK  
LOAS- LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL  
HC- HOSPITAL DE CLÍNICAS  
HD's- HOSPITAIS DIA  
INAMPS-INSITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSS- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
INPS- INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL  
MLA- MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL  
MTSM- MOVIMENTOS DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL  
MG- MINAS GERAIS  
NAPS- NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
ONG's- ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS  
PT- PARTIDO DOS TRABALHADORES  
TCC- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
SUDS- SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE  
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>TRABALHO, SERVIÇO SOCIAL, ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL</b>	<b>32</b>
3.1	OS FUNDAMENTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO PROFISSIONAL	37
3.2	O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	46
<b>4</b>	<b>A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: elementos para a sua compreensão</b>	<b>55</b>
4.1	A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ	67
4.2	O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL	71
<b>5</b>	<b>O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS DO MUNICÍPIO DE BELÉM</b>	<b>75</b>
5.1	CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS PARA A SAÚDE DOS USUÁRIOS DOS CAPS	88
5.2	A PARTICULARIDADE DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DOS CAPS'S - BELÉM/PARÁ	109
5.3	AS PRINCIPAIS DEMANDAS DOS USUÁRIOS DOS CAPS - BELÉM/PARÁ E OS MOTIVOS DA PROCURA DO SERVIÇO	116
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>123</b>
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

## 1 INTRODUÇÃO

Em busca da apreensão do movimento real do objeto de estudo deste trabalho, fez-se um esforço em articular o material empírico ao referencial teórico - metodológico em sua elaboração. Desta forma, o propósito desta dissertação foi analisar o trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial, em Belém-Pará e a sua contribuição para o tratamento da saúde mental dos usuários. O interesse em estudar o tema da saúde mental, enquanto um dos espaços sócio ocupacional dos assistentes sociais<sup>1</sup> é devido, de um lado, ao fato de que desde o ano de 2013 venho exercendo minhas atividades profissionais nessa área e, de outro, por tratar-se de um tema instigante, sobretudo com a criação de um novo modelo de atenção em saúde mental, antes tratado como loucura.

Como é sabido, as concepções primitivas da loucura fazem dela uma das categorias do sagrado, seja do sagrado religioso, seja do sagrado demoníaco. Ainda no Novo Testamento, “vemos a loucura considerada como uma possessão por espíritos maus que é preciso retirar do corpo do doente para curá-lo” (BASTIDE, 1967, p. 249-250). Assim, foi somente com os gregos que a medicina se torna uma ciência; mas, enquanto a medicina dá explicações racionais das doenças somáticas e essas explicações são aceitas unanimemente, uma resistência é oposta para doenças do espírito (BASTIDE, 1967).

Na obra *Elogio da Loucura* escrita em 1509, Erasmo de Rotterdam assevera, inicialmente, a impossibilidade de definir e limitar, a loucura. Neste sentido, Resende (1987, p.19) sopesa: “o Elogio é menos uma glorificação da loucura do que uma bem humorada sátira à ideologia da nascente revolução burguesa”. Desta forma, “a própria relação que os homens mantinham entre si e com a natureza, a loucura parecia diluída imprecisamente em todos os homens, era, por assim dizer, natural” (RESENDE, 1987).

Para esse autor, nesse novo contexto burguês, a modificação daquelas relações traz consigo a necessidade de um novo homem cujas qualidades de virtude, de contenção, de parcimônia e de razão eram exigências fundamentais. Conseqüentemente, expande os limites da norma e estreita os horizontes permitidos

---

<sup>1</sup> No prefácio do livro *A dimensão técnico-operativa do Serviço Social* a Prof<sup>a</sup> Valéria Forti atenta para o fato de que vem sendo ampliado o número de pesquisadores e autores na temática da prática profissional. Contudo, ainda podemos considerá-la como exígua na produção da profissão. Portanto, a importância de discussões desse tema face a lacuna na literatura do Serviço Social é significativamente sentido em uma profissão interventiva como o Serviço Social.

à loucura. A definição do normal e do patológico não mais se dá a partir de uma normatividade pessoal de cada eixo de referência supra individual, emanado das necessidades da economia, entendida daqui, em seu amplo sentido, como a *práxis* posta o serviço da produção e da reprodução da vida social, que permanece até hoje na ordem do dia como uma das questões centrais da problemática da doença mental e das instituições que dela se ocuparam. Assim, Resende em concordância com Erasmo (1987) refere-se que a loucura tem sido uma companheira inseparável do homem ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história.

Bastide (1967, p. 252), ao tentar definir o conjunto das representações coletivas que a massa se faz da loucura refere-se que [...] a loucura é um mistério (os tranSES o mal sagrado) – a loucura é uma ameaça, fatal porque hereditária, perigosa, tanto para a coletividade quanto para o indivíduo. Para este autor, a loucura é entendida como festa, mistério e ameaça, sempre embaraçou a sociedade:

Esse embaraço e esse incômodo justificam as contínuas oscilações da atitude coletiva entre a tolerância e a reprovação, o liberalismo e o confinamento; o psiquiatra frequentemente apareceu, nessa perspectiva, no oposto dessas atitudes: austero para negar a festa, cheio de ciência para negar o mistério, filantropo para negar o perigo. A relação dialética é, portanto, demasiado evidente entre as atitudes coletivas e as do psiquiatra .

No Brasil, de acordo com Resende (1987), o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente, em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente, pouco discriminativa para a diferença. Ou seja, aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir do qual o insano torna-se “um problema” – a industrialização, a urbanização maciça e as consequências – levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do “progresso”, ainda não se tinha instalado no Brasil qualquer forma de intervenção destinada aos doentes mentais e a circulação destes pelas cidades já pedia providências das autoridades.

Assim, a assistência prestada aos portadores de transtorno mental durante muito tempo foi centrada na figura do psiquiatra tendo como base a internação e a medicalização, sem a participação da família. Esse modelo de isolamento da pessoa portadora de transtorno mental foi pioneiro na Europa e exportado para o Brasil

como referência para o trato dos doentes mentais, por vezes, os procedimentos realizados nos espaços manicomiais, onde essas pessoas se encontravam isoladas, experimentavam práticas de violação dos direitos humanos com situações degradantes. O cenário da saúde mental no Brasil só é alterado com a emergência dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, processados nos anos de 1970 e 1980 em um contexto de repaginação dos movimentos sociais e redemocratização do país, composto por diversos atores sociais exigindo do Estado garantia de direitos sociais.

Amarante (1995) avalia que a Reforma Psiquiátrica no Brasil se fortalece a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

Com os avanços e conquistas desses movimentos, a Constituição Federal do Brasil (CF) promulgada, em 1988, institui uma nova configuração para a saúde no Brasil, agregando o ideário do movimento de Reforma Sanitária compondo o tripé da seguridade social formado pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social. Conforma a saúde enquanto direito universal para os cidadãos, ou seja: o seu acesso se torna integral e não mais contributivo. A referida constituição preconiza, ainda, o financiamento das esferas de governo, a participação comunitária e regulamenta a participação da iniciativa privada apenas de forma complementar.

O momento pós-constituente inaugura o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990), regulamentado pelas Leis Federais 8.080/90 (BRASIL, 1990) e 8.142/90 (IDEM, 1990). Trata-se de uma importante conquista para sociedade brasileira que expressa os interesses do Movimento de Reforma Sanitária, conforme será tratado no item 2 deste trabalho. A saúde como direito social ratifica esses interesses, respaldada em debates internacionais de defesa de direitos humanos. Concomitante ao processo de Reforma Sanitária tem-se a Reforma Psiquiátrica, conforme será tratado no item 4 deste trabalho, alicerçada nos princípios norteadores do SUS, quais sejam: saúde, como um direito fundamental e dever do Estado, enfatizando o acesso universal a atenção em saúde mental com base na integralidade, na intersetorialidade, na equidade, na universalidade, na igualdade e no controle social (participação popular dos usuários e familiares).

Dentre os objetivos da Reforma Psiquiátrica, destaca-se aquele voltado para extinguir os serviços tradicionais dos manicômios provendo um novo trato ao complexo processo que envolve o transtorno mental. A partir dessa proposta de alteração da atenção em saúde mental, o tratamento deveria priorizar o convívio familiar e social em detrimento do isolamento em instituições asilar.

De tal modo, os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS's – são o que há de mais inovador na política de saúde mental consolidando as propostas da Reforma Psiquiátrica. Nesta perspectiva, nos CAPS's são desenvolvidas as seguintes ações: atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos; inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica<sup>2</sup> (BRASIL, 2005).

Sendo assim, o processo de trabalho em saúde mental é orientado na busca de ruptura do tradicional modelo biomédico de medicalização e focalização dos sintomas. O novo modelo tem suas bases em uma concepção ampliada de saúde com base no SUS, implicada numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país, ou seja, abrange situações como: moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e bens (BRASIL, 2005).

O conceito ampliado sobre saúde legitima esse direito social garantindo atendimento multiprofissional e interdisciplinar aos usuários do SUS. Desta forma, o assistente social como profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, integra as equipes de saúde<sup>3</sup>. A consolidação do trabalho do assistente social na área da saúde implica no conhecimento da matéria acerca das políticas públicas, em particular, a do SUS, bem como publicizar informações referentes ao acesso universal a essa política pública à população e, igualmente, quanto à participação da comunidade na gestão desse sistema de saúde, conforme a Lei 8.142/90 que dispõe

---

<sup>2</sup> Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 130, de 26 de janeiro de 2012, a equipe mínima dos CAPS's deve constar de: 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e/ou artesão.

<sup>3</sup> 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.



sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta Lei institui os Conselhos de Saúde criados em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com o objetivo de atuar no controle das ações de saúde. É imprescindível ao assistente social um conjunto de saberes que inclui desde a operacionalização do sistema público de saúde até a trajetória de conquistas sociais brasileiras, como o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Considera-se importante registrar que o Serviço Social brasileiro teve e tem uma participação ativa e efetiva na defesa do direito social à saúde e do SUS, enquanto uma política pública do Estado, universal e integral. Dessa forma, a implantação do SUS e seu desenvolvimento no país vêm requerendo a atuação do assistente social no processo de gestão da saúde, na reorganização de serviços, no planejamento, na execução e avaliação de programas e políticas, no controle social, entre outras demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente, especialmente nos municípios, onde se realiza efetivamente o trabalho e se concretizam as ações de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso aos bens e serviços relativos às políticas sociais (BRAVO, 2012).

Mello (2012) apresenta que a partir da consolidação do seu projeto ético-político profissional, a profissão de Serviço Social passou a assumir uma postura crítica. De modo que, a intervenção profissional do assistente social na área da saúde deve estar articulada e sintonizada com o movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam pela real efetivação do SUS. Conhecer as condições de vida e de trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais. Nesta perspectiva, se constroem as relações de trabalho e o desenvolvimento das voltadas para responder as demandas postas para o Serviço Social, na tentativa de assegurar a defesa do mencionado projeto profissional, bem como, a incessante defesa dos princípios estabelecidos no atual Código de Ética da profissão (CFESS, 1993): liberdade, democracia, igualdade e equidade social.

As décadas de 1970 e 1980 marcaram a profissão do Serviço Social no Brasil, devido às críticas ao conservadorismo que estimularam o desenvolvimento de um

novo projeto profissional comprometido com a classe trabalhadora. Desse modo, afirma-se o compromisso do Serviço Social junto à classe trabalhadora, quando uma parcela majoritária da categoria opta pela participação política e cívica, ampliando sua consciência social de forma a aderir à luta por outra forma de sociabilidade. Participando ativamente dos movimentos sociais democráticos, os assistentes sociais começam a estudar e produzir uma literatura crítica sobre a profissão, permitindo compreender o significado social da mesma nessa área (YAZBEK, 2009).

O trabalho profissional do assistente social na área da saúde é realizado em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. No atendimento direto aos usuários, as ações predominantes do assistente social se configuram nas ações socioassistenciais e socioeducativas que implicam na articulação interdisciplinar em diversos espaços de atuação profissional na saúde que se estende desde a atenção básica até os serviços de média e alta complexidade. Estas ações são concretizadas por meio da rede de serviços através das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, das policlínicas, dos institutos, das maternidades, dos CAPS's, dos hospitais gerais de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada, seja federal, estadual ou municipal (MELLO, 2012).

Nesse sentido, entende-se que a pesquisa constitui um dos principais instrumentos que possibilita a produção de conhecimentos acerca da referida realidade e, em consequência, subsidia elementos quer seja para a formulação/avaliação das políticas públicas de saúde mental, quer seja para qualificar ainda mais a intervenção profissional da equipe multiprofissional nessa área, contribuindo, dessa forma, para a efetivação do acesso ao direito à saúde. Com efeito, as considerações acima suscitaram as seguintes questões: Qual é a particularidade do trabalho profissional do assistente social à saúde mental/ CAPS e suas as principais contribuições para o tratamento de saúde mental dos usuários do referido Centro? Quais são as demandas postas pelos usuários do referido CAPS, no que se tange ao acesso do seu tratamento da saúde mental? Quais são as principais respostas dadas pelo Serviço Social a tais demandas? Quais são as condições de trabalho dos assistentes sociais nesse CAPS? Quais são os principais desafios e as potencialidades do trabalho profissional do assistente social na área

da saúde mental, para o acesso ao tratamento da saúde mental dos usuários do mencionado CAPS?

Os elementos citados brevemente nesta introdução serão ampliados no corpo do desenvolvimento deste trabalho. Assim, a primeira parte deste trabalho foi erigida oferecendo elementos necessários para a construção do objeto de estudo, estudos históricos e dados da realidade, justificando a pesquisa proposta neste trabalho. Expondo posteriormente os objetivos propostos, assim como inicialmente detalha as escolhas metodológicas adotadas.

A seguir serão apresentadas as principais categorias constituindo o arcabouço teórico de sustentação deste estudo, a saber: trabalho; trabalho profissional do assistente social; Estado e a Política de Saúde mental. A parte final desta dissertação foi construída a partir dos dados coletados através de pesquisa de campo com abordagem qualitativa sobre o objeto de estudo apresentado, com base no método dialético.

O campo da pesquisa foi composto por três CAPS's em funcionamento no município de Belém/PA vinculados a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde Pública. Os sujeitos da pesquisa foram: 03 (três) profissionais do Serviço Social, 02 (dois) usuários dos serviços dos CAPS's e 03 (três) profissionais da equipe de saúde da qual os assistentes sociais são integrantes, sendo: 01 (um) terapeuta ocupacional e 02 (dois) enfermeiros. No que concerne ao processo da pesquisa, considera-se importante registrar que foram enfrentados enormes entraves para o seu desenvolvimento, os quais se estenderam desde a principal dificuldade: a demora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará em apreciar o projeto proposto - o que conseqüentemente culminou com o atraso na coleta de dados - até a disponibilidade dos sujeitos para concederem as entrevistas. Ainda na fase exploratória foi identificada a escassez de literatura do tema Serviço Social e Saúde Mental, porém todo material reunido nessa fase da pesquisa subsidiou o referencial teórico do trabalho. As dificuldades também se fizeram presente no campo da pesquisa, pois busquei clareza da minha condição de pesquisadora, mesmo implicando uma relação sujeito-objeto. Durante as entrevistas os dados foram coletados, de forma impessoal sem o intuito de atender minhas expectativas, a fim de evitar respostas e conseqüentemente resultados tendenciosos. A análise de dados foi outro ponto de dificuldade, considerando a delicadeza que implica interpretar o conteúdo das falas dos sujeitos de forma que os

conteúdos não sejam distorcidos, depois identificar as categorias mais recorrentes dentre tantas informações e permitir as sucessivas aproximações com o objeto, não é tarefa fácil. Mas, tais dificuldades foram contornadas e o material empírico tão rico em informações pode ser apropriado neste estudo.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista do tipo semiestruturada, a qual constou de roteiros pré-elaborados com conteúdo diferentes direcionados para cada segmento dos sujeitos da pesquisa. A técnica utilizada para analisar os dados coletados foi à análise de conteúdo, com foco nos núcleos de sentido e frequência dos temas presente nas informações prestadas pelos sujeitos, apreendendo as principais categorias com objetivo de explicação do movimento real do referido objeto de estudo. Por fim, a conclusão da dissertação procurou demonstrar a particularidade do objeto de estudo em questão reconstruindo os fatos, o abstrato, alcançando o real mediatizado através de resultados e sínteses como totalizações provisórias, em resposta às questões norteadoras do estudo.

## **2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

A definição do objeto de pesquisa tratado nesta dissertação, não se deu aleatoriamente, ao contrário, decorre de afinidades eletivas minhas enquanto pesquisadora e, principalmente, da importância intelectual e política da problematização do tema saúde mental e serviço social na contemporaneidade. No campo das afinidades, venho estudando o tema do trabalho profissional desde o curso de graduação em Serviço Social, quando, em 2010 realizei uma pesquisa que subsidiou a elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Curso – TCC e a produção de dois artigos (2010 e 2012) sobre a temática ora estudada.

A construção do objeto se deu a partir de minhas observações empíricas no cotidiano profissional, embasada em leituras e fichamentos de diversas referências bibliográficas. Afinal, o trabalho e a loucura são processos com destaque na história do capitalismo e tem se tornado alvo de intervenção do Estado através das políticas públicas executadas por profissionais, com histórica proeminência do assistente social. Eis, então, a importância desta investigação que trata da análise da contribuição do trabalho profissional do assistente social no novo modelo de atenção a saúde mental.

A participação Serviço Social no contexto da saúde pública no Brasil, decorre do movimento para o acesso a saúde universal que ganha maior destaque por meio da Reforma Sanitária. Em consequência, a atual política de saúde tem as suas bases no movimento da Reforma Sanitária iniciado no decorrer das décadas de 1970 e 1980, com o objetivo de viabilizar a construção da saúde como direito universal e dever do Estado, tendo a cidadania como um componente central e a descentralização do processo decisório como caminho para a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão (BRAVO, 1996).

Para esta autora, a Reforma Sanitária “[...] consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes” (BRAVO, 2012, p. 33). Em consequência, foram formuladas propostas para a política de saúde, levando em consideração os problemas vivenciados no país, tais como: desemprego, falta de saneamento básico, habitação, precariedade dos serviços de saúde, infraestrutura inadequada; estes, decorrentes, principalmente, dos processos de industrialização, urbanização, imigração, entre outros.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada, em 1986, se inscreve em um novo momento para a saúde pública no Brasil, pois contou com expressiva participação popular de 4500 (quatro mil e quinhentos) pessoas, dentre os quais 1000 (um mil) eram delegados representantes de diversos setores da sociedade civil. Nessa Conferência foram deliberadas propostas para pressionar a Assembleia Nacional Constituinte a implantar o projeto político proposto pelo movimento da Reforma Sanitária defendido pelos movimentos sociais na Constituição brasileira.

Avaliada como fundamental na história da saúde pública brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde faz alusão às ideias preconizadas nesse momento histórico, marcando um processo democrático, pois sistematiza e formaliza como proposta política, as principais teses discutidas para a Reforma Sanitária brasileira, envolvendo o conceito ampliado de saúde. A partir deste evento, as diretrizes e os princípios do SUS são formulados e organizados como uma política pública do Estado brasileiro (BRASIL, 2006).

Segundo publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 41 - 42), o movimento sanitário tornou-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para a relação Estado-sociedade, transformando o conteúdo da participação social nos seguintes aspectos:

- deixa de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema (seus opositores), passando ao reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado, adquirindo, em consequência, dimensão e perspectiva mais abrangentes;

- incorpora a conotação de cidadania que expressa a estratégia de universalização dos direitos;

- refina a análise e a compreensão do Estado como *lócus* de conflito de interesses contraditórios, quebrando o maniqueísmo (oposição x Estado) e os monolitismos contidos nesta polaridade (como se oposição e Estado fossem duas entidades homogêneas);

- propõe participação de parte instituinte e da representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora;

- altera a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e esta como espaço de elaboração daquelas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais;

- compreende a autoidentidade do movimento sanitário e a identidade dos agentes sociais presentes na disputa política como construções históricas em processo, em movimento, superando concepções anteriores de identidade fixas, pré-determinadas (Fleury, 1989); e, finalmente,

- contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso.

Assim, na década de 1980, o Brasil experimentava um pacto social democrático explicitado na CF de 1988 que concebeu a afirmação e a extensão dos direitos sociais no país, juntamente com as mudanças sociopolíticas processadas neste período, enquanto que os países centrais do capitalismo vivenciavam o avanço da hegemonia neoliberal. Tem-se, então, no país, um marco legal na garantia de maiores níveis de participação, democracia e justiça social, visto que a referida Constituição assegura o pleno exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a igualdade e a justiça como valores primeiros de uma sociedade, além de afirmar a importância de uma sociedade pluralista e sem preconceitos. Nesse

contexto, surge o SUS como o operador do direito universal à saúde, fundamentado na Carta Magna.

Ao iniciar os anos 1990, a realidade brasileira almeja “acertar as contas” com o seu passado e as insuficiências de um Estado ineficiente, desmedido e perdulário, porém, contraditoriamente, o país passou a aderir ao projeto neoliberal conduzindo, imediatamente, a reforma do Estado brasileiro. Em consequência, tem-se, então, um grande desafio posto à sociedade: o de consolidar políticas públicas, dada as recentes conquistas frente à reforma do Estado e o compromisso de fortalecer o regime democrático. Por extensão, o país vivencia uma agenda de reformas, profundamente, conectada com os circuitos socioeconômicos mundializados, pois:

No curso dos acontecimentos políticos, especialmente deflagrados pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), que, dando continuidade ao desmonte da nação, iniciado por Collor de Mello (1990-1992), submete o país a uma profunda crise econômica controlada pelo Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial, e as receitas neoliberais, resultando, no curso, dos seus dois mandatos, em um sucateamento das empresas estatais e deterioração dos serviços públicos de saúde, previdência, assistência, educação, moradia, elevando os níveis de desemprego e renda, bem como a dívida externa e interna e a concentração de renda do país, ao que denominou-se de “programa de estabilização” (GOMES, 2013, p.66).

Com efeito, tem-se a intenção de desresponsabilização das funções básicas do Estado em relação às políticas de proteção sociais, com o montante de verbas direcionadas ao pagamento da dívida externa que, associadas a uma espécie de privatização de estatais, levaram ao sucateamento dos serviços e políticas públicas no país, transferindo – através de um audacioso *marketing* propagandístico – esta responsabilidade para o conjunto da sociedade civil. Tais direcionamentos desencadearam um processo de refilantropização da “questão social”, destituindo assim, a perspectiva de direitos contida nas políticas sociais, em seu caráter universalizante, redistributivo e equitativo. Com isso, uma série de direitos assegurados pela Constituição de 1988, como a saúde, a habitação, a educação, o trabalho, entre outros, são reconfigurados e mercantilizados em vistas de priorizar os interesses do grande capital internacional (GOMES, 2013).

Em face de todos esses acontecimentos o Estado brasileiro segue materializando os direitos sociais ainda que de forma precária. Utilizando mecanismos previstos na CF de 1988, a exemplo da municipalização. Em

publicação do Ministério da Saúde – Brasil (2004) se tem o processo de municipalização da saúde como uma estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela prestação dos serviços de saúde da população. Municipalizar é um processo de conferir as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para desempenharem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, gerindo os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. Em suma:

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização (BRASIL, 2004, p.21).

Pelo exposto constata-se que a municipalização da saúde expressa as reivindicações do movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, conduziu a profundas alterações no campo da saúde mental e a designação de novas responsabilidades para os municípios. Neste cenário de mudanças surge o CAPS, que de acordo com a definição do Manual do Ministério da Saúde (2004, p.13), consiste:

Num serviço de saúde aberto e comunitário do SUS (Sistema Único de Saúde). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O referido manual caracteriza o CAPS como um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O Ministério da Saúde – Brasil (2004) estabelece o objetivo do CAPS como serviço de atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho,



ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Trata-se de um serviço de atendimento à saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Dessa forma, os CAPS tem por objetivos (BRASIL, 2004, p. 13):

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidados clínicos eficientes e personalizados;
- 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, ESF (Estratégia 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.

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos (BRASIL, 2014, p. 14):

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

Além disso, os CAPS funcionam, pelo menos, durante os 05 (cinco) dias úteis da semana (2ª a 6ª feira). O seu horário e funcionamento nos fins de semana

dependem do tipo de CAPS<sup>4</sup>. Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS's devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico. É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia, ou três vezes por mês.

Contudo, o que determina a permanência dos usuários nos serviços dos CAPS's é o tipo de atendimento necessário aos mesmos, como por exemplo: apoio e/ou acompanhamento familiar e a possibilidade de envolvimento nas atividades comunitárias, organizativas, de geração de renda e trabalho. Quanto ao acolhimento noturno e a sua permanência nos fins de semana, deve ser entendido como mais um recurso terapêutico que objetiva proporcionar atenção integral aos usuários e evitar internações psiquiátricas. Esse tipo de atendimento poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender, preferencialmente, os usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.

Como foi mencionado na parte introdutória desta dissertação, o assistente social é um dos profissionais que compõe a equipe de saúde dos serviços disponíveis para população no âmbito do SUS. Assim, o CAPS III vinculado à Secretaria Municipal de Saúde/Belém-Pará, implantado em 1997 e sancionado pela Lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), há 05 (cinco) anos antes da criação da Portaria 336/GM que regulamenta o funcionamento dos CAPS's, no Brasil, conta atualmente em seu quadro funcional com 04 (quatro) assistentes sociais, do qual, encontro-me incluída. A experiência profissional neste espaço sócio-ocupacional propiciou a minha aproximação e o interesse pelo estudo sobre "O Trabalho do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS's do

---

<sup>4</sup> A portaria GM 336/2002 estabelece: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; 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; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana; 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; 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.

município de Belém/Pa: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários”.

O CAPS surgiu como um serviço alternativo ao modelo manicomial. A propósito, Rosa (2010, p. 280), refere-se que:

Os serviços tradicionais de manicômio são estruturados com base no internamento em tempo integral e na abordagem predominantemente maciça, medicamentosa e centrada na figura do médico, delimitando sua ação sobre a família de forma pontual, particularmente no ato da internação, quando lhe é solicitado prestar informações sobre as características do portador de transtorno mental e da evolução de seu quadro clínico. A família é encarada como uma unidade separada do enfermo e por isso é excluída da intervenção terapêutica.

O CAPS III, ao longo da história ficou conhecido como Casa Mental do adulto e vem cumprindo seu papel na atenção em saúde mental a pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, com idade igual ou superior a 18 anos. Sendo assim, o mesmo funciona 24 horas, dispondo de hospitalidade noturna, sábados, domingos e feriados; possui 05 (cinco) leitos para eventual observação e/ou repouso, contando com equipe multiprofissional. Este CAPS é referência para os bairros mais populosos de Belém, a saber: Guamá, Terra Firme, Fátima, Canudos e São Braz.

A minha experiência profissional no CAPS's possibilitou a verificação nos registros documentais que o Serviço Social foi implantado nesse Centro desde a instituição deste serviço público de saúde. Cabe registrar que há uma grande procura do médico especialista em psiquiatria na porta de entrada deste serviço, porém, quando essa demanda não é atendida, o usuário procura o assistente social em busca de orientações para o seu tratamento de saúde, ou então, em virtude da demanda ser maior que a oferta de vagas para o atendimento dos usuários nos serviços psiquiátricos do CAPS; a procura de atendimento se dá, primeiramente, pelo assistente social.

Apesar da intensa demanda dos usuários para o atendimento, constatou-se que a atuação profissional do assistente social, em geral, é limitada em decorrência da precarização das condições de trabalho, caracterizadas pela estrutura física inadequada, falta de veículo próprio para traslado dos usuários e deslocamento da própria equipe para atividades externas, falta material de expediente, entre outros, embora haja empenho do referido profissional para a consolidação da atual política de saúde mental em detrimento de práticas manicomiais.

Além desse quadro de precarização do trabalho do assistente social nos CAPS's de Belém/PA, existem outros fatos observados no cotidiano da Casa Mental do Adulto que interferem no trabalho profissional do assistente social, logo, o tratamento dispensado aos pacientes também pode ser comprometido em alguns casos. Sabe-se que a intervenção profissional do assistente social não se dá no campo da imediatividade, portanto, há uma insuficiência no acompanhamento sistemático de parte das demandas trazidas pelos usuários do serviço por fatores expostos anteriormente somados a outros, tais como: a demanda externa, ou seja, aquela que não compõe a área do território pela qual o CAPS é responsável denuncia a carência dos serviços de saúde mental em outros municípios do estado do Pará.

Aliada a este quadro, cabe destacar a existência da articulação deficiente com a rede sócio assistencial, pois, em alguns encaminhamentos recebidos no CAPS são detectados equívocos e, conseqüentemente, determinadas demandas específicas não são atendidas. Entre os procedimentos realizados em serviços de saúde, destaca-se o matriciamento entre a rede de atenção básica, serviços especializados e a rede sócio assistencial. Por vezes, esse procedimento não é realizado pela falta de condução para equipe de saúde que deveria se deslocar aos locais do território em busca de fortalecimento da rede. Este cenário, seguramente, compromete o protagonismo dos usuários considerando que parte dos mesmos possui certo descrédito relacionado à transformação de situação atual, uma vez que não vislumbram perspectivas de progressiva garantia de seus direitos sociais.

Constata-se a existência de um fluxo de deslocamento de pessoas no sentido campo-cidade, em busca do acompanhamento em saúde mental que inexiste ou encontra-se desestruturado em determinados municípios paraenses. Nesta busca, os usuários recorrentemente são orientados a procurar o assistente social na tentativa de viabilizar o acesso ao tratamento de saúde. Além desta situação, destaca-se outro fator: o abandono do tratamento com conseqüências para o agravamento do quadro psiquiátrico, decorrente principalmente, pela falta de condições materiais de existência (situação sócio- econômica). Assim, o tratamento não é realizado, não somente pelo fato de que o paciente não tem como adquirir o medicamento que deveria ser fornecido gratuitamente pelo Estado, mas também pela ausência em atividades terapêuticas por não ter dinheiro para custear o transporte, pois os usuários do CAPS e seus familiares vivenciam situações de

pobreza, de desemprego, de analfabetismo e habitam em precárias condições que interferem no processo de saúde-doença.

Além disso, existe, no estado do Pará, pouca literatura e estudos na área do serviço social e saúde mental, o que impulsiona o assistente social para a realização de estudos e pesquisas sobre o referido objeto de estudo e o desenvolvimento de habilidades em pesquisas na área do Serviço Social e Saúde Mental.

Em face a este quadro, entende-se que este estudo ganha relevância acadêmica, profissional e social para além da produção do conhecimento sobre a temática, à medida que poderá fornecer subsídios para a reflexão acerca dos limites e possibilidades do trabalho do assistente social na área da saúde mental. A pesquisa constitui um dos principais instrumentos que possibilita a produção de conhecimentos acerca da referida realidade e, em consequência, subsidia elementos quer seja para a formulação/avaliação das políticas públicas de saúde mental, quer seja para qualificar ainda mais a intervenção profissional da equipe multiprofissional nessa área, contribuindo, dessa forma, para a efetivação do acesso ao direito à saúde.

Desta forma, o objeto deste estudo se constituiu no trabalho profissional do assistente social à saúde mental e suas as principais contribuições para o tratamento de saúde mental dos usuários dos referidos Centros.

As respostas em busca de conhecimentos acerca da realidade social dos usuários e do trabalho profissional do assistente social desenvolvido nos CAPS impôs a escolha do procedimento teórico – metodológico marxiano. Segundo Netto (2011) o método de pesquisa em Marx é constituído por dois núcleos básicos: estudos históricos e análises da realidade. O método dialético de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Sob este entendimento Kosík (1976, p. 9) adverte de imediato:

A dialética trata da “coisa em si”. Mas a “coisa em si” não se manifesta imediatamente ao homem. Para chegar à sua compreensão, é necessário fazer não só um certo esforço, mas também um *détour*. Por esse motivo o pensamento dialético distingue entre representação e conceito da coisa, com isso não pretendendo apenas distinguir duas formas e dois graus de *conhecimento* da realidade, mas especialmente e sobretudo duas qualidades da *práxis* humana.

O ponto de partida da análise marxiana tem como referência a negação. Segundo Netto (2011), o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto na sua

existência real e efetiva, involuntariamente dos desejos, dos anseios e das representações do pesquisador. Para este autor a teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa. Transversalmente a teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. “Assim, a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento)” (Ibid., p. 21).

Conclui-se que por meio da sua capacidade intelectual, o sujeito, extrai as determinações mais simples até as determinações mais complexas do objeto. O conhecimento teórico é um produto do pensamento que só é possível realizando a viagem de modo inverso, o conhecimento concreto do objeto que o pesquisador busca é o conhecimento de suas múltiplas determinações. Desta forma, a opção pelo método dialético fundamentou-se no entendimento de que o trabalho do assistente social no mencionado CAPS, não é um fenômeno natural e, sim, produzido e reproduzido socialmente objetivando atender necessidades específicas de diferentes sujeitos, em distintos contextos históricos.

Dado o compromisso com os resultados deste estudo, antes da pesquisa de campo foi realizado um estudo exploratório, objetivando evitar possíveis erros no decorrer da pesquisa. Minayo (2007) refere à fase exploratória como sendo um dos momentos mais importantes, pode até ser considerada uma pesquisa exploratória, pois uma fase exploratória conduzida de maneira precária trará grandes dificuldades na investigação como um todo. Para tal, partiu-se do esforço de realização de uma pesquisa bibliográfica disciplinada, crítica e ampla; articulação criativa para a delimitação do objeto de pesquisa e para a aplicação de conceitos; reconhecendo que todo conhecimento científico tem sempre um caráter aproximativo, provisório, inacessível em relação à totalidade do objeto, vinculado à vida real e condicionado historicamente.

Com este propósito, foi realizada uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, pois esta tem tido uma importância significativa no Serviço Social, na medida em que possibilita apreender processos de formação de subjetividades, significados, representações de pessoas e de grupos. Por meio desta, de acordo com Minayo (2007) se atinge uma aproximação fundamental bem como, há uma maior possibilidade de estreitar laços de intimidade entre sujeito e objeto, devido ambos pertencerem à mesma natureza.

Como instrumento de coleta de dados, optou-se pela entrevista que foram realizadas com os sujeitos da pesquisa. Minayo (2007) refere que na entrevista o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada, esse procedimento permite obter dados objetivos e subjetivos.

A entrevista utilizada como procedimento de coleta de dados foi do tipo semiestruturada, a qual constou de um roteiro pré-elaborado de caráter aberto, específico para cada segmento de pesquisados. Para os assistentes sociais foram abordados os seguintes aspectos: o trabalho desenvolvido por esse profissional nesses espaços sócios ocupacionais, as demandas postas a esses profissionais, as condições de trabalho, as dificuldades e os desafios que os mesmos se defrontam para contribuir no tratamento de saúde mental dos usuários dos CAPS's. O conteúdo da entrevista aos usuários do CAPS abordou: o tratamento da saúde mental no SUS e atendimento na rede sócio assistencial; enquanto que o roteiro da entrevista dirigida aos profissionais que compõe a equipe de saúde a qual o assistente social é integrante tratou do trabalho em equipe de saúde e do tratamento de saúde mental para os usuários.

Importa registrar que antes da realização da entrevista com os usuários, procurou-se, previamente, criar estratégias para contatar com os mesmos, tendo em vista suscitar o interesse deles em fornecer as informações necessárias para desvendar o objeto de estudo. Considera-se que esta estratégia de abordagem foi importante por tratar-se de pessoas que se encontram em situação vulnerável dada a situação de doença; foram priorizados os pacientes estáveis, com a crítica preservada e indicados pela equipe de saúde assistente conhecedora do quadro de cada usuário, pois desta forma as informações acerca do tratamento que lhes é prestado obteve mais elementos.

O campo da pesquisa foi composto por três CAPS's do município de Belém/PA, onde cada serviço está vinculado a Secretaria de Estado de Saúde Pública ou a Secretaria Municipal de Saúde, sendo eles: 01(um) Caps I, 01(um) Caps ad e 01(um) Caps III. Os sujeitos da pesquisa foram definidos com base em uma amostra, priorizando sua aceitação e a disponibilidade para a participação da mesma. Assim, com o objetivo de construir respostas para o problema de pesquisa,

foram entrevistados 03 (três) profissionais do Serviço Social que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial no município de Belém/PA, 02 (dois) usuários dos serviços e 03 (três) profissionais que trabalham na equipe de saúde da qual os assistentes sociais são integrantes, totalizando um universo de 08 (oito) sujeitos.

Os dados obtidos no processo de pesquisa foram tratados e analisados qualitativamente com a técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2011), ao preparar a análise de conteúdo devem ser observados três polos cronológicos: primeiro a pré-análise, posteriormente a exploração do material (codificação e categorização) e por fim o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise “[...] possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 2011, p. 125, grifos da autora). Para exploração do material foi realizada uma análise temática, em suma, “[...] descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Idem, p.135), para a autora a exploração do material “[...] consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Idem, p.131). Após a etapa do tratamento dos dados, passou-se então para a interpretação dos mesmos, de modo a garantir uma análise pautada na superação da aparência e com intuito de atingir a essência do objeto de estudo. Partiu-se da mediação entre a síntese dos dados característicos de cada uma das categorias explicativas da realidade e a assimilação do desvelamento dessas informações no relato dos sujeitos, sendo que as inferências do pesquisador não se resumem a traduções linguísticas, mas as falas dos sujeitos devem ser situadas em um contexto sócio-histórico e suas múltiplas determinações. Para sistematizar os resultados obtidos na pesquisa, os dados encontram-se sintetizados em figuras e quadros.

Dada à importância da ética na pesquisa, a primeira estratégia utilizada foi submeter o projeto da pesquisa à apreciação do Comitê da Plataforma Brasil, o qual foi pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Além disso, foi obtida a autorização da Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa – CAPP da Secretaria Municipal de Saúde de Belém e da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará para realização da pesquisa nos mencionadas CAPS e utilizado um Termo de Consentimento Livre e



Esclarecido, com as devidas informações de sigilo, objetivando a formalização da participação dos sujeitos nas entrevistas, as quais só foram realizadas mediante aceite dos mesmos.

### **3 TRABALHO, SERVIÇO SOCIAL, ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

A compreensão da particularidade do trabalho profissional do assistente social na área da saúde mental nos CAPS's do município de Belém/PA e as suas principais contribuições para à saúde mental dos seus usuários, remete ao imprescindível entendimento sobre as categorias que contemplam o objeto de estudo ora proposto, a saber: trabalho; trabalho profissional do assistente social; Estado e Política de Saúde Mental.

A categoria trabalho, segundo a teoria social de Marx, se constitui a base ontológica central para o homem em sociedade. Eis, então, a acepção dada pelo referido autor sobre a mencionada categoria:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeças e mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 2008, p. 211).

Desta forma, concebe-se o trabalho como elemento inerente ao homem, logo, é determinado independente da estrutura social ou modo de produção em curso. Trata-se de uma atividade pela qual o ser, em sociedade, modifica o ambiente que vive, assim, como ele próprio. Para Marx (2008) “A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho” (p.211). Isto significa dizer que o trabalho se materializa por meio da força de trabalho efetivada pelo homem que, ao transformar a natureza, transforma a si mesmo.

Baseado no pensamento de Marx, Lukács (1980 apud ANTUNES, 2009) efetua uma análise da categoria trabalho em uma perspectiva ontológica concluindo que a centralidade do trabalho se dá porque todas as demais categorias. Dessa forma de ser o trabalho tem em sua natureza um caráter social, pois as suas

propriedades e os modos de se efetivar desenvolveram-se somente no ser social já constituído. Sob este entendimento,

Somente o trabalho tem na sua natureza ontológica um caráter claramente transitório. Ele é em sua natureza uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto com a natureza inorgânica (...), quanto com a orgânica, inter-relação (...) que se caracteriza acima de tudo pela passagem do homem que trabalha, partindo do ser puramente biológico ao ser social (...). todas as determinações que, conforme veremos, estão presentes na essência do que é novo no ser social estão contidas *in nuce* no trabalho. O trabalho, portanto pode ser visto como um fenômeno originário, como modelo, protoforma do ser social (...) (LUKÁCS, 1980 apud ANTUNES, 2009, p.136, grifo do autor).

Desta forma, a ação do homem ao alterar o meio em que vive, também estará alterando a ele mesmo, fazendo com que a história nunca se repita. A realidade, o homem e os demais indivíduos da mesma forma são atingidos por essa mudança. Assim:

Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador (MARX, 2008, p. 211-212).

Portanto, o resultado obtido com a transformação da natureza pelo homem será próximo do delineado no plano intelectualivo, pois durante sua atividade laborativa adquire novos conhecimentos e habilidades. O trabalho é efetivado apenas pelo homem. Por conseguinte, o ato executado pelos animais, não pode ser tido como trabalho, pois se trata de um ato realizado por seu instinto animal, pois:

Não se trata aqui das formas instintivas, animais, de trabalho. Quando o trabalhador chega ao mercado para vender sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre sua condição e a do homem primitivo com sua forma ainda instintiva de trabalho. Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana (MARX, 2008, p.211).

Assim, a diferença da ação executada por um homem e a de um animal é a aptidão, do primeiro citado, em idealizar algo em sua mente antes de materializá-lo, resultando em algo diferente do que foi tencionado. O resultado dessa ação será consecutivamente díspar do pré-idealizado, transformando não apenas o objeto

material, mais inclusive o sujeito da ação. Reitera-se, portanto, a diferença existente entre o trabalho efetivado por um ser social e a ação efetivada por um animal, porque o primeiro é capaz de idealizar em sua consciência uma ação antes de efetivá-la. Essa aptidão teleológica que o homem tem o difere do animal, que conduz seu ato pela sua tendência natural animal, agindo espontaneamente e irracionalmente, sem quaisquer exigências como uma prática prévia ou de raciocínio.

Embasado nas proposições lukacsianas, Antunes (2009) refere que conquanto o aparecimento seja simultâneo ao trabalho, a sociabilidade, a primeira divisão social do trabalho, a linguagem etc. encontram sua origem a partir do próprio ato laborativo. O trabalho se configura em categoria intermediária possibilitando a superação ontológica das formas pré-humanas para o ser social. Para apreender a sua essencialidade é preciso, pois, vê-lo tanto como momento de surgimento do pôr teleológico quanto como protoforma da práxis social.

Nesse sentido, o processo de trabalho, primariamente, se apresenta como um artifício tendo em vista produzir valores de uso e satisfazer necessidades humanas. Assim,

O processo de trabalho que descrevemos em seus elementos simples e abstratos, é atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana; sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2008, p. 218).

Segundo Marx (2008), os elementos que compõem o processo de trabalho são: o trabalho, o objeto de trabalho e o instrumental de trabalho. O primeiro elemento funda a atividade proposta a um fim; o segundo é pertinente à matéria a qual o trabalho é incidido; e o terceiro componente circunscreve os meios de trabalho. Na efetivação do trabalho, o homem precisa de elementos materiais sobre os quais e com os quais atuar. São eles: o objeto de trabalho e os instrumentos de trabalho colocados em movimento no processo produtivo pela força de trabalho daquele homem.

Situando o trabalho no modo de produção capitalista, a compra da força de trabalho pelo detentor da propriedade privada, agrega alguns pontos básicos. Primeiro, o capitalista apropria-se do controle da força de trabalho e, posteriormente, se apropria, exclusivamente, do produto criado pelo trabalhador.

O trabalhador trabalha sob o controle da capitalista, a quem pertence o seu trabalho. O capitalista cuida em que o trabalho se realize de maneira apropriada e em que se apliquem adequadamente os meios de produção, não se desperdiçando matéria-prima e poupando-se o instrumental de trabalho, de modo que só se gaste o que for imprescindível à execução do trabalho. (...) Além disso, o produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador. O capitalista paga, por exemplo, o valor diário da força de trabalho. Sua utilização, como a de qualquer outra mercadoria – por exemplo, a de um cavalo que alugou por um dia -, pertence-lhe durante o dia. Ao comprador pertence o uso da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho apenas cede realmente o valor-de-uso que vendeu, ao ceder seu trabalho (MARX, 2008, p.219).

O processo de trabalho se conclui quando da ocasião em que o valor-de-uso é produzido mediante o trabalho posto sobre o objeto, pois:

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor de uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou (MARX, 2008, p. 214).

A condição histórica para o surgimento do capital e a pressuposição essencial para transformação do dinheiro em capital é a existência da força de trabalho no mercado como mercadoria. Deste modo, são criados valores de uso por meio do trabalho a partir da produção de mercadorias. Valores de uso, estes, dedicados a suprir necessidades de coisas de qualquer natureza essenciais à vida do homem. Contudo, no modo de produção capitalista, o capitalista incorpora na mercadoria um valor excedente, produzindo além do que se gasta, isto é, a mais-valia:

O produto, de propriedade do capitalista, é um valor-de-uso: fios, calçados etc. Mas, embora calçados sejam úteis à marcha da sociedade e nosso capitalista seja um decidido progressista, não fabrica sapatos por paixão aos sapatos. Na produção de mercadorias, nosso capitalista não é movido por puro amor aos valores de uso (...) quer produzir uma mercadoria de valor mais elevado que o valor conjunto das mercadorias necessárias para produzi-la, isto é, a soma dos valores dos meios de produção e força de trabalho, pelos quais antecipou seu bom dinheiro no mercado. Além de um valor de uso, quer produzir mercadorias; além de valor-de-uso, valor, e não só valor, mas também valor excedente (mais valia) (MARX, 2008, p.220).

Pelo exposto, torna-se evidente que a sustentação da sociedade capitalista se dá através da relação de exploração e da dominação do capital sobre o trabalho, de acordo com seus interesses. Essa dominação do capital sobre o trabalho é decorrente da separação do trabalhador dos seus meios de produção, restando-lhe apenas sua força de trabalho que será utilizada para extração de mais-valia

circunscrevendo o trabalhador em um processo de reificação, quanto ao processo produtivo e ao produto de seu trabalho. Sob esse entendimento,

[...] destacamos o processo de produção do capital como processo de trabalho e de valorização; não se trata de dois processos independentes, mas de duas dimensões do mesmo processo. Não se trabalha duas vezes para produzir um produto útil e para criar o valor e mais-valia. O que cria o valor é o trabalho real, que tendo uma dada intensidade, materializa-se no produto em determinadas quantidades; que transforme os meios de produção em produtos de qualidades específicas. Ou seja, o processo imediato de produção é unidade do processo de trabalho e de valorização, assim como a mercadoria é unidade de valor de uso e de valor de troca. Porém, na formação social capitalista, o processo de trabalho é meio do processo de valorização, já que o objetivo primordial da produção não é a satisfação de necessidades sociais, mas a produção de mais-valia, a valorização do próprio capital (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 50).

Segundo Marx (2008), a mais-valia é atribuída ao valor do produto, logo, esse valor deve ser mais elevado ao total das mercadorias. A mais-valia de uma mercadoria se cria na esfera da produção e se realiza na esfera da circulação, ou seja, quando ela é vendida e seu valor se transforma em capital. De acordo com o autor acima citado:

Do processo de consumo da força de trabalho, ao mesmo tempo processo de produção de mercadoria, resultaram 20 quilos de fio com um valor 30 xelins. O capitalista, depois de ter comprado mercadoria, volta ao mercado para vender mercadoria. Vendo o quilo de fio por 1 xelim e 6 *pence*, nem um centavo acima ou abaixo de seu valor. Tira, contudo, da circulação 3 xelins mais do que nela lançou. Essa metamorfose, a transformação de seu dinheiro em capital, sucede na esfera da circulação e não sucede nela. Por intermédio da circulação, por depender da compra da força de trabalho no mercado. Fora da circulação, por esta servir apenas para se chegar à produção da mais-valia, que ocorre na esfera da produção (p.228, grifo do autor).

Desta forma, o processo de produzir mais-valia agrega elementos inerentes ao modo de produção capitalista e transforma o trabalho na medida em que estabelece relações sociais a partir da compra e venda de mercadorias necessárias a reprodução social do homem em sociedade. A força de trabalho enquanto mercadoria foi instituída no final do século XIX, no capitalismo industrial, na Inglaterra e, posteriormente, em outros países da Europa Ocidental, dando origem a sociedade de classes sociais, a saber: a dos proprietários dos meios de produção e a dos trabalhadores que possuem somente a sua força de trabalho. Iamamoto e Carvalho (2014, p.36) analisam:

O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam efeito a produção. Neste processo se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se produzem, encobrendo o antagonismo que as permeia. Assim, a produção social não trata de produção de objetos materiais, mas de relação social entre pessoas, entre classes sociais que personificam determinadas categorias econômicas.

Gonçalves (1983, p.12) traz importante contribuição da condição do trabalhador no capitalismo,

Marx demonstrou com lucidez, que sob o capitalismo, o trabalhador "é alvitado ao nível de mercadoria miserável, na medida em que a miséria do trabalhador encontra-se na razão inversa da pujança e da grandeza de sua produção". A gênese desse processo reside na violência concreta inerente às relações sociais de produção determinados pela acumulação capitalista, que apartam o trabalhador da compreensão e da fruição reais do produto que produz - e produto entendido na acepção ampla do termo, ou seja, o conjunto de sua produção material é simbólica. Nesse sentido, a alienação produzida pelo trabalho realizado sob o capitalismo torna os trabalhadores estranhos a si mesmos, "condenados a viver humanamente a condição das coisas materiais".

Contudo, as relações contraditórias inerentes ao modo de produção capitalista, em meio ao processo de industrialização e urbanização provocaram o constante aumento do empobrecimento da classe trabalhadora. Em consequência, os trabalhadores conscientes de sua condição de explorados desencadearam lutas contra seus opressores, caracterizando a questão social, entendida como o amplo aspecto de problemas sociais pela instauração e expansão da industrialização capitalista.

### 3.1 OS FUNDAMENTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO PROFISSIONAL

Com o surgimento da questão social e o novo contexto da ordem socioeconômica capitalista, o Estado passou a dar respostas às problemáticas sociais, formulando e implementando políticas sociais, as quais expressam conquistas da classe trabalhadora. Assim, a luta de classes pode ser considerada um dos principais determinantes que impulsionaram a emergência do Serviço Social. A propósito Netto (2006), refere-se que a questão social se coloca como alvo das

políticas sociais e o Serviço Social emerge como profissão de forma indivorciável da ordem monopólica do capital. Sendo assim:

Aqui recai, pois, a base de sustentação funcional-ocupacional do Serviço Social (...): um profissional que surge dentro de um projeto político, no marco das lutas de classes desenvolvidas no contexto do capitalismo monopolista clássico, cujo meio fundamental de emprego se encontra na órbita do Estado, este último contratando-o para desempenhar a função de participar na fase final da operacionalização das políticas sociais. Ali radica sua funcionalidade e legitimidade (MONTAÑO, 2007, p. 43).

Além disso, a trajetória do trabalho profissional do assistente social tem sido atender, principalmente, uma demanda do capital ou do trabalho, com interesses distintos, essa contradição é uma realidade no contexto profissional. Contudo, considera-se importante mencionar que o comprometimento do assistente social com a garantia de direitos, independente de quem ele represente na execução de sua atividade pela busca de sua legitimação.

Segundo Montaño (2007), não houve evolução ou formas anteriores de ajuda para o Serviço Social “profissionalizado”, criou-se um novo ator, um novo profissional. A profissão não emerge como evolução das ações filantrópicas ou da caridade, pois ela é vinculada a ordem monopólica e essencial para essa ordem, à medida que desempenha um papel de mediador entre as lutas sociais e o projeto político-econômico da classe hegemônica, buscando sua legitimação enquanto profissão. Ao ignorar a compreensão do contexto histórico-social, a gênese do Serviço Social, enquanto profissão pode ser entendida como resultado do status “sócio-ocupacional das condutas filantrópicas e assistencialistas que convencionalmente se consideram as suas protoformas” (NETTO, 1992, p.14).

Segundo Raposo (2013, p.321), no Brasil:

“a aproximação entre o Serviço Social e a Questão Social está presente na profissão desde a sua institucionalização sob forte influência do Serviço Social franco-belga, mas a preocupação em defini-la e em apreender os seus fundamentos é recente”.

A propósito, segundo Kameyama (1988) apud Raposo (2013), a origem e o processo de institucionalização do Serviço Social estão diretamente articulados à dinâmica do desenvolvimento capitalista. Assim, entende-se que o surgimento da questão social no novo contexto da ordem socioeconômica capitalista, criou as condições políticas para o surgimento do assistente social enquanto um profissional

inserido na divisão sócio técnica do trabalho, vinculado à execução da política social para atender a classe trabalhadora nas instituições públicas e privadas.

Assim, ao tomar por base a teoria marxista, entende-se que a questão social revela uma contradição que se manifesta como uma problemática,

que é determinada pelo traço próprio e peculiar do modo de produção capitalista, ou seja, “a contradição entre capital/trabalho – a exploração” (NETTO, 2001, p.41 apud RAPOSO, 2013, p. 322). Ao mesmo tempo, esta, pode ser encarada, no âmbito político como objeto de intervenção do Estado e das políticas sociais (Ibid., p.322).

Sendo assim, as políticas sociais se constituem estratégias de enfrentamento do Estado às expressões da questão social, a qual se constitui o objeto dessas políticas, as “quais oferecem um mínimo de respaldo à imagem do Estado como “social”, como mediador de interesses conflitantes” (Ibid., p. 322), constituindo-se, assim, um mecanismo de legitimação e consolidação da hegemonia capitalista. Desta forma:

(...) o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação como especialização do trabalho. 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 de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2004, p.27).

Assim, analisar o trabalho do assistente social torna-se fundamental considerar os seguintes aspectos: “O primeiro é *considerar a questão social como base de fundação sócio histórica do Serviço Social* e o segundo é *apreender a ‘prática profissional’ como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho* (IAMAMOTO, 2004, p.57, grifo do autor)”. Cria-se, então, um espaço sócio ocupacional ocupado por vários profissionais, 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 estatais.

Com base na teoria marxista, lamamoto (2004) afirma que qualquer processo de trabalho sugere uma matéria-prima ou objeto sobre o qual sucede a ação do



sujeito e que o próprio trabalho demanda meios ou instrumentos para que possa ser concretizado. No que se refere ao processo de trabalho do Serviço Social<sup>5</sup>:

*O objeto do trabalho, aqui considerado, é a questão social. É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta contra pela terra etc. Essas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional. Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero *pano de fundo* para o exercício profissional, tornando-se *condição do mesmo*, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2004, p. 62, grifo da autora).*

Dessa forma, o assistente social intervém nas mais variadas expressões da questão social, tais como: os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na habitação, na saúde, na assistência social pública, etc. No que se refere aos aspectos sociais na área da saúde, tornam-se necessários conhecimentos multidisciplinares e plurais, além de práticas complementares e interdisciplinares. Nesta perspectiva, o Serviço Social possui um lugar nessa área que, em articulação com as demais áreas de saber, permite obter uma visão integral do sujeito que adocece, favorecendo a compreensão das implicações socioeconômicas e culturais da saúde, fator relevante para a humanização e qualificação do atendimento aos seus usuários, conforme preconiza as diretrizes do SUS.

Na relação do Serviço Social com a área da Saúde Mental, a substituição dos serviços manicomiais pelos serviços alternativos propiciou, de acordo com Bisneto (2009), a participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação, o que está permitindo o emprego, desde os anos 1990, de assistentes sociais em Saúde Mental, numa espécie de nova “onda” de contratações similar à produzida nos anos 1970 pelas resoluções do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Pois, desde o fim dos anos 1990 já existem no Sudeste do Brasil vários serviços alternativos: Centro de Atenção Diária (CAD); Centro de Atividades Integradas em

---

<sup>5</sup> Não é consenso na categoria profissional dos assistentes sociais o posicionamento sobre o Serviço Social ser considerado como processo de trabalho. A discussão está em aberto e apresenta material teórico consistente nas duas polaridades do debate, para isso ver:

LESSA, S. Serviço social e trabalho. Por que o serviço social não é trabalho?. 2ª edição – revista e ampliada. Instituto Lukács: São Paulo, 2012.

IAMAMOTO, M. A prática como trabalho e a inserção do Assistente Social em processos de trabalho. In: O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

Saúde Mental (CAIS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); hospital-dia; oficinas terapêuticas; clubes de convivência, moradia assistida; dentre outros. O autor Bisneto (2009, p. 40) refere que:

Tanto o Serviço Social contemporâneo quanto a psiquiatria do Movimento de Reforma Psiquiátrica têm influências do Movimento Institucionalista e do Sanitarismo (Bravo, 1996 apud Bisneto). Além disso, o Movimento de Luta Antimanicomial propiciou uma concepção e prática em Saúde Mental mais politizada, bem como a contratação de mais assistentes sociais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica veio propor novos encaminhamentos metodológicos, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas refrações da “questão social” na área da Saúde Mental. Um dos problemas de ordem metodológica, é que o Serviço Social não incorporou no seu ensino as correntes da Análise Institucional que fazem mediação entre os temas básicos em Saúde Mental e a discussão da sociedade de classes.

Quanto à inserção de assistentes sociais na Saúde Mental, historicamente foi sobredeterminada pela criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico. Essas equipes não se instituíram somente porque o Serviço Social constituiria uma nova forma de encaminhar o problema da loucura, mas também porque o Serviço Social operaria como intermediário das demandas sociais emergentes na área manicomial e como barateador dos custos da assistência em geral.

Assim, 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 (BISNETO, 2009, p. 51).

Em relação ao fazer profissional do assistente social em Saúde Mental, em particular no CAPS, Bisneto (2009) expõe que o profissional trabalha de forma pluralista quando usa as elucidações do marxismo para compreender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental. Os médicos psiquiatras mais progressistas também tendem a aceitar o ponto de vista do Serviço Social crítico para explicar a exclusão social, mas dificilmente admitem as contribuições do marxismo para explicar a loucura ou para atuar na assistência psiquiátrica. O autor ainda evidencia que na área de Serviço Social e Saúde Mental é interessante trabalhar na perspectiva de pluralismo como descrito acima, ou usar novos campos

de coerência, como a Análise Institucional, porque os paradigmas clássicos não conseguem resolver sozinhos os problemas na conjunção de uma assistência biopsicossocial. Vejamos a seguir:

No Movimento de 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 (BISNETO, 2009, p. 61).

Nesse sentido, orientado por uma perspectiva histórico e crítica, pode-se propiciar uma ruptura com as práticas funcionais ao sistema burguês e ao capital também na atuação em Saúde Mental. “A metodologia do assistente social em psiquiatria não pode ser praticista ou iluminada por um conhecimento técnico pretensamente neutro (MONTAÑO, 1998, p.44 apud BISNETO)”. Conclui-se que, para romper de vez com as teses endogenistas, faz-se indispensável arguir às perspectivas tradicionais da psiquiatria e do Serviço Social e adotar o Movimento de Reforma Psiquiátrica, porém perceber o significado do papel da categoria profissional dos assistentes sociais de trabalhar com o olhar social, a contradição, a politização, a ordem do trabalho produtivo, da subjetividade no campo econômico e histórico da análise social.

Tem-se ainda na relação Serviço Social e Saúde Mental, o seguinte cenário segundo Bisneto (2009), no Brasil há a conjunção de quatro fatores sociais, são eles: o capitalismo monopolista, a globalização financeira e mercantilista, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva. Resultando na estrutura social em sérios problemas da ordem do Serviço Social e da Saúde Mental. São quatro fenômenos sociais complexos, de longo percurso histórico, que sob o ponto de vista da repercussão nas políticas sociais, resulta em dificuldades na assistência social e psiquiátrica. Logo,

Dentro dessa política os governos estão interessados em diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do Estado. Aproveitam-se da onda neoliberal para não internar pacientes, mesmo sem criar serviços alternativos suficientes, diminuindo verbas e não contratando novos profissionais. Mas, contraditoriamente (ou não!), os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e “terceiro setor” filantrópicos, através de convênios que pagam internações para os usuários dos serviços de Saúde Mental, para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que

compõe a base de sustentação de seus mandatos. Pois, mesmo quando não existe interesse econômico imediato, há na maioria dos casos, no Brasil, favorecimentos pessoais ou ganhos políticos e ideológicos por trás das corporações sem fins lucrativos (BISNETO, 2009, p.42-43).

Assim, considerando o espaço sócio ocupacional dos CAPS's, nestas condições expostas anteriormente, o assistente social exerce o seu trabalho em forma de assalariamento, ou seja, o seu trabalho é considerado uma mercadoria, submetido a um contrato de trabalho instituído pelo modo de produção capitalista desde o final do século XVIII e início do século XIX com a Revolução Industrial, na Inglaterra. Segundo lamamoto (2012, p. 18):

Nesse processo de compra e venda de sua força de trabalho especializada, o assistente social entrega ao seu empregador o valor de uso específico de sua força de trabalho qualificada. Por um lado, essa atividade – como qualquer outro trabalho – implica transformação de uma matéria sobre a qual incide e à qual tem acesso pela mediação de seu empregador, além de concretizar-se em um resultado que tem objetividade material ou social. Decorre daí a necessidade de se reconhecer a qualidade dessa atividade, sua particularidade na divisão técnica e social do trabalho coletivo, ou seja, sua natureza peculiar, os meios necessários à sua efetivação, a matéria que transforma e os resultados que produz, nas várias inserções profissionais.

Essa concepção da profissão enquanto trabalho e a construção de sua prática profissional como um processo de trabalho só é possível graças à aproximação que os assistentes sociais têm nas décadas de 1970 e 1980 com a teoria marxista. Essas décadas marcam o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, a partir da crítica ao conservadorismo profissional, estimula-se o desenvolvimento de um novo projeto profissional comprometido com a classe trabalhadora, “precisamente a base do que se está denominando projeto ético político” (NETTO, 1999, p. 1). O projeto Ético-Político do Serviço Social<sup>6</sup> se constitui em uma nova proposta coletiva, societária e macroscópica que visa elaborar propostas para a sociedade como um todo estando relacionado à profissão. Na lógica do capitalismo, projetos societários visam atender aos interesses das classes subalternas e que se encontram quase sempre em situação de desvantagem em relação às classes dominantes. Os

---

<sup>6</sup> O termo projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social apareceu pela primeira vez no IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS realizado na cidade de Goiânia no período de 20 a 24 de Julho de 1998, e teve como tema “Trabalho e Projeto Ético-Político Profissional”. De acordo com Braz (2008) o processo de consolidação do projeto na década de 90, explicita a maturidade profissional dos assistentes sociais, principalmente, através do acesso às pós-graduações que qualificam e ampliam a produção de conhecimentos. Pode-se também atestar a maturidade político-organizativa da categoria através de suas entidades representativas e de seus fóruns deliberativos.

projetos profissionais, em geral, se constituem em nível acadêmico superior e dependem de uma série de regulações.

Assim sendo a base de sustentação do projeto Ético-político está no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão e as novas diretrizes Curriculares do Ministério da Educação. Quanto à formação profissional, a Lei de Diretrizes e Bases para Educação produziu modificações em seu corpus. A reformulação do currículo de 1982 resultou no currículo de 1996, que já prevê uma formação voltada para os termos do projeto ético-político do Serviço Social. Como resposta a essas situações, em 1993 fez-se necessário revisar também o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e aos poucos, o Serviço Social foi abandonando seu caráter meramente burocrático passando a atuar com compromisso, de modo a zelar pela qualidade dos serviços que é oferecido à população.

Mesmo sendo considerado um profissional liberal essa forma de trabalho não é comum em nossa sociedade. A profissão é considerada como uma especialização do trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social. O século XXI é uma época repleta de desafios, principalmente, no que diz respeito ao mercado de trabalho, em tempos de crise, desemprego e novas formas de trabalho, é possível constatar a luta incessante dos trabalhadores pela sobrevivência seja no campo seja na cidade, da qual, os assistentes sociais não são alheios a essa situação. Entretanto, a articulação para solucionar certas demandas não está restrita a capacidade deste profissional. É necessário acima de tudo que o poder público cumpra sua responsabilidade quanto à implementação de políticas voltadas para as demandas prioritárias da sociedade como um todo, sem priorizar uma ou outra linha seja política, econômica ou social. Trata-se, então, de um desafio que poucos se propõem e dificilmente conseguem garantir.

Segundo Yamamoto (2004) um dos maiores desafios para o assistente social na contemporaneidade é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano. Ser um profissional propositivo e não só executivo.

Quanto ao mercado de trabalho, o Estado ainda é o grande empregador, e no serviço público o assistente social além de executor de políticas sociais participa de sua formulação e gestão. Nesse sentido, o mercado de trabalho do assistente social

na esfera estatal, conforme dados de pesquisa realizada, em 2005, pelo Conselho Federal de Serviço Social em parceria com a Universidade Federal de Alagoas, junto aos profissionais ativos inscritos nos conselhos regionais, indicam que no contexto nacional 78,16% dos assistentes sociais estão em organismos estatais (ALENCAR e ALMEIDA, 2011).

Esses dados confirmam a tendência histórica de inserção do assistente social na esfera pública estatal, considerando o total de percentuais das instituições públicas municipais, estaduais e federais. O mercado de trabalho para os assistentes sociais tradicionalmente teve o Estado como seu maior empregador, tendo em vista a tendência de generalização do caráter público da intervenção sobre a “questão social” na sociedade brasileira, ainda que com graves distorções, como já foi amplamente discutido na literatura profissional que trata da condição da política social no Brasil. Dentre as principais áreas, destaca-se a da saúde, com maior número de assistentes sociais, além da assistência social, previdência social, habitação, educação e o campo sócio jurídico (ALENCAR e ALMEIDA, 2011, p.105).

Assim, novos espaços sócios ocupacionais vêm absorvendo esses trabalhadores, a exemplo das grandes corporações econômicas que investem em responsabilidade social, empresas que adotam a gestão pela qualidade total. Outro amplo e diversificado campo é o chamado terceiro setor constituído pelas organizações não governamentais:

O novo perfil que se busca construir, é de um profissional afinado com os processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; profissional criativo e inventivo, capaz de entender o ‘tempo presente, os homens presentes, a vida presente’ e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história. (IAMAMOTO, 2004.1, p.49).

A profissão na atualidade, além de entender as novas mediações históricas imbricadas nos processos sociais, exige acúmulo teórico-metodológico que lhe permita interpretar seu contexto de forma crítica, ampliando seu espaço ocupacional e elaborando estratégias de intervenção de acordo com a situação, interessada primeiramente com a excelência do serviço prestado aos seus usuários. O subitem a seguir irá apresentar elementos do Estado brasileiro, o qual será o pano de fundo em que o Serviço Social se fará presente na sua relação com as políticas públicas.

### 3.2 O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

O postulado de Hegel, segundo o qual a sociedade civil seria a esfera das relações econômicas e dos interesses particularistas e o Estado a esfera da universalização, constitui o ponto de partida para o desenvolvimento dos estudos de Marx acerca da natureza do Estado moderno e de sua relação com a sociedade civil, definindo a sociedade civil como a esfera da produção e da reprodução da vida material. Sob este entendimento, deduz-se que sociedade civil e estrutura econômica para Marx, possuem o mesmo significado, pois para ele é na sociedade civil que se fundamenta a natureza estatal e não o contrário como preconizava Hegel.

Sendo assim, o Estado é concebido como um produto da sociedade civil que expressa suas contradições e as perpetua posto que as mesmas emergem das relações de produção. Trata-se de uma concepção de Estado que contraria o pensamento de Hegel, ao considerá-lo como uma esfera independente, com racionalidade própria. Em síntese: não é o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado. Baseados em Marx, Montaño e Duriguetto (2010, p.37), referem-se que:

O Estado é a instância que diz representar o interesse universal, mas representa uma classe. Ele cumpre a universalidade reproduzindo o interesse da classe dominante. Assim, o Estado tem a aparência da universalidade, mas a sua realidade efetiva é particular, na medida em que ele garante a organização das condições gerais de um sistema social (ou organização da produção) no qual e pelo qual a burguesia existe como classe dominante.

A concepção de Estado Ampliado em Gramsci está pautada na socialização da política, ou seja, o Estado se amplia, incorporando novas funções, contendo no seu seio as lutas de classes. O Estado ampliado é composto por duas esferas: sociedade política voltada à preservação da função de coerção e incorpora a esfera da sociedade civil, cuja função é o consenso. Essa esfera assinalaria o espaço em que se desponta a organização e a representação dos interesses dos diferentes grupos sociais. Em Gramsci a sociedade civil é composta por uma rede de organizações, entre elas, associações, sindicatos, partidos, movimentos sociais, organizações profissionais, atividades culturais, meios de comunicação, sistema educacional, parlamentos, igrejas etc. É uma das esferas sociais em que as classes

organizam e defendem seus interesses, em que se confrontam projetos societários, na qual as classes suas frações lutam para conservar ou conquistar hegemonia (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010).

Para Gramsci (2000, p. 331 apud Montaño e Duriguetto, 2010), "Estado é todo complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas também consegue obter o consenso ativo dos governados". O autor entende o conjunto de mediações que conformam esse processo e esclarece esse domínio e o consentimento, pois a habilidade de dirigir e organizar o consentimento dos subalternos é um elemento fundamental para o fortalecimento da dominação de classes. A esfera da sociedade civil é a esfera das mediações do exercício da dominação de classe pelo exercício do convencimento.

Após a conceituação da categoria Estado em sua compreensão clássica, para a apreensão da concepção de Estado na atualidade faz-se indispensável situá-lo historicamente. Objetivando apreender a formação do Estado partiu-se da elaboração de Bresser (2006) acerca do Estado-nação, que, como sua própria denominação sugere, tem o Estado como seu elemento constituinte fundamental e constitui-se o principal resultado político da Revolução Capitalista. Esta, no plano econômico, deu origem ao capital e às demais instituições econômicas fundamentais do sistema – o mercado, o trabalho assalariado, os lucros, e o desenvolvimento econômico decorrente da acumulação de capital combinada com o progresso. No plano social, surgem as três novas classes sociais: a burguesia, os trabalhadores assalariados, e, em uma segunda fase, a classe profissional. No plano político, além do Estado, surgem a nação e a sociedade civil, e, definem-se, sucessivamente, os grandes objetivos políticos e as respectivas ideologias: a liberdade e o liberalismo, a autonomia nacional e o nacionalismo, o desenvolvimento econômico e a racionalidade instrumental ou eficientismo, a justiça social e o socialismo, e a proteção da natureza e o ambientalismo.

No período do segundo Pós-Guerra foi instituído o "Welfare State", configurando-se estratégico para expansão do capitalismo, ao associar à sua dinâmica econômica parte das demandas operárias por melhores condições de vida e trabalho. Essa realidade perdura dos anos 40 até os anos 70 do século XX, quando, segundo Mota (2009) no âmbito do sistema capitalista e da sua economia-mundo, instala-se muito mais do que uma crise econômica: estão postas as condições de uma crise orgânica do capitalismo, marcada pela perda dos



referenciais erigidos sob o paradigma do fordismo, do keynesianismo, do “Welfare State” e das grandes estruturas sindicais e partidárias. A crise do capitalismo na contemporaneidade apresenta para a referida autora, as seguintes características:

[...] a) a reestruturação dos capitais, com as fusões patrimoniais, a íntima relação entre o capital industrial e financeiro, além da formação de oligopólios globais via processos de concentração e centralização do capital; b) as transformações no mundo do trabalho, que tanto apresentam mudanças na divisão internacional do trabalho como redefinem a organização do trabalho coletivo, reduzindo a fronteira entre os processos de “subsunção real e formal” do trabalho ao capital e compondo a nova morfologia do trabalho, segundo a expressão de Antunes (2006); c) a reconfiguração do aparato estatal e das ideologias e práticas que imprimem novos contornos à sociabilidade capitalista, redefinindo mecanismos ideopolíticos necessários à formação de novos e mais eficientes consensos hegemônicos (MOTA, 2009, p. 9).

No que concerne à compreensão do Estado brasileiro, faz-se imprescindível tratar como este foi concebido ao longo da história. Sobre a formação do Estado nacional brasileiro, Rompatto (2001), refere-se que em primeiro lugar se procurou formar um Estado Nacional forte, centralizador, cujo objetivo era colocar a nação na trilha do desenvolvimento. Desta forma, a política nacional esteve condicionada, em vários momentos, desde seu nascimento, por forças externas e, dependendo do grau maior ou menor das pressões externas a sua economia, essa política tomou formas e contornos próprios.

A singularidade na política brasileira foi tanta que primeiro se consolidou a burguesia nacional e depois o Estado instituindo a nação e tudo o que a condicionou enquanto tal: a monarquia, a centralização política paradoxal com a presença do liberalismo econômico aliado à permanência de uma estrutura de características extremamente coloniais, agroexportadora e escravocrata. A soberania nacional, portanto, não fez parte, em nenhum momento dessa fase inicial da formação do Estado brasileiro, pois, tendo um papel secundário no cenário econômico mundial, o Brasil deixou de ser colônia de Portugal, para tornar-se colônia do imperialismo inglês.

Se o Estado nacional nasceu, economicamente, dependente do capital externo e sem nenhuma reserva para sustentação da ordem e da soberania nacionais, politicamente foram herdeiros do absolutismo português, no qual o regime monárquico ao reservar a esfera de poder à donataria de bens de raiz, isto é, à classe economicamente dominante, procurou afastar da política a grande maioria da

população (brancos, pobres, negros e mestiços), maioria esta que permaneceu mergulhada na escravidão, distante da cidadania e da participação política. Assim, ao se efetuar uma comparação do Estado brasileiro com o cenário mundial, constata-se que:

Diferente da trajetória que determinou o Welfare, o desenvolvimentismo no Brasil foi resultado de um processo de modernização conservadora que consolidou a industrialização e o crescimento econômico, mas que não redistribuiu os resultados dessa expansão com a maioria da população trabalhadora. Merece, portanto, ser ressaltada a inexistência da experiência welfareana no Brasil apesar da criação de algumas políticas de proteção social, instituídas a partir dos anos 40, mas somente redefinidas nos anos 80, quando se instituem as bases formais e legais do que poderia ser um Estado de Bem-Estar Social, na Constituição de 1988 (MOTA, 2009, p.7).

Convém incluir nessa discussão a fase identificada como desenvolvimentismo, processada em países da América Latina incluindo o Brasil. Para melhor entendimento ver Sampaio Jr. (2012, p. 673), “o desenvolvimentismo é um termo vago utilizado para designar o pensamento crítico sobre os dilemas e os desafios do desenvolvimento nacional nas economias latino- americanas enredadas no círculo vicioso da dependência e do subdesenvolvimento.” O autor aponta o desenvolvimentismo enquanto uma arma ideológica das forças econômicas e sociais, e ainda no momento decisivo de cristalização das estruturas da economia e da sociedade burguesa, se topavam com a utopia de um capitalismo domesticado, subordinado aos desígnios da sociedade nacional.

O Estado desenvolvimentista do Brasil, de acordo com Schneider (2013), evoluiu e, em alguns aspectos, se consolidou, sob governos democráticos de 1945 a 1964. De fato, muitas das principais medidas da política de substituição de importações (por exemplo, a promoção da indústria automobilística) e instituições-chave, como as estatais – em especial o BNDES e a Petrobras –, datam deste período político mais aberto. Tanto durante os períodos democráticos quanto os não democráticos, o Estado desenvolvimentista brasileiro foi alvo de outros canais de participação política, que vão desde conselhos formais – conselhos populares, inicialmente com Vargas durante o autoritário Estado Novo (Diniz, 1978 apud Schneider) –, ou consultas informais – conhecidos como anéis burocráticos durante o regime militar (Cardoso, 1975 apud Idem) –, para as aberturas previstas pela fluida burocracia de livre nomeação, em que muitos estrangeiros foram nomeados para

executar partes do Estado desenvolvimentista. Entretanto, faltaram meios estruturados para a promoção de uma participação que fosse além das elites.

Em suma, os sucessivos governos do Brasil construíram, na segunda metade do século XX, os elementos centrais de um Estado desenvolvimentista, incluindo algumas agências weberianas ou “bolsões de eficiência”, e alguns arranjos institucionais efetivos para o monitoramento e planejamento. No entanto, houve geralmente pouco esforço de exigir uma detalhada reciprocidade dos beneficiários de subsídios. Em parte por esta razão, o Estado desenvolvimentista teve mais sucesso em projetos que promoveu usando exclusivamente o setor público, que será o foco da próxima seção, do que quando atuou com parceiros do setor privado (Ibid., p.14).

Sampaio Jr. (2012) cita que o Estado desenvolvimentista no Brasil entra em processo de declínio a partir da ditadura militar brasileira, compreendida entre o período dos anos 1960 e 1980. Apoiadas pelo império norte-americano, os setores pragmáticos interromperam violentamente o processo de reformas estruturais, cristalizando definitivamente a dupla articulação — dependência externa e segregação social — como alicerce fundamental da acumulação de capital na região. A contrarrevolução jogou por terra os sonhos desenvolvimentistas. O regime burguês sedimentou-se como uma sociedade mercantil particularmente antissocial, antinacional e antidemocrática. A superexploração do trabalho tornou-se parâmetro estratégico do padrão de acumulação. Pobreza e miséria se transformaram definitivamente na galinha de ovos de ouro da burguesia latino-americana. Acabava a ilusão de um capitalismo civilizado. O brutal desequilíbrio na correlação de forças entre capital e trabalho tornou-se premissa fundamental do capitalismo no continente.

Esse cenário vai delineando como seria o panorama da sociedade no final dos anos 1980 com o processo de redemocratização no Brasil. Mesmo com a intensificação da crise social, contraditoriamente as políticas sociais tem um significativo redimensionamento por parte do Estado com a diminuição de sua ação reguladora. Assim, a partir dos anos 1990, o Estado brasileiro passou a se orientar pelas ideias neoliberais. Segundo Montanõ e Duriguetto (2010), o liberalismo é uma tradição heterogênea, organizada em dois aspectos que lhe garantem unidade interna: o primeiro é constituir uma corrente de pensamento organizada em torno dos interesses de classe da burguesia; em segundo lugar, consiste numa tradição centrada no conceito de liberdade, ou seja, a ordem burguesa e a garantia de liberdades:

A tradição liberal tem uma visão formal de liberdade. From (1980) distingue a liberdade negativa, formal ou “liberdade de...” (ausência formal de impedimentos ou restrições que um sujeito ou instituição possa exercer sobre a pessoa em questão; ausência de interferência externa no caminho ou na ação das pessoas), da liberdade positiva ou “liberdade para...” (conceito não formal, mas fundamental, de liberdade, não com ausência de impedimentos, mas como capacidade de fazer). O liberalismo concebe a liberdade apenas na dimensão “negativa”, e entende que a intervenção do Estado deriva na sua limitação. Assim, tal como manifesta Bobbio, para essa corrente de pensamento, “liberdade e igualdade são valores antitéticos, no sentido de que não se pode realizar plenamente um sem limitar fortemente o outro” (BOBBIO, 1993, p.39 *apud* MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010, p. 50, grifo dos autores).

Deduz-se, então, que a concepção “negativa” de liberdade exposta acima não é capaz de realizar a plena liberdade e igualdade social, sobretudo em se tratando de uma sociedade essencial e estruturalmente desigual, no caso a sociedade capitalista. Em uma sociedade desigual como a brasileira, a intervenção estatal como instrumento de reprodução da ordem, mas também de minimização da desigualdade estrutural, torna-se fundamental. Esse ideário seria a sustentação do que viria a ser a o neoliberalismo.

O termo neoliberalismo não foi criado por Hayek (1944 *apud* Montañó e Duriguetto, 2010), apesar de que o mesmo é considerado o fundador dessa vertente do liberalismo (econômico), defensor do retorno do mercado desregulado e contra o intervencionismo estatal. Para este autor, a única forma de desenvolvimento socioeconômico com liberdade é o mercado concorrencial; sustenta, ainda, que o desenvolvimento da democracia, da igualdade de oportunidades e /ou de justiça social limita e impede a pela realização da liberdade, pois entende que a concorrência no mercado estimularia o desenvolvimento, logo, não seria responsável pela desigualdade. Desta forma, o autor acima mencionado descarta qualquer possibilidade de planejamento central do Estado na intervenção sobre as manifestações da questão social, pois, para o mesmo as únicas funções de um governo legítimo deveriam ser as de fornecer uma estrutura para o mercado e ofertar apenas os serviços que o mercado não pode prover; já as ações de justiça social ou redistribuição de renda seriam desenvolvidas de forma focalizada e descentralizada pelas Igrejas, instituições sociais, ONG's etc.

Com a desestruturação do Estado de bem estar social, a partir da década de 1970, tendo como pano de fundo a crise do capital, os governantes dos países centrais adotam outra postura que se espalha em nível global, a política neoliberal,

Desta forma, o “projeto/processo neoliberal” constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital – em face da crise do avanço tecnocientífico e das lutas de classes que se desenvolvem no pós-1970, e que se desdobra basicamente em três frentes: a ofensiva contra o trabalho (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas “reestruturação produtiva” e “(contra) reforma do Estado” (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010, p.193).

Nos anos 1990, observa-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Para Bravo (2006) apesar de o texto constitucional conter avanços, referindo-se a Constituição Brasileira de 1988, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Carta Magna. Então analisa-se:

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado (PEREIRA, 1995 , p. 13).

Assim, a reforma do Estado responde a necessidade do grande capital de liberalizar os mercados. Configura-se pelo desmonte das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas. Tal reforma está “articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica da grande capital [...]” (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010, p.203). Nesse cenário, as políticas sociais assumirão uma nova formatação, sincronizadas com as estratégias atuais de acumulação, sob a égide do capital financeiro. Em consequência, os Estados - nações passaram a adotar medidas para a redução dos gastos na esfera social.

Nesta perspectiva, duas ações estatais são fomentadas: a primeira refere-se ao aditamento da privatização dos serviços sociais, seja pela contratação direta de serviços privados, seja pela precarização dos serviços públicos, obrigando significativa parte da população a utilizar os serviços do setor privado; a segunda está relacionada ao estabelecimento de parcerias promovidas pelos governos locais e as Organizações-Não Governamentais (ONG's), por meio da contratação de serviços que devem ser prestados por parte das mesmas, bem como mobilizando a chamada solidariedade individual e voluntária (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010).

Sob esta ótica, Gomes (2013) refere-se que foi assim que o país chegou ao século XXI, marcado por um legado de ausência de direitos, tendo de enfrentar o avanço de mais uma forte ofensiva do capital que mercantiliza as relações sociais e solapa as já tão frágeis bases do Estado neutralizando, deste modo, qualquer possibilidade de construção de uma democracia e cidadania, ainda que em sua forma clássica. Em consequência, as políticas públicas sociais assumem a forma de enfretamento da questão social com características de segmentação, fragmentação e focalização, dividindo o seu público alvo em trabalhadores e cidadãos alheios ao processo produtivo, ambos consumidores. Logo, essas políticas têm como orientação: a mercantilização, a financeirização e a monetarização.

Resumidamente, a mercantilização consiste na liberdade do mercado em vender os serviços de: saúde, educação, previdência privada, habitação entre outros serviços, transformando direitos sociais em mercadoria. A financeirização ocorre quando o Estado repassa recursos financeiros do fundo público às instituições bancárias que utilizam esse capital para investimentos financeiros e, conseqüente, geração de lucro através de juros. No que se refere à monetarização consiste na transferência de dinheiro do Estado para o cidadão, mediado pelas instituições financeiras, com primazia de tornar esse cidadão em um consumidor (GRANEMANN, 2012).

A crítica que se faz do governo Lula até o atual, é que a política macroeconômica do antigo governo, foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social. Bravo (2006, p.18) refere-se particularmente a saúde como:

Aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 1990, ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência.

De acordo com Almeida (2012), durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-10), presidente do partido líder de uma ampla coalizão, implementou-se uma política apresentada como neodesenvolvimentista tendo aprovação desde o semiproletariado à grande burguesia bancária, de agronegociistas a movimentos de sem-terra, apoio que, ao menos no plano discursivo, foi acompanhado pelo entusiasmo de governantes de todo mundo. Para entendimento do termo neodesenvolvimentismo ver, Sampaio Jr. (2012, p. 678):

O chamado neodesenvolvimentismo é um fenômeno recente e localizado, indissociável das particularidades da economia e da política brasileiras na segunda metade dos anos 2000. Sua repercussão não ultrapassa as fronteiras da “província” e, mesmo no seu interior, circunscreve-se a pequenos círculos acadêmicos. Mais do que uma nova tendência do pensamento econômico com fôlego para se expandir a outras praças e resistir à prova do tempo, a onda neodesenvolvimentista está diretamente relacionada às intrigas e conspirações palacianas entre as duas facções que disputam o controle da política econômica brasileira: a monetarista — braço direito do neoliberalismo — e a autoproclamada “desenvolvimentista” — braço esquerdo da ordem. Fenômeno análogo já tinha se esboçado no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, contrapondo as diretrizes do Banco Central, liderado por Gustavo Franco, às políticas do BNDES, então sob a influência dos irmãos Mendonça de Barros.

Ainda sobre o Estado brasileiro na atualidade, Almeida (2012) concorda que o neodesenvolvimento é um modelo capitalista neoliberal reformado, cuja base política é a Frente Desenvolvimentista, dirigida pela burguesia interna brasileira, fração de classe que, diferentemente de uma burguesia nacional, é desprovida de qualquer disposição anti-imperialista. Agrega a quase totalidade das classes dominadas, do operariado urbano ao campesinato, passando pelas legiões de desempregados e semiempregados, participando da Frente Desenvolvimentista porque percebe que é beneficiada econômica e politicamente por essa nova versão do neoliberalismo.

O conteúdo apresentado neste subitem buscou as bases em que se constituiu o Estado brasileiro e como as políticas sociais foram se construindo de modo a terem se tornadas fragmentadas, segmentadas e focalizadas, mas ainda assim resistentes. Neste sentido o capítulo a seguir irá delinear a questão da saúde no Brasil e como está foi se desenvolvendo, nos diversos momentos históricos, assim como a saúde mental em particular se apresentou nesse processo.

#### **4 A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: elementos para a sua compreensão**

A história da saúde no Brasil ganha notoriedade a partir do seguinte contexto, a Revolução de 1930, no Brasil, teve suas raízes na desagregação do sistema oligárquico-coronelístico que prevaleceu na República Velha, apoiado na manipulação do voto rural. Esta circunstância está vinculada ao início do processo de industrialização do país, que gerou novas frações da burguesia e amplas camadas urbanas excluídas do processo político. Essa Revolução assinalou uma inflexão política, com a invalidação da estrutura de poder da Primeira República e com a disposição de um Estado com maior autonomia relativa frente às frações das classes possuidoras. Há uma crise de hegemonia, na medida em que nenhuma classe ou fração de classe tornou-se hegemônica, sucedendo à oligarquia cafeeira. Sobrevém também a altercação entre as oligarquias pelo controle do Estado, que atuou de forma contraditória replicando concomitantemente os interesses de distintos grupos (BRAVO, 2013). Sobre as políticas sociais nesse período:

A conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 1920, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 2013,p.127).

No caso específico da política de saúde a mesma autora expõe,

Na década de 1930, é possível identificar, no bojo das políticas sociais, uma *política de saúde* de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de



saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, e restritamente, para os do campo. O subsetor de medicina previdenciária só vira a sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. [...] A política de saúde foi viabilizada pela criação de um aparato nacional, que fazia parte da estratégia de centralização do poder. O Ministério da Educação e Saúde, criado em 1930, compunha-se de dois departamentos nacionais: o de Educação e de Saúde, denominado “Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social” (Idem, p.132).

Como poderemos observar, a situação política do país influenciou diretamente na construção do campo da saúde brasileira. Assim, Bravo (2013) menciona que a ditadura do Estado Novo entrou em decadência a partir de 1943. Um dos fatores centrais foi a situação internacional dos últimos anos da Segunda Guerra Mundial, com as derrotas do nazi-fascismo, recolocando para humanidade a questão da democracia. A restauração democrática em 1945 não produziu uma substituição radical dos grupos no poder, embora exigisse uma reformulação político-institucional. Apesar de Vargas ter sido deposto em 1945, a liderança do processo de redemocratização do país manteve a mesma elite política que comandava antigo regime. Ela promoveu as primeiras eleições nacionais e a formulação da Carta Constitucional de 1946. Esse cenário propiciou que:

O Estado, a partir de 1945 e, especialmente, de 1950, assumiu traços próximos aos do denominado Estado de “Bem-Estar Social” aumentando os gastos estatais na área social. Esta postura tem relação com a emergência de novas forças sociais na vida nacional. O contingente de trabalhadores cresceu com a industrialização, havendo uma considerável camada urbana formada pelo proletariado industrial e por trabalhadores braçais não integrados no setor industrial, empregados subalternos dos serviços públicos, operário de pequenas oficinas e do setor terciário (BRAVO, 2013, p. 139-140).

Deste modo, na década de 1950, com o reaparelhamento do Estado, a saúde pública vivenciou a extensão relativa do atendimento e a sofisticação da estrutura do aparelho estatal, com maior centralização. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, anteriormente vinculado ao órgão ministerial incumbido da Educação. O novo ministério manteve basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, com ampliação do atendimento das enfermidades, contraditoriamente ao setor Saúde foi destinado uma fração menor do orçamento. “O governo JK reduziu as despesas federais com a saúde pública de 5,45% (em 1955) para 4,62% (em 1960) no conjunto dos gastos da União (VIEIRA, 1983 apud Idem, p147).”

De acordo com Bravo, no governo Jânio Quadros, pouco se realizou com referência à saúde pública. No período de Goulart foram concentrados esforços no setor, principalmente em 1963. As pretensões na área de Saúde, além das medidas urgentes de Saúde Pública era uma ampliação da assistência médica aos centros rurais, controle e erradicação de enfermidades endêmicas, atenção especial à Campanha de Proteção e Assistência à Maternidade, incluindo também o saneamento do meio com novos serviços de água e esgoto, renovação do lixo e melhoria habitacional. Observou-se o seguinte:

A situação da saúde da população no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantis, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2013, p.148-149).

Em síntese, o avanço da qualidade de saúde da população não foi alterado substancialmente, havendo a opção governamental pela intervenção setorial, segundo as necessidades mais prementes de saúde pública. A partir de 1960, todos os institutos foram pressionados no sentido de elevar o seu gasto em assistência médica, mas as respostas foram distintas, dependendo da força de pressão sindical de cada categoria profissional. Algumas realizaram greves, mobilizações, quebra-quebras de hospitais municipais e postos de saúde, reivindicando melhores padrões atendimento. O movimento operário, entretanto, não conseguiu desenvolver uma luta integrada que demonstrasse clareza para enfrentar a questão da Saúde, ao contrário das classes dominantes, que percebiam a importância econômica e política das políticas sociais no âmbito da previdência e saúde. Aliás, as medidas de políticas sociais, em particular de Saúde, no capitalismo monopolista, fragmentam com as trabalhadoras, dificultando a formação de laços de solidariedade entre as suas diversas frações (BRAVO, 2013).

A ditadura militar expressou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Segundo Bravo (2006) os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas enraizados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. A questão social no período 1964-1974, o Estado empregou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política

assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e impetrar legitimidade para o regime, servindo de mecanismo de acumulação do capital.

Nos anos 1980, Bravo (2006) refere que a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 o texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, lesando os interesses empresariais do setor hospitalar e não alterando a situação da indústria farmacêutica. Do mesmo modo:

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercutiu na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2006, p.12).

Conforme foi referido no capítulo anterior, as políticas públicas sociais, no Brasil, seguem a orientação do ideário neoliberal e apresentam uma nova formatação, sincronizadas com as estratégias atuais de acumulação, sob a égide do capital financeiro. Em consequência, o Estado brasileiro passou a adotar medidas para a redução dos gastos na esfera social, precarizando os serviços de saúde pública, conduzindo a uma inversão de direito à saúde, a medida que foram fomentados o seguro privado de saúde.

Dentre esses serviços de saúde estão inclusos nos serviços especializados do SUS, os serviços em saúde mental que são disponibilizados nos hospitais através de urgência e emergência além da internação provisória, nos CAPS's para

acompanhamento sistemático e no Programa de saúde Mental. Ressalta-se que os serviços de saúde mental são, também, disponibilizados na esfera privada, os quais contam com uma grande demanda de consumidores dispostos a pagar por esse tipo de serviço, reforçando a progressiva mercantilização dos mesmos.

A saúde mental, segundo Amarante (2007) se apresenta como um dos poucos campos de conhecimento e atuação tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais, com tanta transversalidade de saberes quanto este. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento: a psiquiatria e, muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, por um profissional, o psiquiatra. Assim, definir saúde mental implica ampliar o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica dificultando delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. Assim:

Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia (está última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas) (AMARANTE, 2007, p.16).

A concepção de saúde apresentada pelo autor acima citado, está em consonância com o conteúdo do Relatório sobre a saúde, no mundo, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001, p. 03), o qual destaca a importância da saúde mental, concluindo que:

Sabemos hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sabemos que os transtornos mentais têm sua base no cérebro. Sabemos que eles afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, e que causam sofrimento às famílias e comunidades, tanto como aos indivíduos. E sabemos que, na maioria dos casos, podem ser diagnosticados e tratados de uma forma efetiva em relação ao custo. Como resultado de nosso entendimento, os portadores de transtornos mentais e comportamentais têm hoje uma nova esperança de levar vidas plenas e produtivas nas respectivas comunidades.

Pelo exposto fica evidente que o processo saúde-doença é constituído por uma totalidade complexa permeada de mediações. Considerando que o conceito de saúde mental envolve uma gama de saberes, cabe precisar que a concepção de

saúde mental adotada neste estudo foi baseada na perspectiva sócio-histórica. Conforme Rosa (2011), a saúde mental se configura enquanto um campo social e político, permeado pelas contradições inerentes do capitalismo. Assim, a doença mental é interpretada pela burguesia enquanto uma ameaça à produtividade capitalista, pois a mesma concebe a loucura como uma forma de improdutividade: “o louco e a loucura colocam em xeque o princípio essencial da sociedade burguesa: a razão” (ibid., p. 45).

Sob este entendimento, torna-se fundamental em uma análise crítica apreender o transtorno mental no contexto de totalidade das relações sociais capitalistas, evitando individualizar a responsabilidade do sujeito histórico pela condição de sua saúde mental. Neste sentido, as contribuições de Gonçalves (1983, p.60) com base em Laing, são importantes para negar a concepção individualizada da loucura:

[...] a “loucura”, como instância do processo de alienação vigente em nossa sociedade, não se aplica unicamente ao chamado louco. Laing afirma que “nossa alienação desce às raízes. (...) Somos criaturas confusas e enlouquecidas, estranhas à nossa verdadeira personalidade, estranhas umas às outras e ao mundo espiritual e material - até mesmo loucos do ponto de vista ideal que vislumbramos mas não adotamos”. E mais: “nascemos num mundo onde a alienação nos aguarda. Somos potencialmente homens mas em estado alienado, e tal estado não é simplesmente um sistema natural. A alienação como nosso destino atual só é alcançada por meio de chocante violência perpetrada por seres humanos contra seres humanos”.

Pelo exposto, segundo Gonçalves (1983), Laing, em sua análise, esclarece um aspecto vital da questão da saúde mental. Trata-se da alienação cujo exemplo máximo (obedecidos os atuais padrões da análise da questão) é a chamada loucura, produto da violência das relações sociais que se alicerçam na violência das relações que regulamentam os conflitos entre o trabalho e o capital, a qual é uma constante em nossa sociedade concentradora e pega predatória, excludente da participação política.

A grande violência é, não raro, a violência silenciosa e silenciadora de uma sociedade homogeneizadora e autoritária produtora de homens atrofiados, distanciados de si mesmos, alheios às realidades internas que constituem a especificidade de cada indivíduo. Nesse sentido, tende-se a concordar com a posição adotada por Laing, ao considerar que “o que chamamos ‘normal’ é um produto de repressão, negação, cisão, projeção, introprojeção e outras formas de

ação destrutiva sobre a experiência (...). Está radicalmente separado da estrutura do ser". E essa cisão é produzida politicamente, no interior das relações sociais de produção de uma dada formação econômica e social:

A violência da vida diária, a violência do salário mínimo, a violência da precariedade das condições de existência (subsistência) possibilitadas a tantos seres humanos, a violência de uma formação econômica e social excludente, que restringe (quando não impede) formas até mesmo mínimas de participação política em sua ampla gama de significados - será possível verificar se a extensão da destruição imposta a esses seres humanos por esse somatório de fatores? Com razão afirma Laing que "**se nossa experiência for destruída nosso comportamento será destrutivo. Se nossa experiência for destruída perdemos a nós mesmos**". Nessa destruição sistemática da vivência da experiência, encontramos a semente da doença mental, **socialmente produzida e reproduzida** (GONÇALVES, 1983, p. 61, grifos da autora).

Dessa forma, a progressão dos transtornos mentais e comportamentais é determinada pelas condições objetivas (socioeconômicas) e subjetivas de vida do indivíduo (OMS, 2001) que, em geral, acaba sendo agravado pela falta de serviços de saúde mental e/ou acesso por certos grupos à atenção desses serviços. No Brasil existem poucos recursos para atenção em saúde mental, além disso, os que existem, em geral, não atendem os segmentos sociais mais pobres da sociedade. A propósito, Gonçalves (1983, p.13) refere-se que:

Mas efetivamente, pode-se considerar sadio um modo de produção - como o capitalista - que conduz tantos milhões de seres humanos à tortura e ao desespero diários da angústia e da fome física e emocional? Pode, de fato, esse modo de produção servir de contraponto para a definição de "doença mental" das classes populares? Na verdade, o capitalismo produz, igualmente, aqueles que expressam na "ilogicidade" de seu discurso e de sua prática uma ruptura com "normalidade" demandada pela vida cotidiana, com "o nosso espantoso estado de alienação chamado normalidade", como afirma Laing apud Idem.

Assimilando a doença mental em sua totalidade, e estabelecendo sua decorrência em parte, enquanto um produto das relações sociais capitalista, está inscrita na trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, mediada pelas formas históricas que adotaram a medicina e o Estado na atenção à saúde mental. Conforme Rosa (2011) o modelo assistencial psiquiátrico brasileiro hospitalocêntrico, em princípio implantado no século XIX, foi importado da experiência europeia, sobretudo francesa. Assim,

A institucionalização do hospício, no Brasil, antecede à própria emergência da psiquiatria. Foi administrado a princípio pelas irmandades religiosas, e,

principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de saúde do país. As ordens religiosas mantinham uma hegemonia dos serviços de saúde do Brasil Colônia desde 1543, quando foi criado em Santos (SP) a primeira Santa Casa do país, com a finalidade de atender aos militares. (Ibidem., 2011, p.86).

O marco institucional da assistência psiquiátrica no país se dá com a inauguração do Hospício Pedro II - em 1852 no Rio de Janeiro - surge como intervenção à loucura e ao louco, tido como problema social, no bojo das ameaças à ordem pública e à paz social, decorrente do crescimento de pessoas livres e ociosas que circulavam pela cidade mais importante do Império e principalmente na sede da Corte. Ainda que excluídos da sociedade e privados da liberdade de ir e vir, os loucos, com a criação do hospício, recebiam tratamento distinto, sendo recolhidos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, mantidos sob a vigilância de guardas e carcereiros, submetidos à camisa de força e maus-tratos. O principal papel do hospício nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado perigoso (RESENDE, 1990 apud Ibidem). Mais a frente,

Com advento da **República**, a loucura e o louco tornam-se objetos de especialistas e ganham contorno de doença mental. Ou seja, a República delimitou uma nova fase para as instituições psiquiátricas, que sai do empirismo para entrar na fase científica. (Ibidem., p.88, grifo do autor).

Nessa fase processada em 1890 o Hospício Pedro II tem a nomenclatura alterada para Hospício Nacional de Alienados, sendo inclusive desanexado da Santa Casa de Misericórdia. A instituição é medicalizada e conformada enquanto espaço de cura, transformando-se sua natureza assistencial e caritativa em científica, expressando o rompimento do Estado com a igreja e o papel designado pela ciência positivista e alienista no campo psiquiátrico (Ibidem).

Prosseguindo a trajetória da atenção em saúde mental, além da alteração no arcabouço normativo e institucional, teve-se a implementação das colônias agrícolas. No Brasil esta tendência é adotada por Juliano Moreira no Rio de Janeiro, e Franco da Rocha em São Paulo. No campo da assistência psiquiátrica, apesar das estruturas hospitalocêntricas se conservassem centrais, hegemônicas, na década de 1930 dá-se um novo reordenamento normativo e institucional, reforçando a tendência centralizadora da União.

Rosa (2011, p. 100) refere que a partir de 1955, quando as drogas psicotrópicas são disponibilizadas no mercado, as estruturas asilares tem a possibilidade de relativa alteração, favorecendo as exigências da acumulação capitalista no período, que demandava uma psiquiatria que reparasse a mão-de-obra, desgastada no processo produtivo. Esse fato desencadeia o seguinte cenário,

A massificação da assistência psiquiátrica no pós-64, além de mudar o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por trabalhadores previdenciários urbanos, exauridos psicologicamente pelo uso intensivo de sua força de trabalho no período de crescimento econômico dos anos 1970, altera também o perfil nosológico, pela extensão da cobertura dos serviços para diagnósticos mais leves, principalmente neurose e alcoolismo, psiquiatrizando muitos dos problemas sociais.

A atenção à saúde mental, no Brasil, a partir da década de 1970, vivenciou um período caracterizado pela ampliação das discussões sobre o tratamento dispensado aos pacientes psiquiátricos, no país, assim como sobre o contexto em que ocorriam os atendimentos aos mesmos, culminando na transformação do panorama da assistência pública em saúde mental. Em consequência, ocorreu o processo que ficou conhecido pela gradativa substituição dos manicômios ou grandes instituições hospitalares pelos centros de atendimento intimamente associados à vida da comunidade. Segundo Delgado (2007, p. 110), com a Reforma Psiquiátrica:

Há um novo cenário, onde os hospitais de grande permanência (como Juquery, Colônia Juliano Moreira, Doutor Eiras) estão sendo - de uma forma progressiva e cuidadosa, porém definitiva - substituídos por pequenas unidades abertas, imersas na própria comunidade, efervescentes de vida, ligadas à atenção primária de saúde e a leitos de hospitais gerais. Mudança tão grande não se faz sem polêmica nem debate.

Assim, o processo de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, pode ser compreendido em duas fases: a primeira compreende o período entre 1978 a 1991, constituindo uma etapa de elaboração das críticas ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares que buscam a reinserção social dos pacientes psiquiátricos (CAVALCANTE et al., 2010).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início nos anos de 1970, em meio à ditadura militar. Nessa época, a intervenção psiquiátrica baseava-se no modelo da



medicalização e o processo de privatização desses serviços estava acontecendo - a iniciativa privada tomando à frente das instituições que prestavam serviços na área da saúde mental, inclusive, atendendo as demandas do Instituto de Previdência Social (INPS). Surgiram, então, várias denúncias no tocante à política brasileira de condução da saúde mental, caracterizada pela precariedade dos serviços prestados, pelo poder centralizador do hospital psiquiátrico e o pelo elevado índice de internações, construindo, assim, um cenário para deterioração do quadro dos pacientes. Em face desta situação, começaram a surgir grupos formados por trabalhadores com presença nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, constituindo o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

A década de 1980 foi marcada pela ocorrência de inúmeros encontros que serviram de preparatório para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), na qual foram apresentadas propostas que preconizavam a substituição dos hospitais psiquiátricos centralizadores por estruturas extra-hospitalares de serviços, pautadas na reabilitação psicossocial do paciente, assim como, na reinserção do mesmo na comunidade. Em 1990, após a criação do SUS, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) elaborou um Projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa portadora de transtorno psiquiátrico e a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

Tal Projeto só foi aprovado após doze anos de tramitação no Congresso, ou seja, no ano de 2001. A aprovação deste projeto de lei representou um marco fundamental para a luta antimanicomial estabelecida no país, favorecendo o redirecionamento da assistência em saúde mental, com a extinção dos grandes manicômios que, pouco a pouco, cederiam lugar aos espaços para reabilitação psicossocial do indivíduo portador de transtornos mentais, possibilitando uma maior proximidade deste com a comunidade na qual está inserido, usufruindo os direitos de qualquer cidadão.

Para Gonçalves e Sena (2001), a Reforma Psiquiátrica realizada no Brasil foi um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes, consistindo num progressivo movimento de “desinstitucionalização”, baseada na desconstrução gradativa do manicômio, com a conseqüente substituição dos mesmos por outras práticas terapêuticas que enfatizam o direito ao exercício da cidadania por parte do paciente psiquiátrico. Conforme os autores supracitados, o antigo modelo de assistência psiquiátrica no

Brasil era baseado na legislação de 1934, que propõe de maneira fundamental a hospitalização e o asilamento do doente mental, com finalidade de garantir a segurança, a manutenção da ordem e da moral pública, tal como aconteceu no período medieval da história.

Segundo Rosa (2011), as principais determinações que resultaram no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, num primeiro momento, o Movimento de Reforma Psiquiátrica começa a ganhar maior independência e identidade em relação ao Movimento de Reforma Sanitária, a partir de 1978. A princípio, a luta se apresentava de forma corporativa pelos profissionais que questionavam as condições de suas relações trabalhistas. Posteriormente, essa luta se voltou contra o modelo assistencial psiquiátrico, pois ao denunciar as condições de trabalho, o movimento publiciza as condições de vida e tratamento nas instituições asilares. Em 1978, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, foi agendado para janeiro de 1979 o Encontro de Profissionais de Saúde Mental.

Dessas mobilizações nasce o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, o qual difundiu o ideário da saúde mental e de uma reforma completa na assistência psiquiátrica, referindo à violação contra os direitos humanos dos portadores de transtorno mental, abordando a loucura como fonte de lucro e condições precárias de trabalho em hospitais psiquiátricos, propondo como alternativa a ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental. Este Movimento foi disseminado pelo grupo de trabalhadores em saúde mental para outros atores sociais e em decorrência de conflitos entre as tendências alojadas no interior desse Movimento, no ano de 1987, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental transforma-se em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, adotou o lema “por uma sociedade sem manicômios” e estabeleceu o dia 18 de maio como Dia da Luta Antimanicomial.

Sendo assim, o novo modelo de assistência psiquiátrica prevê o fim gradativo das instituições psiquiátricas, já que as mesmas facilitavam a cronicidade do quadro clínico dos pacientes e a exclusão do convívio social, o que justamente consiste na tônica do novo modelo: devolver o paciente psiquiátrico para a sociedade.

Assim, constata-se que a luta antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. A propósito, pode ser destacado o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica, tais como: Núcleo de Atenção

Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura.

Os CAPS, assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país são, atualmente, regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os CAPS, como dispositivos de bairros, situados dentro do percurso cotidiano dos seus pacientes, exigem a instituição de uma nova prática que engloba no mesmo olhar, os aspectos: éticos, técnicos e políticos. Dessa forma, as antigas práticas hospitalares, com as oficinas terapêuticas, ganham agora novos significados. A finalidade do CAPS consiste em proporcionar atendimento à população da sua área de abrangência através da realização de acompanhamento clínico e da promoção da reinserção social promovida através do acesso ao lazer, ao trabalho, ao exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários e familiares. A demanda do CAPS é composta por pessoas que enfrentam intenso sofrimento psíquico, o qual as impossibilita de viver e realizar seus projetos, interferindo em sua autonomia e qualidade de vida.

Os CAPS's podem ser classificados segundo os tipos<sup>7</sup> I, II, III, i ou ad, dependendo do tamanho e da natureza da população a ser referenciada. A equipe

---

<sup>7</sup> Com base no Manual do Ministério da Saúde, Brasil (2004, p.22) os diferentes tipos de CAPS são:

- CAPS I e CAPS II: são aqueles CAPS voltados para o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III: são os CAPS que dispõem de atendimentos diários e noturnos para adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS i: CAPS que atendem diariamente as crianças e os adolescentes com transtornos mentais.
- CAPS ad: São os CAPS voltados para o atendimento aos usuários dependentes de álcool e outras drogas; atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

técnica que presta assistência no CAPS é composta pelos seguintes profissionais: médico psiquiatra ou com formação em saúde mental; psicólogo, assistente social, enfermeiro, pedagogo e terapeuta ocupacional. Funcionam através de uma dinâmica que se caracteriza pela variabilidade de recursos terapêuticos aplicados em prol da reabilitação psicossocial do paciente que se encontra em estado de sofrimento psíquico.

Dentre as modalidades terapêuticas que constituem o programa de intervenção estão: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento à família; atividades comunitárias; assembleias ou reuniões de organização de serviços. Estas são consideradas as atividades básicas passíveis de serem desenvolvidas por todo e qualquer CAPS, independentemente de sua classificação ou tipologia. Além destes, outros serviços são ofertados de maneira a complementar o tratamento da saúde mental dos usuários, tais quais: tratamento medicamentoso; tratamento individualizado à família; orientação e atendimento psicoterápico dentre outros.

#### 4.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ

A obra História, Loucura e Memória organizada por Nascimento et al (2009), reúne uma coletânea de informações, imagens e outros registros da trajetória da saúde mental no estado do Pará. Dentre essas informações destaca-se que, na Amazônia no final do século XIX, a loucura vai se tornar um tópico importante para os médicos e para governantes, pois os próprios documentos oficiais mais antigos silenciam sobre a presença dos loucos no espaço público.

O historiador Arthur Vianna (1873-1911) talvez seja o primeiro a registrar a prisão de um indivíduo, chamado José Raimundo, que recolhido ao Hospital da Caridade, acabou sendo alojado na botica onde “quebrou vidraças e móveis, forçou as portas e fugiu para a cozinha, fazendo aí grandes desatinos” (VIANA, 1902, p.130 apud FIGUEIREDO et al., 2009). Com a repressão, os registros esparsos da documentação hospitalar, assim como os registros policiais, começavam a revelar os vadios, os mentecaptos, os ciganos e toda a sorte de gente que circulava pela cidade de Belém. A presença desses sujeitos destoava com o discurso de limpeza urbana que tomou conta da agenda municipal da virada do século XIX para o XX. Inúmeros trabalhos de pesquisa têm mostrado a preocupação de médicos, de

higienistas e de gestores públicos com o processo de “desodorização” das áreas centrais da cidade, na tentativa de estabelecer um controle mais rígido sobre o espaço urbano (SARGES, 2000; FIGUEIREDO, 2003; AMARAL, 2006 apud *Ibidem*). Memorialistas da medicina, como Clóvis Meira, aludem que foi exatamente nesta época que se energizou a busca de uma saída para o problema dos loucos na cidade, com a criação de uma instituição que pudesse recolher a “desumana presença” do doente mental (MEIRA, 1989, p. 137 apud *Ibidem*), pois os doentes mentais ficavam recolhidos como presos de alta periculosidade e eram esquecidos nas celas das cadeias da cidade.

A primeira iniciativa de rever essa situação foi do médico paraense Francisco da Silva Castro, formado em Lisboa e doutorado em Louvain – Bélgica, quando esteve à frente da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Pará, em 1865, instalou um pequeno manicômio em uma das dependências desse hospital, de modo a retirar os doentes das prisões da cidade, agora sob os cuidados do Dr. José Dória, nomeado para “médicos dos alienados” (RIBEIRO, 1922, p.294 apud *Ibidem*). Em 1867, o presidente da Província do Grão Pará, Joaquim Raymundo de Lamare, delatava a falta que uma casa para alienados fazia para a cidade, pela “inconveniência e prejuízo” causados no convívio desses pacientes com os demais (PARÁ, 1867, p. 42 apud *Ibidem*). Além disso, o pouco espaço e a crescente procura da população pela internação de familiares descritos em estado de “histeria” e, mesmo, o recolhimento dos loucos de rua pela policia urbana, fizeram com que a Santa Casa buscasse um local mais vasto para a criação de um asilo. Em 1871, com sete loucos, foi inaugurado o Asilo de Alienados do Tucunduba. Com efeito, o que seria uma vantagem se transformou em um terrível problema. No ano seguinte, o presidente da província, Domingos José da Cunha Junior nomeou uma comissão de médicos para formular o regulamento do novo asilo.

Segundo Pedroso (2008), à época, havia uma tendência à medicalização empregada pelo Hospital dos Alienados e a proposta de reestruturação dos serviços hospitalares, restringia-se ao melhoramento da planta física, a reformulação administrativa e a redistribuição dos leitos, assim como, das medidas que disciplinaram as internações dos alienados. Existia uma extensa inabilidade no manejo dos aspectos sociais, psicológicos e culturais dos pacientes, impossibilitando a reintegração e a ressocialização dos alienados.

Em 1886, o presidente da província Tristão de Alencar Araripe foi taxativo: “Este hospício, montado pela província e administrado pela Santa Casa, funciona em um edifício que, de asilo só tem o nome” E continua: “os infelizes loucos vivem aos três e aos quatro no mesmo aposento, sem a mais rudimentar separação. Apenas há a do sexo” (PARÁ, 1886, p.11 apud Ibidem). Toda essa queixa, somada a já notória falta de higiene e completo abandono do governo imperial, serviu para demonstrar a loucura como um problema médico e de importância a ser resolvido.

Na década de 1880, começou a política de criação de um moderno sanatório para alienados nas imediações do bairro do Marco da Légua. Esta área era, desde a metade do século XIX, utilizada pelas famílias paraenses para a construção de rocinhas e de casas de campo para passar o verão, especialmente, os meses de julho e agosto (RIBEIRO, 1922, p. 295 apud Ibidem). O edifício começou a ser levantado, em 1889, iniciando suas atividades em 1892. A construção, porém, apresentou muitos erros de projeto, tendo que passar por séria reforma no período do governo de Augusto Montenegro (1901-1908). Foram instaladas as salas de hidroterapia, com banheiras francesas e com caldeira própria, facultando aos asilados os banhos mornos com água contínua. A mudança mais importante, foi contudo, o banimento de troncos – em que ainda eram castigados os doentes rebeldes – e das camisas de força, estabelecendo pela primeira vez o regime de assistência psiquiátrica *open-door* e *no-restraint* (MEIRA, 1989 apud Ibidem). Foram instalados quartos para pensionistas, gabinete de eletroterapia e um serviço de estatística das doenças mentais. Os doutores Azevedo Ribeiro, Penna de Carvalho e Antonio Porto de Oliveira chegaram mesmo a planejar a construção de pavimentos de isolamento para moléstias infecciosas, para “loucos tuberculosos” e para “loucos leprosos”, além de um gabinete para bacteriologia e uma sala de operações (RIBEIRO, 1922, p. 295 apud Ibidem).

Segundo Nascimento (2009), foi criado o Hospício dos Alienados inaugurado em 27 de agosto de 1892, localizado no Marco da Légua em Belém. Por volta de 1937, em decorrência das inovações no tratamento psiquiátrico introduzidas por Juliano Moreira, o Hospício dos Alienados passou a ser chamado Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Assim como nos demais estados brasileiros, o governo do estado do Pará reportou a lógica da exclusão social da loucura, incluindo o descaso com as mínimas condições de cuidados aos portadores de sofrimento mental.

Em 1982, o Hospital Psiquiátrico “Juliano Moreira” sofre um incêndio em parte de suas instalações, tendo ocorrido no ano anterior ao desabamento de uma de suas alas; em consequência, o seu prédio foi desativado e demolido. Com esta demolição, o Pará perde um importante patrimônio histórico e uma parte importante de sua memória, hoje, o local abriga as instalações do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará.

Em 1989, com a construção do Hospital de Clínicas Gaspar Viana, concebido como hospital geral, passou a desempenhar um novo papel para assistência psiquiátrica no estado, propendendo seguir o processo de transformação da assistência em saúde mental no Brasil. Assim,

O que há de singular no processo de mudança de modelo assistencial no estado é o seu atraso em relação aos demais e a ausência de grandes estruturas manicomiais, fator positivo no processo de Reforma. Porém a tradição da luta antimanicomial no estado tem se firmado, historicamente, não no combate ao manicômio, mas na luta contra o preconceito e contra a pouca oferta de serviços substitutivos para a população (NASCIMENTO, 2009, pág. 76).

No final dos anos 1990, a criação do Movimento da Luta Antimanicomial - Núcleo Pará, propõe um cenário promissor no campo da reforma psiquiátrica no estado. Em Belém, foram implantados nesse período quatro CAPS: Casa Mental do Adulto – CAPS III, Casa Mental da Criança e do Adolescente – CAPS i, Casa Mental de Mosqueiro – CAPS I e a Casa Alcool e Drogas – CAPS AD, inéditos até o momento; estes dispositivos permitiram uma alteração no cuidado em saúde mental. O cenário político da época inaugurado com a vitória do governo democrático popular, possibilitou ao movimento da Reforma Psiquiátrica ganhar forças, alcançando inúmeras ações: Criação da Lei Municipal de Saúde Mental ( Lei 7892/98) baseada nos preceitos do MLA; Realização do I e II Encontros Estaduais da Luta Antimanicomial, do II Encontro Nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental e do I Fórum Amazônico de Saúde Mental, ambos em Belém. Mas,

Apesar dos avanços, e levando em consideração o atraso na implementação da Reforma no estado, dois grandes desafios se impõem no momento: O primeiro diz respeito à necessidade de construção da rede substitutiva em saúde mental, hoje restrita aos CAPS e à retaguarda hospitalar. É imperativo que os gestores municipais implantem o Programa de Volta para Casa, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e Cultura, o Programa de geração de emprego e renda, a Saúde Mental na Atenção Básica, dentre outras ações. O segundo desafio é

a expansão da rede CAPS. Existem, hoje, no Pará 41 CAPS (NASCIMENTO, 2009, p.77).

Sem desconsiderar os avanços alcançados até os dias atuais, torna-se importante registrar que a Reforma Psiquiátrica ainda é um processo inconcluso, pois as práticas manicomiais ainda são reproduzidas em alguns espaços privados de atenção a saúde mental. A propósito, destacam-se os interesses das grandes empresas transnacionais, as quais são responsáveis pelo processo de medicalização do portador de transtorno mental, o que acaba por fragilizar práticas antimanicomiais no cuidado em saúde mental.

Após o breve histórico da Saúde Mental no estado do Pará buscando destacar os principais momentos históricos, será apresentado no próximo item, elementos indispensáveis para apreensão do objeto de estudo, no que se refere a relação do Serviço Social e Saúde Mental.

#### 4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Apesar do reduzido acervo sobre a produção de conhecimentos referente ao Serviço Social e Saúde Mental destaca-se que esta temática não é nova, assim como, os espaços sócio ocupacionais na área da saúde mental não são recentes para o fazer profissional dos assistentes sociais. Um dos principais entraves para a produção de conhecimentos do Serviço Social nessa área está relacionado à escassez de pesquisa.

Desta forma, tentou-se, neste estudo, elaborar um breve histórico acerca do Serviço Social brasileiro na área da Saúde Mental. A década de 1940 caracteriza-se como o período de legitimação da formação dos primeiros profissionais de Serviço Social e de sua inserção no mercado de trabalho. Conforme Vasconcelos (2000) apud Rocha (2012), após a formação dos primeiros assistentes sociais, estes foram inseridos nos hospitais psiquiátricos para exercerem as funções na área da assistência social. Inicialmente, o trabalho do assistente social nos hospitais psiquiátricos se posicionava na porta de entrada dessas instituições, enquanto um trabalhador subalterno,

aos médicos, e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos, em um tipo de



prática semelhante, porém mais burocratizada e massificada [...] (VASCONCELOS, 2000, p. 187 apud ROCHA, 2012).

Assim, segundo Rocha (2012) a profissão em sua inicial construção na área da saúde mental tinha uma ação burocrática, superficial e puramente assistencialista. Caracterizava-se por uma prática acrítica, sem questionar o poder instituição, nem seu trabalho dentro desta totalidade. O papel do assistente social quando demandado a realizar uma investigação social não tinha como objetivo apreender as condições objetivas de reabilitação psicológica e psiquiátrica do sujeito, em consequência, gerava um processo de culpabilização das famílias, culminando no afastamento desta no processo de tratamento do adoecido. Em decorrência da posição subalterna da profissão à medicina, por vezes, os instrumentos profissionais, a exemplo dos Relatórios Sociais serviam para respaldar interações irresponsáveis decorrentes de interesses exclusivamente econômicos operados pela mercantilização da medicina. Igualmente, as condições objetivas de existência dos pacientes internos eram empregadas para abonar a conduta de internação ou a continuidade desta. A pobreza era um fator considerado como obstáculo à reinserção do sujeito na família. Desta forma, o trabalho do assistente social não reconstruía as mediações entre a dimensão objetiva e subjetiva do sujeito e, por isso, não passava de uma ação burocratizada, cujo fim legitimava as práticas manicomiais,

As práticas profissionais não colocavam como objetivo a mudança de concepção, do contexto e da prática profissionais dentro da instituição como um todo, nem tinham uma proposta de reabilitação psicossocial efetiva que abrangesse o conjunto das dimensões existenciais e sociais do usuário (VASCONCELOS, 2000, p. 188 apud ROCHA, 2012).

Portanto, o Serviço Social conservador caracteriza a prática profissional no cenário brasileiro, ou seja, o foco era voltado para o indivíduo e, conseqüente, para o ajustamento à ordem estabelecida nesse contexto histórico. Segundo Netto (1991, p.79) apud Rocha (2012):

Originalmente parametrado e dinamizado pelo pensamento conservador, [o Serviço Social] adequou-se ao tratamento dos problemas sociais quer tomados nas suas refrações individualizadas (donde a funcionalidade da psicologização das relações sociais), quer tomados como sequelas inevitáveis do 'progresso'[...] desenvolveu-se legitimando-se precisamente como interveniente prático-empírico e organizador simbólico no âmbito das políticas sociais.

Pelo exposto, constata-se que o fazer profissional dos assistentes sociais era caracterizado pelo ajustamento dos indivíduos ao modelo de desenvolvimento social do ciclo autocrático, sendo o assistente social um profissional privilegiado para reproduzir o binômio: repressão *versus* assistência. Corroborando o *status quo* desse profissional e contribuindo para o manejo dos conflitos e a culpabilização dos indivíduos pelas mazelas do desenvolvimento tardio do capitalismo (ROCHA, 2012).

O período do Regime Militar com início nos anos de 1960 marca a abertura de intensas alterações na saúde mental, no Brasil, assim como, na categoria profissional dos assistentes sociais. Bruscamente, o regime militar estabeleceu uma redução do olhar social nos hospícios.

As comunidades terapêuticas adentram o cenário brasileiro no final dos anos de 1960 e persistem até a exasperação da repressão; essas distinguiam-se por “uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico” (TEIXEIRA, 1993, p.102 apud Rocha 2012). Tratava-se, então, de “um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar” (idem, p.161). Inaugurava-se a semente das práticas questionadoras da psiquiatria clássica, pois previam um elo com a família para construir uma rede de acompanhamento externo e investiam na democratização e humanização das práticas hospitalocêntricas, estimulando a criação de espaços coletivos de participação. Nesta perspectiva, o Serviço Social tornou-se uma importante contribuição para a intervenção junto aos familiares dos internos e uma maior complexidade técnica, sobrevinda do movimento de modernização da profissão profundamente embasada no domínio de técnicas.

Rocha (2012) apresenta que no período da ditadura militar há uma expansão no número de manicômios estimulando a privatização da saúde. Muitas clínicas privadas inauguradas eram financiadas pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), hoje, o atual, Instituto de Previdência Social - INSS. Esse momento possibilitou a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais, pois a partir de 1973 - quando o INAMPS enfatizava a importância da equipe interprofissional na assistência ao doente mental, com vistas a sua aprimoração, abri-se um maior espaço para o Serviço Social nas instituições psiquiátricas. Nessa ocasião, a aproximação dos assistentes sociais junto às equipes interprofissionais na saúde mental, reflete a lógica estabelecida pela

autocracia a toda categoria profissional no pós-1964. Neste sentido, os profissionais são demandados para inserir e compatibilizar setores sociais a modernização conservadora do Estado, conduzindo as subversões sob a expectativa de paralisar as forças discordantes.

Assim, Rocha (2012) refere que o trabalho profissional do assistente social na saúde mental foi marcado por uma indefinição teórica, proveniente do deficiente aporte teórico necessário para responder às crescentes expressões da questão social, especialmente, no que concerne à dificuldade do fazer profissional em um campo fortemente marcado pela subjetividade, recaindo por vezes na psicologização das relações sociais. Destaca-se que o trabalho profissional do assistente social foi fortemente norteado pela metodologia tradicional: caso, grupo e comunidade, decorrente da tecnificação da profissão, tendo como objetivo alargar áreas estratégicas ao governo, apaziguar os conflitos e conter as massas em seu cotidiano.

As mudanças ocorridas no trabalho profissional do assistente social, na área da saúde mental, remetem às possibilidades de amadurecimento profissional numa perspectiva crítica, processados a partir do movimento de reconceituação da profissão. Neste sentido, Rosa et al. (2009) elabora as principais demandas para o Serviço Social na área da saúde mental, dentre os serviços típicos da reforma psiquiátrica, Caps, Caps infanto-juvenil, Caps-álcool e drogas, residências terapêuticas e atenção primária, observa-se os assistentes sociais assumindo uma multiplicidade de funções, sobretudo como gestores, coordenadores, planejadores, técnicos, supervisores, dentre outras.

Além desses serviços, a mencionada autora faz referência a saúde mental na área empresarial, sobretudo, em empresas de economia mista, em hospitais gerais e algumas instituições públicas, onde tem crescido o número de assistentes sociais coordenando programas de alcoolismo, tendo por público alvo os funcionários ou servidores públicos e seus familiares. A área da assistência social tem se alargado em direção à saúde mental, através de programas de abrigo de idosos, ex-moradores de hospitais psiquiátricos, população de rua com transtornos mentais fora de crise e, mais recentemente, foram criadas coordenadorias de dependência química, voltadas para os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Acrescenta-se, ainda, o fato de que tem sido comum encontrar assistentes sociais em atividades de docência, supervisão de serviços e de pesquisa

na área da saúde mental, no Serviço Social Jurídico abordando questões de interdições, tutela, curatela, dentre outros (ROSA, 2009, p.85-86), pois:

Cada serviço traz necessidades particulares para a prática profissional, exigindo adequações a múltiplas temáticas e segmentos no interior da saúde mental e a heterogêneos processos de trabalho, a exemplo da coordenação de uma residência terapêutica. Além disso, a história do serviço e da equipe multiprofissional bem como as habilidades de cada um de seus membros, a correlação de forças internas e externas às equipes também vão influir nas possibilidades da prática profissional do assistente social.

Sendo assim, Rosa et al. (2009) refere que o trabalho do assistente social na área da saúde mental, não se autoconstrói, a medida que a sua identidade é construída nas relações sociais e a partir das demandas originárias do corpo de dirigentes das instituições, dos usuários dos serviços e na relação com os demais profissionais da equipe, que demandam ações do assistente social tendo em vista o que entendem ser as competências e atribuições deste profissional. Evidentemente, o próprio entendimento do profissional do Serviço Social e sua leitura acerca da legislação profissional também influirão nesta construção.

## **5 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS DO MUNICÍPIO DE BELÉM**

A compreensão sobre as contribuições do trabalho do assistente social nos CAPS de Belém, para o acesso dos seus usuários à saúde, teve por base a pesquisa de campo realizada em três CAPS's, a saber: Caps I, Caps AD vinculados a Secretária Municipal de Saúde e o Caps III vinculado a Secretaria de Estado de Saúde Pública, cujos sujeitos foram 03 (três) assistentes sociais; 03 (três) profissionais das equipes de saúde, sendo 02 (duas) enfermeiras e 01 (uma) terapeuta ocupacional e 02 (dois) usuários dos serviços. Registra-se que não foi possível realizar a entrevista com o usuário ou familiar do Caps I, conforme previsto na seleção da amostra dos sujeitos da referida pesquisa devido à indisponibilidade dos mesmos.

Para preservar o anonimato dos pesquisados utilizou-se a identificação por letras dos sujeitos da pesquisa e os CAPS por números. Desta forma, os profissionais da equipe de saúde encontram-se identificadas pelas letras **D, E e F**, enquanto que os assistentes sociais foram identificados pelas letras **A, B e C**; os

usuários dos serviços pelas letras **G** e **H**. O CAPS AD para a sua identificação foi atribuído o número **1**, o CAPS III pelo número **2** e o CAPS i pelo número **3**.

A coleta de dados teve como principal instrumento a entrevista do tipo semi-estruturada que contou com um roteiro específico para cada segmento dos sujeitos da pesquisa. Assim, o roteiro (em anexo) direcionado para os assistentes sociais foi composto por quatro eixos: Identificação Pessoal, Fundamentação teórico-metodológica; trabalho profissional e avaliação dos trabalhos realizado nos CAPS. O roteiro (em anexo) direcionado aos profissionais da equipe de saúde teve como conteúdo a identificação pessoal do pesquisado e o trabalho do Serviço Social na equipe de saúde mental dos CAPS; o roteiro da entrevista (em anexo) voltado para os usuários dos CAPS constou da identificação pessoal do pesquisado e dos aspectos relacionados ao tratamento realizado no CAPS, com destaque para o trabalho realizado pelo assistente social e a sua contribuição para o acesso à saúde dos usuários dos referidos CAPS.

No que concerne à identificação dos assistentes sociais pesquisados, os dados obtidos foram sistematizados no quadro a seguir, objetivando dar mais visibilidade sobre os mesmos.

**Quadro 1:** Identificação do perfil dos assistentes sociais pesquisados, segundo a instituição formadora, o ano de formação, titulação, tempo de trabalho nos CAPS, etc.

Identificação Profissional/ Instituição	Graduação em Serviço Social	Ano de formação	Titulação	Possui publicações	Entidades filiadas	Tempo de trabalho no CAPS /Tipo de vínculo
<b>A 1</b>	UFPA	1992	Especialista em Saúde Mental	Não	CRESS e MLA	06 anos/ Vínculo efetivo
<b>B 2</b>	UFPA	1994	Especialista em Saúde Pública/ Mestrando	Sim/Artigo CBAS	CRESS e MLA	05 anos/ Vínculo efetivo
<b>C 3</b>	UFPA	1983	Especialista em Administração e planejamento	Não	CRESS	12 anos/ Vínculo efetivo

Fonte: Elaboração própria com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015.

Os dados acima revelam que todos os assistentes sociais pesquisados tiveram formação acadêmica na modalidade de ensino presencial entre os anos de 1980 e 1990, na única instituição de ensino superior pública que oferta o curso de Serviço Social no estado do Pará: Universidade Federal do Pará (UFPA). Ressalta-se que os anos de formação desses profissionais ocorreram no momento histórico em que o Serviço Social, no Brasil, já havia implantado as diretrizes curriculares voltadas para a formação acadêmica dos profissionais em uma perspectiva crítica, pois segundo Yazbek (2009, p.11):

Este referencial, a partir dos anos 80 e avançando nos anos 90, vai imprimir direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no país. Vai permear as ações voltadas à formação de assistentes sociais na sociedade brasileira (o currículo de 1982 e as atuais diretrizes curriculares); os eventos acadêmicos e aqueles resultantes da experiência associativa dos profissionais, como suas Convenções, Congressos, Encontros e Seminários; está presente na regulamentação legal do exercício profissional e em seu Código de Ética. Sob sua influência ganha visibilidade um novo momento e uma nova qualidade no processo de recriação da profissão na busca de sua ruptura com seu histórico conservadorismo.

Constata-se, então, que este momento significou o amadurecimento da profissão e um intento de ruptura com o conservadorismo, até então hegemônico no Serviço Social, porém não significa que houve superação dessa tendência, pois podemos observar essa herança até os dias atuais. Nesse contexto de renovação da profissão um dos avanços foi a expansão das pós-graduações no país, o que, provavelmente, possibilitou o acesso dos pesquisados a cursos em nível de Especialização e Mestrado, após o término da graduação. Assim, os profissionais A1, B2 e C3 buscaram através da pós-graduação garantir que o seu processo de aprendizagem fosse contínuo e mantivessem desta forma, o acúmulo teórico indispensável para pensar novas propostas de intervenção, conforme preconizado nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional dos assistentes sociais (2011, p.24) “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Outro aspecto importante a ser destacados nos dados de identificação desses profissionais refere-se à produção de conhecimento, pois somente um profissional possui publicação em eventos da categoria. Esse fato corrobora para a afirmação efetuada neste estudo, que na área do Serviço Social e Saúde Mental existe um limitado acervo bibliográfico, o que indica a necessidade de publicações nessa área de conhecimento tanto pela parte da academia quanto pelos profissionais do Serviço

Social, dado o compromisso com a qualidade dos serviços prestados pelos assistentes sociais.

No que tange à filiação desses profissionais em entidades da categoria profissional, constatou-se que todos são inscritos no Conselho Regional de Serviço Social, este é o órgão de caráter fiscalizador do exercício profissional. Quanto ao compromisso político foram identificados dois profissionais vinculados ao Movimento Paraense da Luta Antimanicomial – MLA. De acordo com Mota (2012) o MLA é um movimento social composto por trabalhadores que executam suas tarefas laborais no âmbito dos serviços de saúde mental do Estado, porém não ocupam cargos de confiança; usuários do serviço, pessoas que buscam tratamento nos serviços apresentando alguma queixa relacionada à saúde mental e os familiares desses usuários, pessoas que de alguma maneira os apoiam e lutam pela melhoria dos serviços e por avanços na política pública. Cabe registrar que outras pessoas, mesmo não são usuárias dos serviços e nem possuam vínculos familiares diretos com usuários, porém, se se identificarem com a causa antimanicomial e se reconhecem como participantes do MLA ou da luta antimanicomial podem, também, ser considerados executores da política.

Assim, todos os assistentes sociais pesquisados possuem vínculo efetivo com as instituições onde trabalham o que se considera importante apoio não somente para o enfrentamento das relações de trabalho que, atualmente, encontram-se cada vez mais fragilizadas, mas também para os usuários dos CAPS, visto que tais entidades são comprometidas com as lutas pelo acesso aos direitos à cidadania, dentre os quais: a saúde mental.

Posto que o objeto de estudo proposto neste trabalho trata das contribuições do trabalho profissional dos assistentes sociais desenvolvidos nos CAPS de Belém, para à saúde mental dos seus usuários, tornou-se fundamental conhecer a fundamentação teórico-metodológica que embasa o trabalho dos apoiam referidos profissionais.

Ainda no que se refere ao aspecto teórico-metodológico, mais especificamente, aos instrumentos normativos do Serviço Social, os pesquisados fizeram destaques para o Projeto Ético-Político profissional construído nos últimos 30 anos pela categoria profissional, permitindo a sustentação legal ao exercício profissional dos/as assistentes sociais, não se restringindo apenas a essa dimensão (CFESS, 2011). Ao contrário, fortalecem e respaldam as ações profissionais na

direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora, pois articula com outros sujeitos sociais na construção de uma sociedade anticapitalista. Neste sentido, os assistentes sociais pesquisados, ao serem interrogados sobre a importância do Código de Ética, da Lei que regulamenta a profissão e das demais resoluções do conjunto CFESS/CRESS para o trabalho que desenvolvem nos CAPS, responderam o seguinte:

Instrumento fundamental nas minhas ações enquanto profissional, tanto para meu resguardo profissional, quanto para o zelo com a dignidade e cidadania da pessoa com quem estou intervindo cotidianamente (A1).

Eu acho que o código de ética do assistente social tem uma particularidade: ele defende não só o profissional como usuário e, isso, é importante que a gente utilize esse instrumento como referência, então, as deliberações do conjunto CFESS/CRESS são importantes pra gente também porque elas pautam a prática a partir de uma realidade cotidiana bem evidente, bem presente na nossa sociedade, e o próprio CFESS/CRESS tem como pauta a luta antimanicomial a defesa de usuários e familiares e isso faz com que a gente que trabalha na área tenha uma base de fortalecimento da nossa prática; o código de ética pra mim é importante e a gente sempre recorre a ele em várias vezes, a gente refere o código de ética para quem a gente tá atendendo, pra que ele saiba que ali tem uma relação de confiança a ser estabelecida é preciso que isso aconteça e sabendo que eu ti me movimentando a partir de um código que me defende e a ele também, isso fica muito mais fácil de estabelecer essa relação (B2).

Ele é nossa vida né, de lá que nós colocamos em prática todas nossas ações a gente precisa tá de acordo com as leis né, procurar aquilo que nos compete da maneira mais ética possível, porque nós sabemos que além de uma questão sua como profissional você sabe das penalidades que pode ocorrer, caso você não direcione tuas ações tua profissão de acordo com o que prevê a ética profissional (C3).

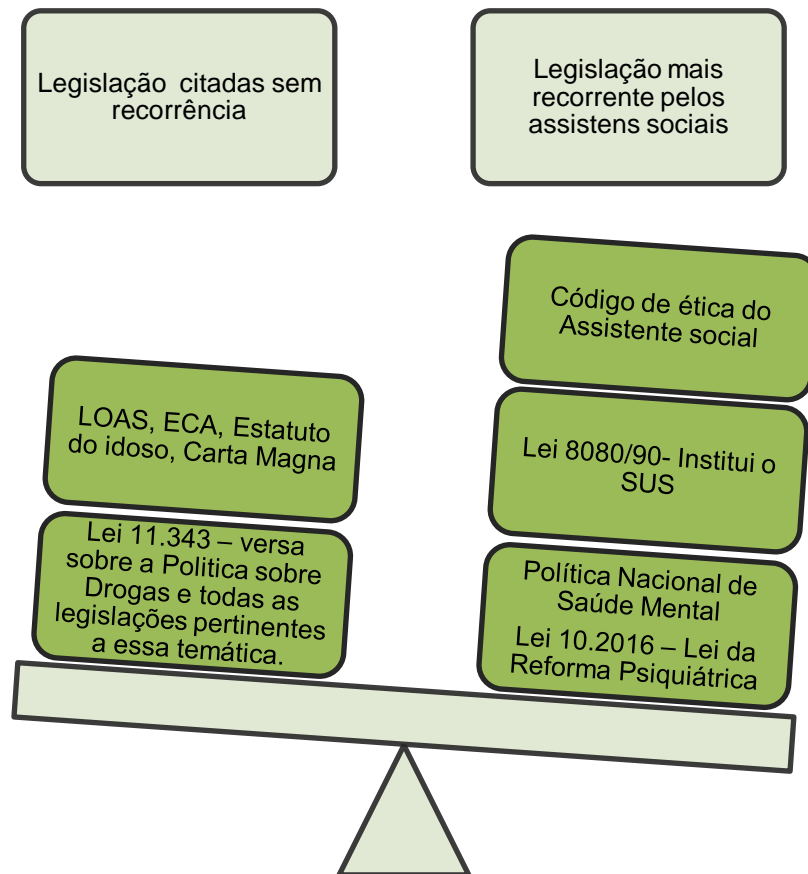
Os depoimentos acima revelam a importância dos normativos da categoria profissional dos assistentes sociais, principalmente, o Código de Ética, enquanto um dos componentes essencial para o trabalho dos assistentes sociais nos CAPS. Entende-se que o fato dos assistentes sociais desenvolverem o seu trabalho pautado no referido Código de Ética, contribui para o fortalecimento do mesmo e sua continuidade, à medida que incorpora a lutas dos trabalhadores, em geral.

Assim, a relação dos assistentes sociais pesquisados com os usuários dos CAPS é baseada nas orientações contidas nos documentos normativos exclusivos da categoria, assim como por outras legislações fundamentais para respaldar o trabalho desses profissionais os assistentes sociais, na perspectiva de garantir às



respostas as demandas dos usuários. Desta forma, os assistentes sociais ao serem solicitados que mencionassem as legislações que orientam o trabalho que desenvolvem nos CAPS, as respostas mais frequentes foram as que encontram sistematizadas na figura 2, a seguir.

**Figura 1:** Identificação dos Instrumentos Normativos que embasam o trabalho profissional dos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará.



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Conforme pode ser constatado, dentre os documentos normativos que orientam o trabalho profissional dos assistentes sociais nos CAPS, o mais citado foi o Código de Ética, além de outras legislações sociais mais específicas destinadas a grupos como: crianças e adolescentes, idosos e dependentes químicos. Contudo, dada a particularidade dos CAPS enquanto espaço sócio ocupacional, era esperado que a Política Nacional de Saúde Mental, Lei da Reforma Psiquiátrica e o Lei nº 8080/1990 que institui o Sistema Único de Saúde estivessem entre as mais citados.

Em face desta situação, os assistentes sociais foram interrogados sobre a concepção sobre saúde mental que os mesmos adotam no trabalho realizado nos CAPS, obtendo-se como respostas, as seguintes:

Saúde mental é um estado de bem estar subjetivo decorrente de uma paz espiritual, fruto de boas relações interpessoais, de autonomia intelectual e emocional e de uma competência satisfatória para resolver os problemas que a vida nos apresenta no dia a dia. É diferente de transtorno mental ou sofrimento mental, pois algumas pessoas entendem que saúde mental são os transtornos ou sofrimentos mentais. Estes se caracterizam como alterações no comportamento, pensamento e emoções e no geral provocam rupturas no curso da vida natural e geram sofrimento para a pessoa e para todos os que convivem naquele ambiente em sofrimento. Quem trabalha com saúde mental, trabalha no sentido de facilitar o resgate de pontes ou contribuir para o fortalecimento dessas pessoas em sofrimento mental para que encontrem respostas para seus conflitos, e assim possa restabelecer a sua saúde mental (A1).

Bom, se a gente for buscar uma referência em relação ao adoecimento a saúde mental seria gozar de saúde, pode ser até algo muito simples, "mas ter saúde mental significa ter consciência dos seus atos, ter noção de autonomia, ter decisões tomadas que lhe favoreçam e favoreçam seus familiares as pessoas que convivam com você. Então saúde mental pra mim é gozar de um bem estar tanto pessoal como coletivo para um determinado objetivo ou projeto de vida, não ter isso é ter problema com saúde mental (B2).

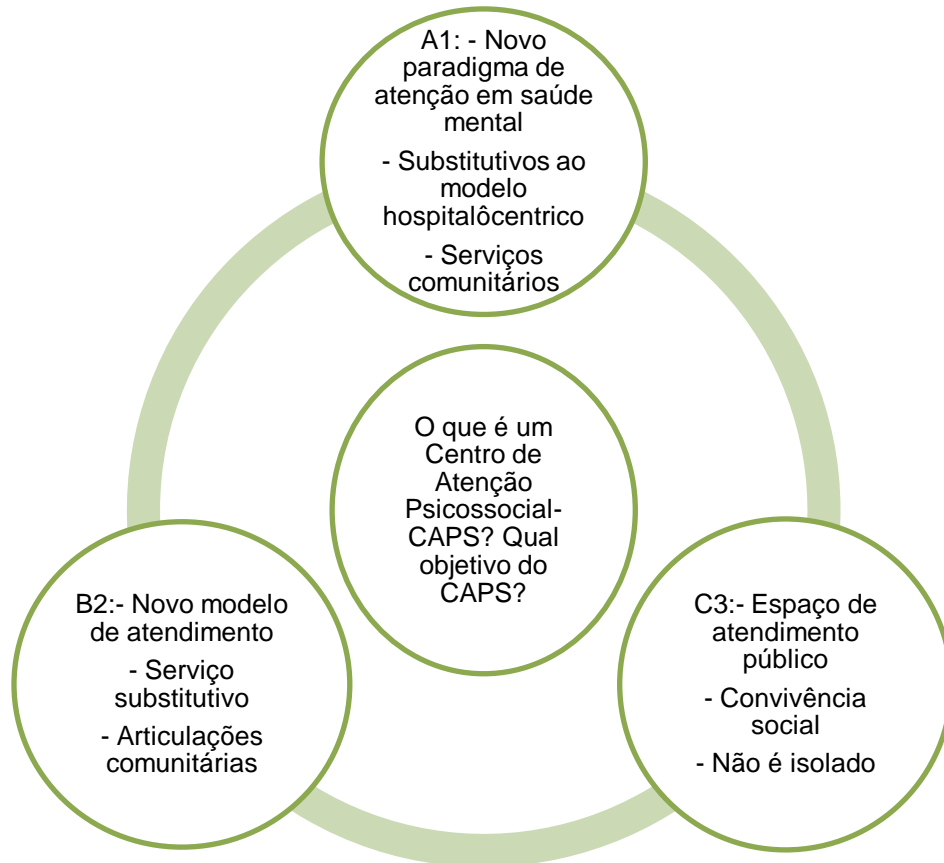
A saúde mental de uma forma bem básica, eu poderia estar dizendo que é um complexo da saúde física, da saúde psicológica e da psíquica mesmo, né? Que a pessoa ela equilibrada, ela estando em condições de encaminhar a sua própria vida de uma forma harmônica, de uma forma em que ela não sofra prejuízo de uma forma que ela tenha a condição de dirigir-se, de encaminhar sua própria vida, ela tem saúde mental, né?, a saúde mental pra mim é, eu vejo dessa forma então, é ela se dá eu não sei como eu poderia te colocar em poucas palavras porque é uma complexidade, mas assim de uma forma mesmo bem breve eu vejo isso, que a saúde mental é essa complexidade tentar ter equilíbrio físico e mental, em torno de você tenha essa capacidade de dirigir sua própria vida encaminhar os teus sonhos, realizar aquilo que você deseja (C3).

O conteúdo das falas dos profissionais pesquisados acerca da concepção sobre saúde mental revela a complexidade do entendimento acerca da categoria saúde mental, á medida em que esta ultrapassa o campo estritamente da saúde, devido se relacionar com outras esferas da vida em sociedade. Contudo, segundo os sujeitos da pesquisa, uma pessoa portadora de transtorno mental de caráter crônico pode ter saúde mental, desde que a mesma consiga, minimamente, se

reproduzir nas esferas material e espiritual. Nesse sentido, para esses profissionais, o trabalho que exercem nos CAPS de Belém, assume essa direção política no tratamento dos usuários enquanto cidadãos de direitos, pois amparados pela competência técnica profissional, em conjunto com os serviços da rede, mesmo que esta rede sócio assistencial seja ainda muito desarticulada, pode oferecer novas condições de vida para portadores de transtorno mental e/ou dependentes químicos com vistas a sua emancipação enquanto sujeito de sua própria história. A propósito, Pontes (2010) ressalta que a ação profissional mediada por esses instrumentos incide sobre o seu objeto de intervenção, produzindo resultados práticos-imediatos e até resultados mais imediatos, produto de atuações no plano normativo das políticas sociais e, até remotamente, através do fortalecimento e potencialização dos movimentos sociais.

Desta forma, tornou-se fundamental conhecer o processo de trabalho profissional dos assistentes sociais pesquisados nos CAPS - BELÉM-Pará, o que, remeteu, inicialmente, ao conhecimento destes espaços sócio ocupacionais. A propósito, a figura abaixo apresenta uma caracterização dos mesmos, segundo a opinião dos pesquisados.

**Figura 2:** Características dos CAPS–Belém, segundo o paradigma de operacionalização da Política de Saúde Mental e objetivos.



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Observa-se na figura acima que as características dos CAPS/Belém apresentadas pelos assistentes sociais pesquisados são baseadas na literatura sobre os CAPS. Essa literatura inclui a Lei Federal que institui os serviços substitutivos em saúde mental, as portarias que estabelecem o funcionamento dos serviços, os decretos, as resoluções e as várias publicações do Ministério da Saúde sobre a área da saúde mental. Esses materiais oferecem subsídios para os profissionais da área, usuários dos serviços, gestores e também para comunidade em geral que tenha interesse em se apropriar de informações sobre o tema. A exemplo: “o CAPS se constitui como a principal **estratégia** de cuidado no **novo paradigma de atenção em saúde mental**, enquanto serviços comunitários de cuidados e atenção diária, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico” (A1). Porém, nesse momento da pesquisa, sobre o que é um CAPS e seus objetivos, constatou-se nos depoimentos desses profissionais que não foi sinalizada nenhuma crítica, principalmente, no que diz respeito se o funcionamento dos CAPS tem de fato condições, de acordo com a realidade, de operacionalizar o seu objetivo, conforme

preconiza a política de saúde mental, no Brasil, ainda que identificado conhecimento técnico sobre o tema.

A instituição do Serviço Social nos referidos CAPS se deu baseada na política de saúde mental que, em conformidade com os princípios do SUS, prevê o trabalho em equipe interdisciplinar. Neste sentido, a figura abaixo, em consonância com a opinião dos pesquisados é ilustrativa.

**Figura 3:** A INSTITUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CAPS DE BELÉM-Pará.



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

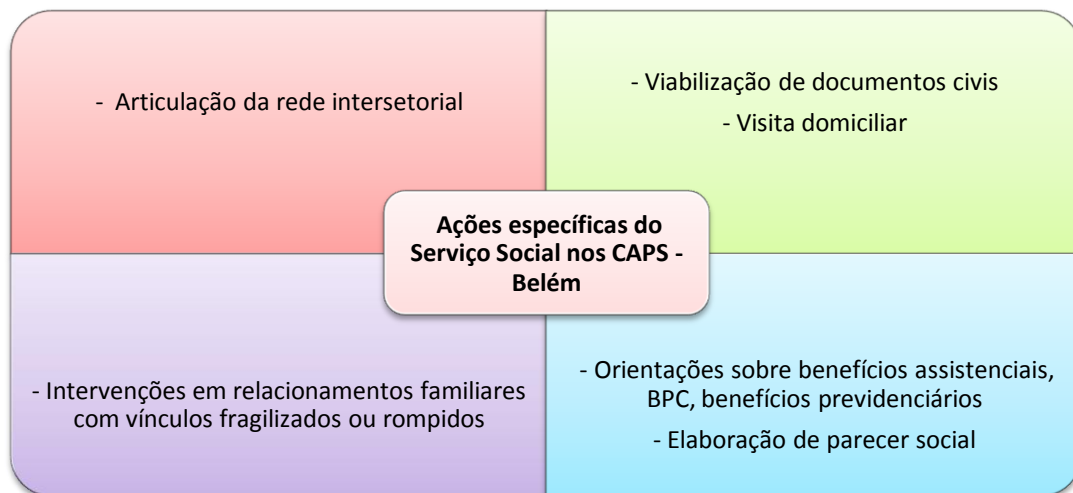
Conforme pode ser observado, segundo o/as assistentes sociais pesquisadas, a instituição do Serviço Social nos CAPS – Belém se deu, a princípio, na necessidade do profissional compor a equipe de saúde do CAPS, fundamentado na legislação que elenca o assistente social enquanto profissional da saúde e nas diretrizes de funcionamento do CAPS. Contudo, os mesmos relataram desconhecer dados mais específicos sobre a instituição do Serviço Social nos CAPs, assim como a inexistência de documentos institucionais com registros de tais informações.

Nos CAPS, os assistentes sociais realizam ações específicas junto aos usuários dos serviços, a partir de um olhar diferenciado da profissão, no que concerne a 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. 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, 2007, p.88).

Sendo assim, de acordo com os assistentes sociais pesquisados, a equipe do CAPS-Belém trabalha de forma interdisciplinar, contudo são asseguradas as especificidades do Serviço Social, conforme pode ser evidenciado na figura a seguir.

**Figura 4:** Identificação das ações específicas desenvolvidas pelos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará.



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Dentre as ações específicas dos assistentes sociais desenvolvidas nos CAPS, foi apontada 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 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) refere-se 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. Trata-se de uma teoria relacional do poder, de uma teoria relacional de construção da trajetória.

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 de vínculos familiares. Sendo assim, a visita domiciliar é um instrumento 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, há em alguns casos a necessidade da busca-ativa ou nos casos de necessidade para emissão de parecer social. Evidentemente, a realização da visita domiciliar exige condições para a sua realização. Segundo Santos (2010, p. 83), citando Lucáks (2004):

o trabalho para se realizar pressupõe um conhecimento concreto, ainda que jamais perfeito, de determinadas finalidades e de determinados meios”, indica a imprescindível presença dos conhecimentos teóricos e dos meios para a efetivação do trabalho .

Neste sentido a autora se refere que a teoria contribui com

o redimensionamento dos instrumentos ao oferecer a forma de tratá-los, as estratégias e as abordagens, porquanto podemos utilizar instrumentos diferentes em nossa intervenção, mas que os utilizemos de acordo com o método por nós aceito (p.83). (...) A teoria entendida como “um instrumento para compreender com maior profundidade, riqueza e amplitude os fenômenos da vida” (LUKÁCS, 1978 apud SANTOS, 2010, p.84).

Desta forma, segundo esta autora a teoria oferece a compreensão da dinâmica social em se insere o objeto de intervenção, isto é, propicia o entendimento sobre o significado social dessa intervenção para as demandas dos usuários. Este entendimento remeteu ao conhecimento das principais demandas postas aos assistentes sociais nos CAPS – Belém e às respostas dadas pelos assistentes sociais às mesmas. Os relatos abaixo, dos assistentes sociais pesquisados destacam que as demandas são:

As mais diversas possíveis, dentro da esfera social e da clínica da saúde mental, que vão desde uma escuta de continência e conforto, passando por uma orientação ou encaminhamento para alguns benefícios de saúde ou social até a realização de visitas ou intervenção em domicílios. Considero que no geral são viabilizadas, mas nem tudo são flores. **Há muitas**

**dificuldades e limitações institucionais e às vezes até 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 (A1).**

A principal demanda pro Serviço Social aqui no CAPS é a orientação para benefícios, benefícios assistenciais no caso do BPC e benefícios previdenciários, e **todo mundo que demanda isso pra gente recebe retorno e há uma aceitação das informações**, isso numa abordagem específica (B2).

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 corrobora a importância do trabalho de articulação com a rede de serviços, além do estudo da situação dos usuários para a elaboração do plano de tratamento. 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 efetuada por esses profissionais, mas a concentricidade de tais direitos é imbricada às mediações inerentes à realidade dos CAPS, pois:

A construção do objeto profissional não pode, assim, ser referida a conceito extremamente genérico sem levar em conta a história, as discussões, os debates dos projetos de sociedade e de intervenção profissional nas diferentes conjunturas. É preciso considerar, ainda, nas relações de poder e saber particulares, o processo de construção de estratégias de ação, as situações sociais complexas na relação de diferentes atores sociais envolvidos numa questão. Abre-se, assim, a possibilidade de o Serviço Social trabalhar ao mesmo tempo em redes de relações particulares e gerais para fortalecer a relação de força dos oprimidos nessa rede. Isto coloca a questão do objeto, ao mesmo tempo, nas relações estruturais e processuais, sem congelá-lo ou dogmatizá-lo e sem pulverizá-lo em milhões de "pequenos casos" fragmentados, aparentemente desconectados do contexto e da história (FALEIROS, 2010, p.24).

Pelo exposto deduz-se que necessidade de articulação teoria/prática para desvendar o conhecimento da realidade em que se vai intervir e, assim, poder contribuir para a viabilização de respostas às demandas dos usuários, tendo por base a correlação de forças existentes em determinados momentos históricos. Sendo assim, os torna-se necessário que os assistentes sociais se apropriem dos instrumentos e técnicas para tal processo. No que tange á particularidade do trabalho nos CAPS, os prontuários dos usuários constituem-se fundamentais para a



sistematização de informações sobre os mesmos para subsidiar o planejamento das ações, conforme evidenciam os relatos abaixo:

**O próprio prontuário do usuário que é atendido, mapas de produção diária, relatórios e parecer técnicos, laudos de atendimentos mensais (A1).**

**Nós não temos um documento específico do Serviço Social" "o prontuário e alguns relatórios (B2).**

**“Não, nós não temos nenhuma ficha de nenhum profissional, na verdade, né? Nós trabalhamos na equipe, no grupo. Então, o que tem de específico é na nossa abordagem, no nosso trabalho em grupo, mas não existe um registro do Serviço Social, registro do terapeuta, não existe um registro diferenciado, a não ser no prontuário, no que a gente registra nossas atividades de rotina, mas documento específico de cada profissional isso não tem (C3).**

Constata-se que, em geral, o prontuário é sinalizado como principal instrumento de registro da situação do usuário e ponderando a prática interdisciplinar é de suma importância para subsidiar o trabalho dos diversos profissionais, inclusive o assistente social. Pois, possibilita ter acesso a informações sobre o usuário e seu tratamento em saúde mental. Porém, avalia-se que esse ponto poderia ser revisto e aprimorado pelo profissional assistente social, com a incorporação no cotidiano profissional, de instrumentos específicos como o diário de campo e/ou elaboração de uma ficha de atendimento social, que possibilitaria fazer registros adequadamente reservados e acesso restrito apenas do profissional em questão, priorizando a dimensão ética e do sigilo profissional.

## 5.1 CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS PARA A SAÚDE DOS USUÁRIOS DOS CAPS

Analisar as contribuições do trabalho profissional dos assistentes sociais para a saúde dos usuários dos CAPS, no município de Belém, se constituiu uma tarefa bastante complexa, haja vista que o objeto intervenção do Serviço Social é determinado pelo contexto político, econômico e social da ordem burguesa que extrapola os limites da vida material dos usuários. A exemplo podem ser mencionadas situações em que o profissional identifica as demandas e ao movimentar a rede de serviços, cria possibilidades nas quais os usuários tenham

acesso a uma documentação civil ou quando os orienta sobre as formas de acesso a uma fonte de renda proveniente de programas sociais, benefícios ou inserção no mercado de trabalho; o assistente social pode estar contribuindo para o resgate de sua autoestima, para o fortalecimento dos vínculos familiares e para o protagonismo de sua própria vida.

Segundo Yamamoto (2004, p. 55):

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

Nesse sentido, segundo relatos dos assistentes sociais, a pesquisa em Serviço Social ganha importância no que se refere à contribuição ao tratamento da saúde mental dos usuários dos CAPS-Belém, apesar de que a pesquisa em Serviço Social vem ao longo dos anos sendo imprescindível para subsidiar elementos para a intervenção profissional. Mas se a pesquisa tem sido encarada como um elemento necessário para o trabalho profissional do assistente social, ao mesmo tempo, tem sido tratada como dele separada. Isto é, a investigação, ainda é considerada como outro componente, outra especialização da profissão, quando se tem oportunidade e condições de fazer pesquisa. Além do mais, existem entidades que a ela especificamente se dedicam, como a Universidade e os centros especializados. Assim, exercício profissional e pesquisa não se encontram diretamente associados. Desta forma, o depoimento abaixo é ilustrativo:

Eu no ano passado me prontifiquei a fazer o mestrado na área da saúde mental e avalio que hoje seja a minha principal contribuição para esse período aqui no CAPS, eu pesquisei: famílias que têm pessoas com esquizofrenia e pra saber como se dão os cuidados no ambiente familiar a essa pessoa e isso me traz a partir da pesquisa um novo olhar sobre como lidar com famílias, eu identifiquei coisas que eu achava que não eram vivenciadas por familiares, mas que a pesquisa me mostrou que tem uma realidade que muitas vezes nós técnicos não conhecemos, que o lidar com o cuidado e hoje eu deixo essa contribuição, apesar de ainda não ter defendido minha dissertação que eu só defendo em agosto, mas eu já trago na minha fala nas orientações com famílias algumas coisas que eu observei, algumas realidades vivenciadas por familiares e eu já trago pros grupos, para as reuniões técnicas e pro atendimento individual e coletivo (B2).

O depoimento acima evidencia a importância da pesquisa para o trabalho profissional dos assistentes junto aos usuários dos CAPS, pois segundo Yamamoto (2004), a pesquisa deve ser assegurada como uma dimensão integrante do exercício profissional, por ser uma condição para se formular respostas capazes de impulsionar a formulação de propostas profissionais que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios ético-políticos norteadores do projeto profissional. Para isso é indispensável um atento conhecimento das situações ou expressões da questão social que são objeto de trabalho do assistente social. Daí a necessidade de parer pesquisa e trabalho profissional no campo do Serviço Social e, especificamente, na área da saúde mental que ainda dispõe de escassa literatura.

Contudo, para tal, há que se considerar as condições de trabalho, às quais os pesquisados encontram-se submetidos, conforme pode ser visualizado na figura a seguir.

**Figura 5:** Identificação dos principais aspectos das condições de trabalho dos assistentes sociais nos CAPS- BELÉM

ESTRUTURA FÍSICA	RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS	REMUNERAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em geral apresentam boa estrutura física com necessidade de algumas adaptações</li> <li>• Os espaços funcionam em sistema de rodízio para os atendimentos dos profissionais</li> <li>• Não existe sala específica do Serviço Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta suprimento de material para atividades</li> <li>• Má gestão pública</li> <li>• Número de Profissionais suficientes para o atendimento da demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defasagem salarial</li> <li>• Desvalorização de servidores na área da saúde mental</li> </ul>

Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo que subsidiou este estudo realizada em Maio/2015.

O quadro acima evidencia que a estrutura física dos CAPS conta com boas instalações para a realização do trabalho profissional, porém se vistas com olhos técnicos para necessidade dos serviços de saúde mental, constatar-se-á que as

mesmas precisam de adaptações, inclusive funcionando como estratégia o sistema de rodízio dos espaços disponíveis até como uma forma de resistência para o funcionamento do serviço, conforme evidencia o depoimento da profissional A1, acerca da estrutura física dos referidos CAPS.

Não são as melhores, mas considero que não são as piores, dentro da realidade do SUS numa realidade macro do Brasil. Enquanto CAPS, a estrutura física é boa, contudo poderia ter mais alguns espaços para atendimentos, tanto individuais quanto coletivo.

Nós não temos uma sala por profissão, como o trabalho é multidisciplinar nós temos uma sala de técnicos, que ali a gente pode realizar nossos estudos, a gente pode organizar o nosso acompanhamento, guardar material, nós não temos uma sala específica e isso não nos faz falta, termos uma sala, não significa que só com ela nós vamos realizar nossos trabalhos a gente convive bem com o multidisciplinar, todo mundo. Ninguém aqui reclama que não tem um espaço específico (B2)

O serviço social necessita de um espaço em que a gente possa trabalhar com o usuário de forma preservada e aqui a gente tem esse espaço, só que esse espaço, ele é um espaço que não é do serviço social, eu tenho mais dois profissionais que trabalham comigo e a gente trabalhava de forma planejada com horários diferenciados, claro, para atender essas necessidades porque se houvesse realmente uma condição em que você, o profissional tivesse uma sala exclusiva que pudesse trabalhar de uma forma mais a vontade, e que te deixasse mais livre pra organizar e planejar isso ia dar uma resposta com certeza melhor muitas vezes a gente quer fazer um trabalho diferenciado e a gente não tem esses recursos pra isso, e de certa forma prejudica o trabalho porque você não pode tá se planejando para aquilo que não existe, você tem que considerar a sua realidade e a realidade do serviço público não te deixa a vontade pra trabalhar da forma que você realmente precise e muitas vezes isso traz, profissional um certo desestímulo (C3).

O fato das instalações físicas dos CAPS não serem adequadas aos trabalhos desenvolvidos pelo assistente social é atribuído pelos pesquisados a má gestão dos serviços públicos, o que implica na falta de material e no não repasse dos recursos financeiros,

Até hoje o CAPS em que trabalho não foi habilitado para receber recursos financeiros e daí a coisa piora ainda mais [...] falta tudo de suprimento material para execução de determinadas ações. Quanto aos recursos humanos, quantitativamente tem profissional suficiente, sinto a falta apenas de um educador físico, falta melhorar qualitativamente o quadro de RH (A1).

Essa forma de gestão pública é decorrente segundo Silva (2011), da chamada crise fiscal do Estado, passando a ser o argumento para a defesa neoliberal do corte de gastos sociais, que esconde as reais intenções de diminuição

dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender, em maior escala, as demandas do grande capital.

Deste modo, um dos mecanismos fundamentais utilizados para drenar recursos das políticas sociais brasileiras para o capital que porta juros é a Desvinculação de Receitas da União (DRU) de 2000. A Seguridade Social é a mais atingida por este mecanismo, tendo em vista que ele permite a desvinculação de 20% dos seus recursos. A DRU transfere os recursos do orçamento da Seguridade Social para o orçamento fiscal com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública. A DRU possibilitou o repasse de bilhões de reais das políticas sociais para o grande capital e por isso a classificamos como um tipo de programa de transferência de renda para os rentistas.

Esta situação repercute também na remuneração estabelecida na relação de compra e venda da força de trabalho no âmbito do Estado enquanto promotor das políticas sociais públicas. A propósito, as falas dos sujeitos demonstram a precarização do trabalho dos profissionais dos CAPS:

Acredito que a remuneração salarial de servidores públicos que atuam na área da saúde mental deveria ser mais bem valorizada, pois entendo que é um tipo de trabalho que exige um empenho e envolvimento físico e emocional muito intenso cotidianamente do trabalhador (A1).

Em relação a valores de salários nós temos uma defasagem salarial muito grande, os dois últimos governos estaduais não atualizam a nossa realidade salarial, tem seguido reajuste do salário mínimo enquanto a gente tem ganhos merecidos e não recebe. Mas em relação a outros serviços a gente tem um valor de salário até considerável dos serviços que não são especializados (B2).

Com base em Marx, Prado (2011) indica a ilusão de que o salário regula uma troca entre equivalentes, fundamenta-se na afirmação de que o salário é o quantum correspondente ao valor do trabalho. Ora, o trabalho é a medida do valor, portanto, não é uma mercadoria que pode ser levada ao mercado. E ressalta,

O salário funciona como uma nuvem de fumaça que encobre as vistas do operário e o impede de enxergar que o seu salário não corresponde ao pagamento de toda sua jornada. Também aos olhos do capitalista a mais-valia, o trabalho não pago, é encoberto pela ilusão da forma salário (Idem, p. 110).

A relação do salário na sociedade capitalista desvelada por Marx corresponde à realidade desses trabalhadores. Pois, de fato os valores não são calculados

considerando o custo de vida na cidade de Belém, por exemplo. Já que são reajustados com base no salário mínimo que apresenta defasagem<sup>8</sup>.

As condições de trabalho nos CAPS repercutem no trabalho que os assistentes sociais desenvolvem nesses espaços. Assim, ao entender o trabalho como um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação (...), conforme citado na parte “3” deste estudo, torna-se fundamental compreender o processo de trabalho desses profissionais nos referidos CAPS, pois segundo Marx (1989, p. 202), no processo de trabalho “Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho”.

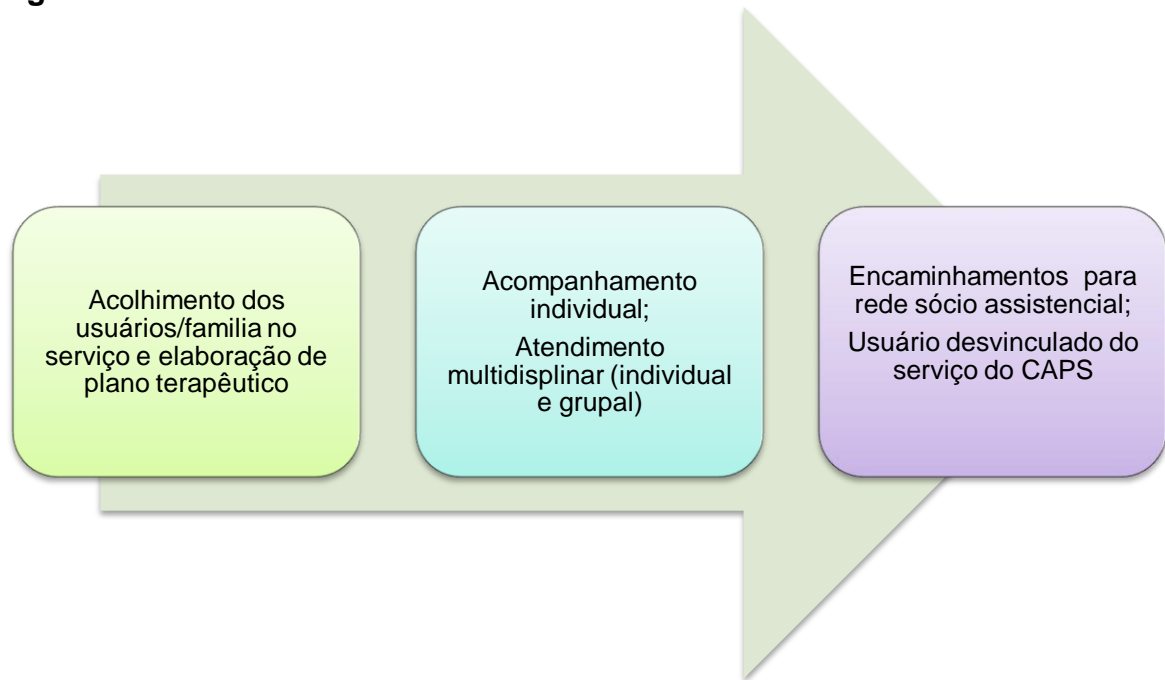
Sendo assim, o processo de trabalho para este autor envolve os seguintes elementos: 1) a atividade adequada a um fim (próprio trabalho); 2) a matéria a que se aplica o trabalho (objeto do trabalho) e os meios do trabalho (instrumental de trabalho). Sob este entendimento, tentou-se conhecer as atividades voltadas para a saúde dos usuários realizadas pelos assistentes sociais nos CAPS; o objeto de trabalho e o instrumental utilizado para tal.

Apesar de que ao longo deste estudo ter sido efetuado um esforço para a compreensão do processo de trabalho dos assistentes sociais nos CAPS-Belém, considera-se importante aprofundá-la, sobretudo pelo fato de que os pesquisados mencionaram que o trabalho que realizam é mediado por outros processos de trabalhos, pois por se tratar de um trabalho em equipe, prevê a prática de outros profissionais (enfermeiros, psicólogos, médicos, terapeuta ocupacional, farmacêutico, técnico de enfermagem, copeiro, administrativo) no contexto intra-CAPS, além das práticas dos profissionais da rede assistencial. Esses processos de trabalho influenciam no resultado do produto decorrente da prática profissional do assistente social. A figura abaixo apresenta os principais elementos do referido processo, a partir das respostas dos sujeitos.

---

<sup>8</sup> O valor do salário mínimo brasileiro, fixado em R\$ 788 desde janeiro deste ano, deveria ser multiplicado por quatro. Só assim seria cumprido o que determina a Constituição de nosso país. De acordo com o Dieese (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos), o valor do “salário mínimo necessário” deveria ser de R\$ 3.118,62 em janeiro. Durante os meses do ano, o Dieese calcula o chamado “salário mínimo necessário”, levando em conta os gastos de uma família com alimentação, moradia, saúde, educação, vestuário, higiene, transporte, lazer e previdência. Ver: <http://cspconlutas.org.br/2015/02/salario-minimo-no-brasil-deveria-ser-de-r-3-11862-diz-dieese/#sthash.N2UvsK0z.dpuf>

**Figura 6:** Processo de Trabalho dos Assistentes Sociais nos CAPS-Belém/Pará



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Conforme pode ser observado na figura acima, as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais voltadas para a saúde mental dos usuários dos CAPS-Belém, são: 1) o acolhimento dos usuários/familiares, momento em que se efetua a anamnese, objetivando conhecer a situação dos mesmos tendo em vista a elaboração do plano terapêutico; 2) o acompanhamento individual dos usuários, concomitante ao atendimento multiprofissional (individual e grupal); 3) encaminhamentos dos usuários/familiares para a rede sócio assistencial.

O primeiro momento desse processo se dá no acolhimento nos serviços e caracteriza a primeira aproximação com a realidade do sujeito além de conhecer sua história de vida. Nesse momento, cria-se o primeiro vínculo e proposta de Plano Terapêutico considerando as condições do usuário. Após isso, o objetivo esclarecido também no momento do acolhimento é do usuário aderir ao tratamento e assim realizar acompanhamentos sistemáticos, geralmente semanais, incluindo atendimentos individuais e grupais. O assistente social enquanto profissional da equipe de saúde participa em todos esses momentos.

A continuidade do trabalho profissional ocorre pelo atendimento dos usuários integrado à equipe multidisciplinar de saúde mental dos CAPS, o qual é realizado até o desvinculamento do usuário do serviço do CAPS, mesmo considerando a

possibilidade de retorno futuramente. Esse momento é importante, pois o novo modelo de atenção em saúde mental não prevê a institucionalização do usuário, ou seja, permanência por um longo período de tempo, sem que haja necessidade, vinculado a uma instituição. Quando o usuário obtém melhora de seu quadro, o mesmo pode ter alta dos serviços dos CAPS's com estímulo ao protagonismo do seu projeto de vida em substituição ao Projeto Terapêutico Singular. É importante ressaltar que devido o campo de mediações esse processo de trabalho nem sempre é possível, podendo ser interrompido a qualquer momento. Os depoimentos dos assistentes sociais pesquisados são elucidativos, neste sentido:

[...] o exercício cotidiano da profissão dentro de um CAPS se dá em processo contínuo de trabalho. As situações não são as mesmas, apesar de existirem semelhanças nos roteiros gerais. Mas cada situação é única. O trabalho se dá desde o acolhimento diário, com a escuta de continência, esclarecimento e motivacional. Tanto dos usuários e familiares que procuram o serviço, quanto dos próprios colegas de trabalho (A1).

[...] nós temos um instrumento utilizado por todos os profissionais que é o projeto terapêutico singular e que oferece pra pessoa uma forma de acompanhamento, ou seja, um processo de tratamento e que por ser singular preciso conhecer a história de vida dela pra poder estabelece algumas ações de acompanhamento, eu não posso fazer isso sem conhecer a história de vida da pessoa, essa história se dá logo no acolhimento geralmente o técnico que acolhe acompanha aquela pessoa, o processo se dá desde ali, [...] e o serviço social vai se apresentando no caminho e não necessariamente a pessoa já precisa entender que ali é a prática de um assistente social que já tá desvendada, aqui minha prática é pra mediar acompanhamento, mediar algumas ações. (B2)

[..] dentro dessa realidade esse processo ele se torna bastante lento por conta do apoio do suporte que você não tem dentro da rede, falta garantias realmente de direitos você faz o encaminhamento pra algum lugar e o usuário acaba voltando porque ele não encontra em outro espaço [...] ele desiste daquele tratamento por que ele passa a não acreditar, tem situações assim nesse processo de fazer valer o direito do usuário já ocorreu um fato muito grave que por algum tempo deixou o usuário bastante afastado do tratamento do CAPS, foi a questão do acesso ao transporte coletivo (C3).

As atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais têm por base a leitura da realidade dos usuários dos mencionados CAPS, tornando-se central nesse processo. Assim, o conhecimento dessa realidade, bem como a realização das atividades em si, exigem dos profissionais pesquisados a apropriação de instrumentos de trabalhos conforme podem visualizados na figura a seguir.



**Figura 7:** Esboço das dimensões da prática profissional do Serviço Social utilizados no processo de trabalho dos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Na figura acima, tentou-se sistematizar os dados obtidos acerca das dimensões adotadas na prática profissional dos assistentes sociais pesquisados, esse conjunto auxilia o desenvolvimento das atividades voltadas para a saúde dos usuários dos CAPS. Assim, os referidos profissionais identificaram 04 (quatro) instrumentos: 1) Teoria Social identificada por Dialético-crítica; Materialismo histórico e Marxista; 2) Projeto de sociedade caracterizado por: Democrática e de Direitos sem dominação e exploração ou subalternação de classe; Sociedade crítica e Transformação social 3) Projeto profissional identificado pela Defesa da construção

de uma nova ordem social onde prevaleça a ampliação e consolidação da cidadania, onde a democracia seja aprofundada e haja equidade e justiça social; pelos Princípios do Sus, projeto ético político do serviço social e a luta antimanicomial e outro caracterizado com o princípios da profissão, valores éticos e 4) Instrumental teórico-técnico de intervenção, com destaque para: Entrevista, visita domiciliares, reuniões de grupos e interdisciplinar, acompanhamento social, elaboração de relatórios e parecer técnico, encaminhamentos, estudo de caso; Visita domiciliar, escuta individualizada, atendimento em grupo, pareceres de acordo com a demanda; Relação teoria-prática, entrevistas, visita domiciliar, anamnese, encaminhamentos e as intervenções na rede.

Segundo Pontes (2010), o Serviço Social enquanto uma profissão que possui forte dimensão interventiva exige dos assistentes sociais o desenvolvimento de ações voltadas para problemas reais que necessitam de soluções objetivas. Portanto, tais ações profissionais devem ter como base um corpo de conhecimentos científicos contidos na matriz,

1- a *teoria social* traz no seu bojo um método, um arcabouço categorial organicamente articulador, propiciador de um conhecimento do ser social, bem como da possibilidade de captação de direções a serem assumidas na intervenção no real;

2- o *projeto de sociedade* constitui a utopia (Löwy, 1987), que se deseja atingir, ou melhor, a direção teleológica que busca a construção de uma ordem social superior. É, portanto, uma dimensão de natureza eminentemente teórico-política;

3- o *projeto profissional* não se identifica com o anterior, como querem alguns segmentos da profissão, porque esta dimensão ilumina a especificidade mesma da profissão: sua inserção sócio-constitutiva; sua particularidade em face da divisão sócio-técnica do trabalho; a complexa relação entre demanda institucional e demanda profissional; as perspectivas teórico-metodológicas próprias dos vários projetos profissionais particularizados no interior da profissão; as perspectivas historicamente construídas pelos profissionais no direcionamento político-institucional da área de intervenção privilegiada no âmbito das políticas sociais: a assistência social;

4- o *instrumental teórico-técnico de intervenção* constitui o corpo de conhecimentos imediatamente ligado à dimensão operativa propriamente dita da profissão. Esta dimensão da matriz comporta o conhecimento de natureza basicamente interventiva, ou seja, o instrumental técnico de que se vale a profissão para viabilizar o atendimento das demandas institucionais, além do componente técnico da ação profissional (PONTES, 2010, p16-17).

De acordo com o mencionado autor, o domínio deste conjunto de conhecimentos propiciará, dependendo da teoria social e do projeto de sociedade

assumidos – sendo estes os elementos focais e diretores desta dimensão enquanto profissão interventiva enquanto profissão interventiva – as condições mínimas para o trabalho profissional do assistente social.

No que se refere à teoria enquanto um instrumento do Serviço Social constatou-se que a teoria social predominante entre os profissionais é a vertente marxista. O outro instrumento que os mesmos referiram-se utilizar no processo de trabalho foi um projeto de sociedade visando superar a realidade em curso. Além desses, os profissionais se referiram, também, ao projeto profissional que orienta a postura profissional com base no Projeto ético-político do Serviço Social, considerando que mesmo contem elementos indispensáveis para se contrapor à dinâmica capitalista e, ao Instrumental teórico-técnico de intervenção.

Essas dimensões enquanto constituintes da prática profissional apontadas pelos assistentes sociais ganham sentido ao considerar que o fazer profissional dos mesmos implica uma articulação entre a dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa direcionada para uma finalidade caracterizada por esses profissionais como *projeto de sociedade*. No que se refere à dimensão teórica-metodológica, os pesquisados foram unânimes em se referir que o seu trabalho é baseado na teoria marxista, o que provavelmente tem relação direta com a formação acadêmica em nível da graduação, conforme foi destacada na parte deste estudo que trata da identificação dos pesquisados. Sendo assim, foram destacados os autores que se constituem referência para os referidos profissionais, conforme mostra o quadro abaixo.

**Quadro2:** Identificação dos autores da área do Serviço Social e da área da Saúde Mental que se constituem referência para o trabalho profissional dos assistentes sociais nos CAPS – Belém/Pará.

Autores do Serviço Social e da área da Saúde Mental referência para o trabalho profissional dos assistentes sociais nos CAPS.	<b>A1:</b> Do Serviço Social: José Paulo Netto, Eva Faleiros, Eduardo Mourao Vasconcelos, Aldaíza Sposati, Lúcia Rosa; da Saúde Mental: Paulo Amarante, Ana Pitta, Gastão Wagner, Franco Basaglia, entre outros.
	<b>B2:</b> Lúcia rosa é a principal referência porque ela trabalha na pesquisa a família, o Vasconcelos também é uma referência importante.
	<b>C3:</b> Assim eu não tenho, ah é esse profissional aqui, é esse teórico, esse cientista que eu me espelho, e procuro agir de acordo eu não tenho muito isso, eu pessoalmente né, eu poderia até te dizer, mas sem que isso fosse verdade, até porque na nossa prática a gente não consegue seguir eu vejo assim durante nossa prática no decorrer da tua experiência, da tua vivência, tu vais encontrando caminhos novos, não aqueles caminhos que já foram percorridos, lidar com o ser humano faz com que você adquira esse conhecimento na tua vivência no dia a dia, então muitas coisas que

	você encontra na questão teórica, você na questão prática, você muitas vezes não confirma ou que surge outros elementos que apontam outros direcionamentos na tua prática né.
--	---

Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Pelo exposto observa-se que os autores referências na área do Serviço Social e da Saúde Mental são: Lucia Rosa e Eduardo Vasconcelos e que os mesmos assumiram enquanto teoria social uma postura crítica, porém, apenas um dos entrevistados menciona José Paulo Netto, como sendo o autor influente na sua produção acadêmica, a partir de uma perspectiva crítica no Serviço Social brasileiro, entre outros autores que também não foram citados. Verifica-se, então, que há uma preocupação dos assistentes sociais pesquisados em realizar uma atividade pensada, a partir de uma dada concepção da realidade social, a partir de uma fundação teórica, pois:

A atividade teórica não é, de *per si*, uma forma de práxis, pois opera e transforma representações e conceitos, nunca a realidade. Porém, é fundamental, pois é a ela que corresponde à produção de objetivos e conhecimentos, seu objeto são sensações ou percepções (subjetivas) e a elaboração de conceitos e representações (ideal) (BOSKA, 2012, p.108).

Desta forma, supõe-se que o trabalho dos assistentes sociais nos CAPS expressem “uma relação íntima entre o pensamento e a ação, uma vez que o homem, para satisfação de suas necessidades concretas e interesses não aceita o mundo como ele é, daí a necessidade de transformá-lo (...)” (BOSKA, 2012, p.109). Os depoimentos dos assistentes sociais pesquisados são reveladores de tal suposição:

Isso me dá uma visão da minha prática e faz com que eu me aproxime muito mais da realidade dos usuários que eu acompanho, tanto a pessoa com sofrimento mental quanto a família e eu busco muito a referência da família no meu atendimento, dificilmente eu faço atendimento exclusivamente com usuário, só quando ele quer apresentar uma escuta, aí eu abro espaço pra isso, mas sempre utilizando a família no processo ou levando aquela escuta pra uma relação familiar, e esses quatro elementos favorecem isso, a base do materialismo, os princípios do SUS, do projeto ético político do Serviço Social e da luta antimanicomial (Profissional B2).

A gente direciona, né de acordo com aquilo que você acredita. Então, eu sempre procurei desde que da minha formação no meu TCC eu trabalhei dentro da teoria Marxista, então, eu direciono minha prática de acordo com a teoria, né? Essa teoria que foi desde o princípio, o início de todo o meu trabalho, e o instrumental ele tá diretamente relacionado com o que a teoria preconiza, de que forma você vai trabalhar; trabalhando com a questão mesmo da nossa realidade dos fatos que ocorrem, utilizando as entrevistas

que são os instrumentos que normalmente nós utilizamos na nossa prática, a visita domiciliar, as abordagens da anamnese, que você busca histórico de vida do usuário, tenta abordar, fazer os encaminhamentos, as intervenções na rede, procurando encaminhar as situações de acordo com as necessidades mais adequadas, esse tipo de situações que a gente procura solucionar” (Profissional C3).

Torna-se, então, fundamental reconhecer que o exercício profissional dos assistentes sociais implica a existência de instrumentos e técnicas que permitam a operacionalização das propostas de ação conscientemente definidas (SARMENTO, 2012, p.112).

Sendo assim, os instrumentais técnicos-operativos utilizados pelos assistentes sociais no trabalho exercido nos CAPS para atender as demandas na área da saúde mental são os mais variados. Assim, conforme citado acima foram destacados: entrevista, escuta individualizada, visita domiciliar, reunião de grupos interdisciplinar, acompanhamento social, estudo de caso, relatório, parecer técnico, anamnese, encaminhamento e as intervenções na rede. Tradicionalmente e historicamente o Serviço Social utiliza um conjunto de instrumentos e técnicas, identificados na pesquisa em questão, isso não significa negar a existência de outros. Cabe então conceituar os instrumentos e técnicas mais tradicionais identificados na pesquisa.

A *observação* pode ser entendida como um instrumento importante no levantamento de dados qualitativos e que possibilita a participação conjunta dos usuários e do assistente social. Para tanto, requer do profissional clareza (acerca dos elementos teóricos com que está operando seu conhecimento) e segurança (quanto aos objetivos pretendidos) na direção que dá o conhecimento compreensivo e explicativo que vai desenvolvendo no processo de observação (SARMENTO, 2012, p.115).

A *informação*, para ser concebida como um potencializador valioso em nossas ações precisa ser entendida como um instrumento que organiza e veicula informações de interesse da população e do assistente social (Ibid., p.115)

A *abordagem* é um contato intencional de aproximação através do qual é criado um espaço para o diálogo crítico, para troca de informações e/ou experiências para aquisição de conhecimento e/ou de um conjunto de particularidades necessárias à ação profissional e/ou o estabelecimento de novas relações de interesse dos usuários (Ibid., p.115)

A *entrevista* se constitui como instrumento utilizado intencionalmente e que sendo estabelecida entre indivíduos diferenciados em seus papéis, vai expressar e manifestar contradições nesta relação. Essas mesmas contradições são expressões das relações entre indivíduos e sociedade, que devem ser resgatadas e refletidas para que possibilitem romper e assumir novos significados pela troca de saberes que ampliam conhecimentos e possibilidades de ação no contexto institucional em que se realizam as entrevistas (Ibid., p.115-116).

[...] a *reunião* é o estabelecimento de uma dinâmica na qual emergem as forças vivas dos indivíduos em grupo. As correlações de forças vão emergindo à medida em que a realidade concreta vai se revelando e aí se percebem os elementos contraditórios da relação entre as classes sociais e a organização da sociedade (Ibid., p.116).

A *visita domiciliar* como instrumento que potencializa as possibilidades de conhecimento da realidade (conhecendo com o usuário as suas dificuldades, a sua realidade e não o uso policesco e disciplinador de reafirmação do poder de controle institucional) e que tem como ponto de referência a garantia de seus direitos (através dos serviços que lhe são levados) sendo construído um papel educativo, colocando o saber técnico à disposição da reflexão sobre a qualidade de vida (Ibid., p.116).

Na dimensão técnico-instrumental do Serviço Social, procedimentos de ultrageneralização, com base na experiência, na empiria, com vistas à manipulação de variáveis do contexto dos usuários, são frequentemente adotados pelos assistentes sociais (GUERRA, 2012, p.48).

Nesse sentido, a abordagem profissional na área da saúde mental, dada sua complexidade, possibilita a partir dos referidos instrumentos, a intervenção do assistente social e as respostas das demandas dos usuários dos serviços, uma vez que as condições objetivas de existência desses sujeitos por vezes não são favoráveis a sua reprodução na sociedade, requerendo ações imediatas desses profissionais, porém, sem descartar o acompanhamento sistemático e a apreensão da realidade dos sujeitos visando garantir o atendimento de qualidade.

Sarmiento (2012) afirma, “quando o assistente social entra em contato com os usuários ele estabelece uma relação, a qual é consequência das relações sociais de produção” (p.114). Por esta razão, entende-se que a utilização de tais instrumentais pelos assistentes sociais no processo de trabalho que realizam nos CAPS-Belém é intencional, pois:

O uso intencional de sua presença física (corporal e institucional), no espaço das relações sociais concretas no interior das organizações implica movimentar, mobilizar e conduzir processos e saber nesse cotidiano, objetivando um conjunto concreto de mediações do qual faz parte, que pode ou não permitir a reconstrução desta sociabilidade (SARMENTO, 2012, p.114).

Neste sentido, articulação com a rede de serviços na área da saúde mental se constitui um instrumento fundamental para o trabalho do assistente social nos CAPS de Belém-Pará. Faleiros (2010, p. 26) corrobora tal afirmação:

É a mudança de relação particular no contexto da história social da família e da sociedade, na articulação da rede de relações que vai se construindo o objeto de intervenção. O sujeito não é visto através da doença, do

problema, mas como uma sujeito em relação, em processo. A mudança de paradigma teórico implica nova articulação de instrumental prático. Em vez de indicadores estáticos, temos que construir indicadores de processo, indicadores de rede, mapas de relações. É preciso rever todo nosso instrumental técnico, nossos prontuários. Estes necessitam estar também em rede. A mudança da prática profissional implica desconstruir o próprio contexto neoliberal em que nos situamos para construir o objeto de intervenção nessas condições técnicas, culturais e políticas que estamos vivendo, analisando-se contraditoriamente o capital da informática, da democracia, dos direitos da cidadania no processo da acumulação financeira, da produtividade, da privatização e do desemprego.

Segundo o autor acima citado, as mudanças no contexto histórico dos usuários, suscita a necessidade de revisão dos instrumentais técnicos, visando “desconstruir o próprio contexto neoliberal em que nos situamos para construir o objeto de intervenção nessas condições técnicas, culturais e políticas que estamos vivendo”. Desta forma, não restam “dúvidas de que as mudanças societárias em curso, geradas pelo processo de globalização e reestruturação produtiva implicam mudanças significativas no técnico-político da intervenção” (SARMENTO, 2012, p. 116).

Tais mudanças provocam impactos no trabalho profissional do assistente social, “gerando um rearranjo do perfil e competências das práticas profissionais” (Idem, p.117). A propósito, cabe referir-se ao “Acolhimento dos usuários/famílias nos serviços dos CAPS” citado como uma das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais. Assim, considera-se importante interrogar sobre o que significa “acolhimento”? Trata-se de uma ação ou de um instrumento de trabalho? Qual a origem deste termo no Serviço Social e em que contexto histórico ele surge?

De acordo com Brasil (2010) o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todo que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos

afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (FERREIRA, 1975, p.6).

Assim, o acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho significa, acolher com a finalidade de dar respostas aos problemas de saúde das pessoas que buscam uma unidade de saúde, implica que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante.

No Serviço Social, o ato do acolhimento, pode ser considerado como um processo no qual o profissional utiliza sua gama de instrumentais-técnicos, entre eles: a informação, a abordagem e a entrevista. O acolhimento enquanto uma prática preconizada na Política Nacional de Humanização dos SUS é algo relativamente recente, porém no fazer profissional do assistente se torna um instrumento já utilizado desde a institucionalização da profissão de Serviço Social inerentes ao processo de trabalho.

Essas questões parecem ganhar sentido ao considerar que:

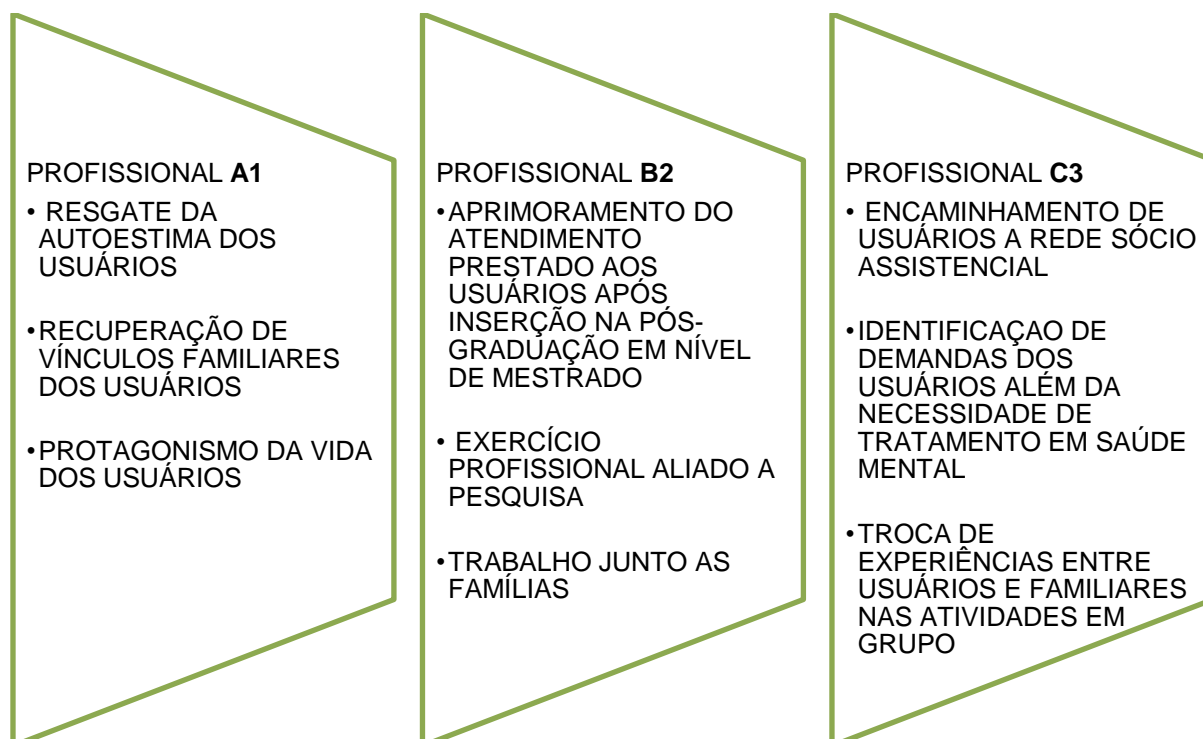
O exercício profissional não foge a essas determinações sociais. O assistente social, ao ingressar no mercado de trabalho – condição para que possa exercer a sua profissão como trabalhador assalariado – vende a sua força de trabalho: uma mercadoria que tem um valor de uso, porque responde a uma necessidade social e um valor de troca expresso no salário. O dinheiro que ele recebe expressa a equivalência do valor de sua força de trabalho com todas as outras mercadorias necessárias à sua sobrevivência material e espiritual, que podem ser adquiridas no mercado até o limite quantitativo de seu equivalente – o salário ou proventos -, que corresponde a um trabalho complexo que requer formação universitária. É por meio dessa relação mercantil que se dá a objetivação do valor de uso dessa força de trabalho, expresso no trabalho concreto exercido pelo assistente social, dotado de uma qualidade determinada, fruto de sua especialização no concerto da divisão do trabalho (IAMAMOTO, 2012, p 217-218).

As considerações acerca do exercício profissional efetuadas acima por (IAMAMOTO, 2012) suscitaram interrogar-se sobre as contribuições do trabalho do



assistente social nos CAPS – Belém para a saúde mental dos usuários. As respostas obtidas neste sentido pelos pesquisados foram sintetizadas na figura abaixo.

**FIGURA 8:** Contribuições do trabalho profissional dos assistentes sociais para o tratamento da saúde mental dos usuários dos CAPS-Belém/Pará



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

A figura acima apresenta uma síntese a partir das falas dos profissionais entrevistados, quanto ao que eles consideram as suas contribuições para o tratamento de saúde mental dos usuários. A partir dos atendimentos prestados aos usuários os profissionais puderam identificar que através dos seus processos de trabalho, foram permitidos subsídios pontuais, tornando o tratamento de fato efetivo. Materializando as contribuições conforme descrito nas falas:

As mais variadas possíveis, desde alguém que conseguiu resgatar sua autoestima; alguém que recuperou vínculos familiares que estavam rompidos há muito tempo, até alguém que conseguiu retomar o protagonismo de sua própria vida: saindo das ruas, aprendendo a administrar suas economias e viver a vida sobre nova perspectiva. (A1)

Outro depoimento de grande contribuição, refere-se a importância da pesquisa vinculada a prática profissional e possibilitada através da inserção em Curso de Mestrado, ratificando o conteúdo apresentado nesse estudo, quanto a necessidade da pesquisa e aprimoramento intelectual,

Eu no ano passado me prontifiquei a fazer o mestrado na área da saúde mental e avalio que hoje seja a minha principal contribuição para esse período aqui no CAPS. Eu pesquisei famílias que têm pessoas com esquizofrenia e para saber como se dão os cuidados no ambiente familiar a essa pessoa, e isso me traz a partir da pesquisa um novo olhar sobre como lidar com famílias, eu identifiquei coisas que eu achava que não eram vivenciadas por familiares mas que a pesquisa me mostrou que tem uma realidade que muitas vezes nós técnicos não conhecemos, o lidar com o cuidado e hoje eu deixo essa contribuição, apesar de ainda não ter defendido minha dissertação, que eu só defendo em agosto, mas eu já trago na minha fala nas orientações com famílias algumas coisas que eu observei, algumas realidades vivenciadas por familiares e eu já trago pros grupos, para as reuniões técnicas e pro atendimento individual e coletivo [...] e tem vários exemplos de práticas bem realizadas aqui no CAPS, a gente apoiar a família, orientar e termos grandes sucessos aqui, vários usuários que eu atendi encaminhei para benefícios que seguiram o caminho da orientação conseguiram, principalmente em relação à benefício de prestação continuada (B2).

O próximo depoimento revela como o trabalho em grupo se faz presente no processo de trabalho do assistente social no CAPS, a profissional avalia que esse instrumento é fundamental na identificação de demandas extra-CAPS resultando nos encaminhamentos para rede. Além de propiciar a troca de experiências, socialização de informações. Segue fala do profissional,

É, as situações que nós atendemos, as situações das famílias, mais vulneráveis e geralmente eles trazem demandas de outras necessidades, necessidades muitas vezes questões de moradia, é uma situação que ocorre em família as vezes, já aconteceu, né do abuso sexual, de uma terceira pessoa dentro da própria família e que foi revelado a partir do momento que começamos a abordar essa temática no grupo e de que forma isso poderia ser direcionado, o esclarecimento foi feito você poderia denunciar e o apoio onde você poderia tá buscando, e que tipo de que forma você poderia trabalhar né, em si aquele trauma que lhe foi vivenciado muitas vezes no momento do grupo né, algumas pessoas já adultas acompanhantes foram vítimas de abuso sexual dentro da própria família e a maioria das vezes pelo próprio pai, então você percebe que aquela pessoa, ela também precisa de um acompanhamento e aí o serviço social, ela trabalha nesse sentido no momento que ela percebe a necessidade de um encaminhamento com a rede, aí nós encaminhamos pra uma terapia fora do CAPS por que nós atendemos só criança e adolescente, e essa situação é do adulto e aí gente já procura fazer esse encaminhamento e nas situações também de desemprego a gente orienta nesse sentido, de tá dando continuidade, né fazendo um curso técnico oportunizando, orientando aonde existe um atendimento que possa tá facilitando esse tipo de situação – Ah eu estou desempregado há tantos anos, a pessoa já até perdeu o interesse, ou já se acomodou naquela situação e não acredita que pode voltar ao

mercado de trabalho, a gente orienta olha existe um curso, o curso é assim, estimula, ai mostra e entre eles mesmo acaba surgindo naquele momento ali né, depoimentos: eu também vivi, isso já aconteceu passei por uma situação que eu fui abandonado e tinha que ficar em casa porque precisava cuidar do usuário e depois consegui, isso também da um estímulo muito grande na própria vivência do grupo, pra aquele que naquele momento tá precisando do apoio, o serviço social trabalha muito essa questão do grupo que essas experiências são trocadas e isso tem ajudado bastante (C3).

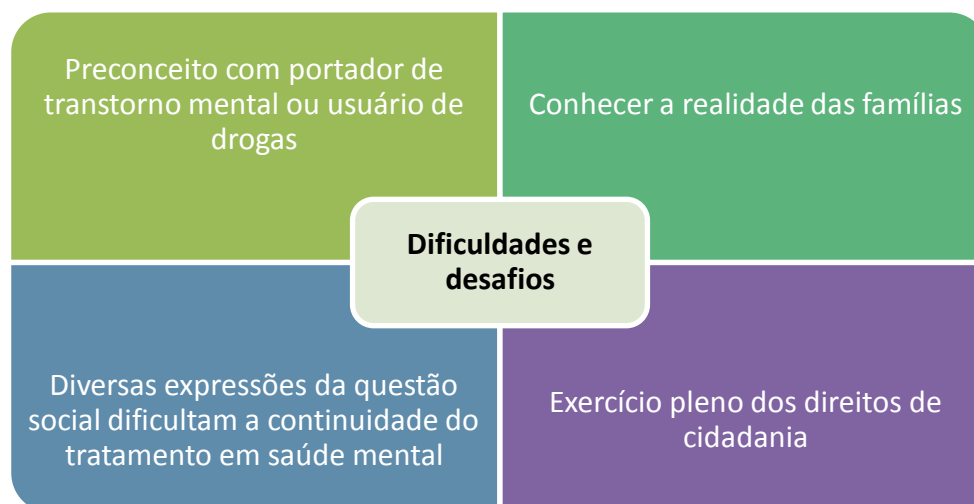
A experiência com grupos é apresentada por Siqueira (2008), o trabalho com grupos sempre esteve presente na atuação do assistente social e hoje é uma estratégia de intervenção, que vem sendo cada vez mais utilizada e repensada frente às demandas da população e às perspectivas que as políticas públicas vêm apresentando. A autora alerta,

O trabalho com grupos pode trazer resultados mais consistentes, a possibilidade de se vivenciar a cooperação, fortalecendo vínculos entre os membros; pode ser também um caminho para a participação na defesa e conquista de direitos. Para tanto é fundamental que dentre vários outros aspectos, o profissional conheça e domine como se dá o processo grupal e não somente discuta temas de interesse do grupo (p.2)

Conclui-se, que a abordagem grupal como um instrumento técnico-operativo do assistente social deve ser considerada não apenas em seus aspectos técnicos, o fazer profissional, mas igualmente em suas decorrências sócio-políticas da prática da qual ele potencializa as ações, viabilizando uma intervenção que tem uma direção social situada no movimento contraditório da sociedade.

Essas considerações conduziram ao conhecimento sobre as principais dificuldades e os desafios que os assistentes sociais encontram no trabalho que realizam nos CAPS, as quais foram sistematizadas na figura a seguir.

Figura 9: Identificação das principais dificuldades e desafios que os assistentes sociais encontram no trabalho realizado nos CAPS – Belém/Para:



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Conforme pode ser visualizado no quadro acima dentre as principais dificuldades que assistentes sociais encontram no trabalho que realizam nos CAPS – Belém/Para foram destacadas: preconceito com portador de transtorno mental ou usuário de drogas, o conhecimento da realidade das famílias, o exercício pleno dos direitos de cidadania e diversas expressões da questão social dificultam a continuidade do tratamento da saúde mental dos usuários. Os depoimentos dos profissionais pesquisados são elucidativos, neste sentido:

(...) As mais diversas, 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 ou usuário de drogas como o que não tem razão nem direitos. São, portanto, incapazes de exercer sua cidadania. Os desafios são muitos, mas se quebrarmos os “muros dos manicômios das mentes” do preconceito e da discriminação com essas pessoas em sofrimento, poderemos, sim, ter uma sociedade livre dos manicômios e com cuidado com a saúde mental de todos os seus cidadãos exercendo direitos plenos de cidadania (A1).

[...] a família não tem como chegar até nós, porque existe essa situação financeira que a impede né, de pagar o transporte coletivo e essas dificuldades que já citei de muitas vezes o usuário não ter o acesso gratuito, e se ele tem, mas o acompanhante não tem, e o acompanhamento são três vezes na semana [...] nós atendemos usuários de Santa Izabel, de Vigia, temos usuários até que são de outro estado Maranhão porque o CAPS lá só é adulto ou quando eles tem um CAPS no próprio estado é até mais distante eles irem pra lá do que vir pra Belém, então, essa situação de distância, de transporte, de situação financeira tem dificultado muito o nosso trabalho (C3).

Diante do exposto, os pesquisados são de opinião que combater o preconceito ao doente mental, nos espaços sócio 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, pois o usuário não tem acesso gratuito ao transporte, ou até mesmo, se ele o tem mas o acompanhante não tem, principalmente, porque é necessário o acompanhamento do paciente três vezes por semana. Esta situação se torna mais difícil nos casos de usuários oriundos de outros municípios (Santa Izabel, Vigia, etc.) ou de outro estado (Maranhão).

Estas situações que dificultam o trabalho dos assistentes sociais nos CAPS e, conseqüentemente, na recuperação da saúde mental dos usuários expressam sem dúvida, de um lado, as contradições postas na organização institucional 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 doente mental, o que explica o fato de que a articulação 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, pois segundo Rosa (2011), a saúde mental se configura como um campo social e político, permeado pelas contradições inerentes do capitalismo.

Sendo assim, torna-se fundamental o conhecimento acerca das expressões da questão social que não tem sido investigadas, estudadas e continuam, visto que as mesmas interferem no tratamento da saúde mental dos usuários dos CAPS, dada complexidade do entendimento acerca da categoria saúde mental, à medida em que esta ultrapassa o campo estritamente da saúde, devido se relacionar com outras esferas da vida em sociedade. Sob este entendimento, a pesquisa da realidade social dos usuários dos CAPS-Belém se torna um recurso fundamental para a formulação de propostas de trabalho e para a ultrapassagem de um discurso genérico que não dá conta das situações particulares. Essa pode ser uma trilha fértil para se pensar as relações entre indivíduo e sociedade, entre a vida material e a subjetividade, envolvendo a cultura, o imaginário e a consciência. Assim,

O principal desafio é conhecer a realidade das famílias e pra mim se eu não tiver esses elementos na minha prática eu fico com uma lacuna muito grande para atender individualmente alguém porque eu considero isso como elemento chave, a família, na prática do serviço social, então o

desafio é esse, todo mundo que eu atenda eu conheça como é essa realidade pra poder fazer os recortes pra trabalhar sem ferir a autonomia da pessoa (B2).

Assim, reafirma-se 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 quanto este (Amarante (2007)). Desta forma, cabe se interrogar sobre a particularidade do trabalho do assistente social na equipe interdisciplinar dos CAPS-Belém-Pará.

## 5.2 A PARTICULARIDADE DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DOS CAPS'S - BELÉM/PARÁ

Como já foi mencionado neste estudo, o assistente social é integrante da equipe interdisciplinar de saúde mental nos CAPS, portanto, o trabalho que o mesmo desenvolve nestes espaços sócio ocupacional não pode ser analisado apenas do ponto de vista do próprio profissional, mas deve ser considerado como um processo na relação com outros profissionais que fazem parte da referida equipe.

Deste modo, procurou-se conhecer o trabalho da equipe de saúde em cada CAPS, com objetivo de identificar os elementos do trabalho na perspectiva interdisciplinar. Para tal, contou-se com a participação 03 (três) profissionais, sendo: 02 (duas) enfermeiras e 01 (uma) terapeuta ocupacional, identificadas por uma letra e suas respectivas instituições por um número. Na figura a seguir foi efetuada uma síntese acerca do mencionado trabalho.

Figura 10: Identificação do Trabalho da Equipe Interdisciplinar nos CAPS- Belém-Pará.



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

A figura acima evidencia que o trabalho realizado pela equipe interdisciplinar de saúde mental dos CAPS pesquisados, consiste em: ações desenvolvidas em conjunto, acompanhamento do tratamento dos usuários através de Plano terapêutico e estudos de casos. Os relatos abaixo são elucidativos, neste aspecto:

O trabalho da equipe no centro de atenção psicossocial consiste no acolhimento de usuários que apresentem o uso abusivo de álcool e outras drogas, trazendo prejuízos físicos, mentais e sociais. A equipe de saúde, através de um representante, realiza o acolhimento deste usuário, e avalia sua situação de dependência. Neste momento é elaborado um plano terapêutico individualizado, onde serão levadas em conta as necessidades individuais de cada usuário. São realizados também avaliações individuais da equipe de saúde, onde os usuários são avaliados de acordo com a especialidade (D1:).

Dentro do CAPS por ser um serviço psicossocial é necessário que a equipe trabalhe de forma integrada. Onde todos os profissionais têm as ações em conjunto e o nosso objetivo principal é reintegração social do paciente[...] então a maneira como trabalhamos é de forma integrada todos sabem que o objetivo principal é a melhora do usuário como um todo, não é apenas a questão clínica, psíquica ou social ele é um indivíduo com sofrimento e a gente entende que esse sofrimento é multifatorial (E2).

A dinâmica inicial é o acolhimento feito por um técnico, a criança ou adolescente é avaliada conforme a necessidade e dependendo da demanda

é encaminhada para a médica ou não" " depois desse primeiro atendimento, todos os casos são repassados para equipe e estudamos e avaliamos, todos participam inclusive a médica" " todos os técnicos fazem grupos terapêuticos e atendimento individual (F3).

Os depoimentos acima mostram que o trabalho da referida equipe se inicia com o acolhimento de usuários que apresentem situações de uso abusivo de álcool e outras drogas, trazendo prejuízos físicos, mentais e sociais. Ressalta-se que no processo de tratamento são efetuados atendimentos individuais, porém as atividades coletivas envolvendo os usuários e profissionais das diversas áreas são prioritárias e têm apresentado resultados satisfatórios no tratamento em saúde mental dos mesmos. Desta forma, procurou-se conhecer a opinião dos profissionais da equipe de saúde pesquisados, acerca da particularidade do trabalho assistente social na referida equipe.

Figura 11: Identificação da particularidade do trabalho do assistente social, segundo a opinião dos profissionais que integram a equipe de saúde mental dos CAPS



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.



Conforme pode ser observado no quadro, os profissionais da equipe de saúde pesquisados expressaram a particularidade do trabalho dos assistentes sociais nos CAPS,

Como todo profissional é muito importante, o indivíduo vem com uma demanda muito social. Às vezes é um dos fatores que ocasionam o sofrimento, mas a gente também sabe que não é só isso, existem outros fatores (E2).

A equipe que a gente trabalha aqui ela é completa, eu acho que trabalhamos todos em comum acordo". "Assim, a assistente social no grupo de família aborda não só assuntos como perícia, BPC". "Ela aborda vários assuntos inclusive quando a equipe sente necessidade repassa algum assunto quando os pais estão com problema" "vou dá um exemplo: questão de lidar mesmo com usuário, às vezes os pais acham que o usuário tá fingindo, isso aquilo"..."geralmente, o assistente social dá muito apoio nessa questão do benefício [...] as mudanças na obtenção de benefício de prestação continuada, passe livre, então, eu acho de suma importância o Serviço Social (F3).

Os relatos acima fazem destaques para o trabalho do assistente na equipe de saúde mental nos CAPS, tais como:

- estudo sobre a situação trazida pelo usuário, pois muitas vezes o usuário chega ao CAPS trazendo uma demanda que está relacionada a outras situações que se encontram latentes;

- orientação ao grupo de famílias dos usuários sobre os direitos previdenciários e de assistência social (BPC), acesso ao passe livre para transporte, bem como sobre problemas enfrentados pelos pais no que se refere aos conflitos familiares em decorrência da situação da doença mental, etc.

Cabe ressaltar que esses profissionais mencionaram que o assistente social é solicitado por profissionais de outras áreas para contribuir na análise das demandas sociais que chegam aos CAPS. Constata-se, então, que os referidos profissionais têm na profissão do Serviço Social um direcionador para cada tipo de demanda, pois avaliam os assistentes sociais dispõem de habilidades técnicas para detectar fatores sociais que podem agravar a saúde da pessoa portadora de transtorno mental e/ou dependente químico, bem como contribuem para o acesso aos direitos e a inserção social dos usuários. Desta forma, a figura a seguir é elucidativa.

Figura 12: Identificação das contribuições do trabalho do assistente social para a saúde mental dos usuários dos CAPS – Belém, segundo a opinião dos profissionais da equipe de saúde



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Observa-se que as contribuições do trabalho dos assistentes sociais para a saúde mental dos usuários dos CAPS – Belém, segundo a opinião dos profissionais da equipe de saúde reafirmam aquelas que foram expressas pelos próprios assistentes sociais, inclusive destacaram que tais contribuições foram decisivas para a recuperação da saúde dos mesmos, pois:.

O trabalho do assistente social no CAPS foi marcante em diversas situações em que os usuários necessitavam de reinserção social, tendo o profissional como determinante na orientação destes casos. Outra situação determinante do trabalho do Assistente social foi diante de casos onde houve a necessidade de visita domiciliar aos usuários, onde a experiência e o olhar deste profissional se fez crucial para a condução do caso e bom andamento do atendimento da equipe profissional (D1).

são feitas visitas domiciliares pra gente viabilizar alguns direitos e necessidades, mas ouve um caso específico em que um a usuária não tem familiar não tem rede de suporte algum e o assistente social além de ter ido atrás de um espaço pra ela morar, tentar ajudar nessa questão social. Hoje, o assistente social monitora ela (E2).

Eu acho que quando vem algum problema judicial, porém outro profissional que tenha prestado atendimento também vai (F3).

Considera-se importante registrar os relatos acima, por entender que se trata do reconhecimento da importância do trabalho profissional do assistente social, em espaço sócio ocupacional, na área da saúde mental, onde antes da Reforma Psiquiátrica, nas instituições psiquiátricas, o assistente social desenvolvia as suas ações profissionais de forma subordinada ao saber médico-psiquiátrico:

é o saber com mando social, isto é, o reconhecimento social no plano legal sobre o campo da Saúde Mental, nas condições econômicas, políticas e ideológicas da sociedade burguesa (...) ou seja, o saber psiquiátrico tradicional encontra respaldo em interesses econômicos da atual sociedade de mercado e reforça estruturas de poder e saber ligadas às necessidades capitalistas (AMARANTE, 1996 apud BISNETO, 2007, p.146).

Contudo,

No movimento de Reforma Psiquiátrica, quando se questiona o saber psiquiátrico tradicional, pela introdução de questões pertinentes à complexidade das relações sociais na constituição do fenômeno da loucura e com vistas à ressocialização com tratamento terapêutico, o saber do Serviço Social torna - se importante, por que o assistente social tem uma formação voltada para apreender os aspectos sociais (BISNETO, 2007, p.146).

Sendo assim, o trabalho dos assistentes sociais podem oferecer subsídios para a resolutividade, a partir dos conhecimentos teóricos- metodológico e técnico - operativo adquiridos no processo de formação profissional, ao considerar que

Nas condições propostas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, os saberes de vários atores deveriam compartilhar a execução das práticas de Saúde Mental, pois os saberes médicos, psicológicos, sociais, terapêuticos, antropológicos, entre outros, e os saberes da clientela passa a se constituintes da nova concepção de existência-sofrimento junto às relações sociais de tratamento do portador de transtornos mentais (BISNETO, 2007, p.147).

Em que pese os profissionais da equipe de saúde mental dos CAPS pesquisados tenham destacado a importância da interdisciplinaridade, os mesmos reconhecem a necessidade de aprimoramento do trabalho em equipe e reivindicam prioridades de investimentos na capacitação da referida equipe. A figura a seguir é elucidativa neste sentido.

Figura 13: Identificação dos motivos que levaram os pesquisados a demandarem o aprimoramento do trabalho da equipe de saúde mental nos CAPS – Belém



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Entende-se que a demanda de aprimoramento do trabalho da equipe de saúde mental nos CAPS – Belém, apresentada pelos profissionais dessa equipe, é decorrente, principalmente, da complexidade em lidar com o sofrimento mental dos usuários. Desta forma, foram apontadas a necessidade de formações continuadas. A profissional E2 relata que mesmo com toda a sua experiência profissional, existem situações nas quais a equipe não sabe como proceder e ressalta a necessidade de cursos e compartilhamento de experiências. A profissional F3 reconhece a falta de continuidade nos estudos de forma mais sistemática; relata sobre as novas demandas que vêm surgindo como no caso do autismo e vê na falta de conhecimento sobre o tema dificuldades nas práticas.

A participação em eventos na área da saúde mental também poderia se constituir em um espaço a mais para o debate e a troca de experiências sobre as novas demandas na área de saúde mental, contudo, segundo os pesquisados, nem sempre as instituições conseguem facilitar o acesso dos profissionais a esses espaços de aprendizado. Os seminários, congressos e cursos de capacitação de uma maneira geral são os instrumentos por meio dos quais é possível compreender a realidade tão dinâmica e em constante processo de mudança. Daí a necessidade do trabalhador em saúde mental qualificar seus conhecimentos de forma que isso reflita na qualidade do seu trabalho profissional. Dessa forma, as instituições às quais estão vinculados os CAPS deveriam incentivar essas iniciativas, favorecendo

uma via de mão dupla (servidores e usuários dos serviços). O conteúdo das falas abaixo é revelador desta situação.

**A1:** Sempre, por iniciativa própria, pois a **SESMA não dá tanto incentivo**. Depende da conjuntura política de quem está a frente da Secretaria ou do Governo.

**B2:** Aqui há uma oferta considerável de eventos pra que a gente possa participar e eu a cada semestre participo de dois, três eventos.

**C3: Ultimamente não, a gente tá tendo uma dificuldade desse acesso**, mas normalmente a gente participava pelo menos duas, três vezes no ano. Tanto tem a Semana do Serviço Social que é uma situação nossa, da profissão, mas aí de vez em quando era oportunizado outros acessos, só que ultimamente isso não tem ocorrido.

Apesar da necessidade de aprimoramento do trabalho em equipe, ainda assim, para os pesquisados, a contribuição do trabalho da equipe de saúde para efetivação do tratamento em saúde mental é fundamental segundo os sujeitos da pesquisa. Neste sentido, a profissional D1 verbaliza: “a equipe de saúde é primordial na atenção e cuidado integral em saúde mental, com finalidade de atender o usuário em seu biopsicossocial.” A profissional E2 ressalta que a equipe tem um objetivo em comum: ajudar o usuário, cada um na sua especificidade no seu conhecimento traz a contribuição, vai ajudar no dia a dia lidar com sofrimento não só nas crises, mas na manutenção. A profissional F3 avalia que a equipe estando coesa, tem um pensamento direcionado para a melhora do usuário, e nas discussões de caso são constatadas a evolução dos usuários, implicando, diretamente, no atendimento prestado, pois as necessidades incidem na revisão de novas práticas, contribuindo para efetivação do tratamento.

### 5.3 AS PRINCIPAIS DEMANDAS DOS USUÁRIOS DOS CAPS - BELÉM/PARÁ E OS MOTIVOS DA PROCURA DO SERVIÇO

A tentativa de desvendar as contribuições do trabalho profissional dos assistentes sociais nos CAPS para a saúde dos seus usuários conduziu ao conhecimento da opinião de usuários desse Centro sobre tais contribuições. Assim, conforme referido na introdução deste estudo, tomou-se por base a voz de 02 (dois) usuários que, evidentemente, possuem histórias de vidas distintas, mas que possuem um ponto comum: são usuários dos CAPS-Belém, procurando não somente conhecer as determinações que levaram os mesmos procurarem os

serviços de atenção em saúde mental, nesses CAPS, mais também, a opinião deles sobre a contribuição do trabalho dos assistentes sociais para a saúde mental deles..

A primeira entrevista realizada foi com o sr. **G1**, o qual relata que usava drogas desde a adolescência, mas há algum tempo atrás sofreu um acidente de trabalho e com a demora da liberação do benefício previdenciário ficou em uma situação financeira instável, acabando por virar morador de rua e a fazer uso abusivo de substâncias psicoativas. Relatou que já havia procurado tratamento, porém, sem êxito. Assim, um dia quando passava pela rua viu o serviço, fez o acolhimento e acabou sendo inserido no processo de tratamento, no CAPS AD, “eu cheguei lá no CAPS devido eu tá precisando de me tratar de álcool e droga” “eu já procurei ajuda de tantas coisas e não consegui, passei na frente vi a placa entrei e fiz acolhimento e fui observado durante uns quinze dias, as profissionais de lá queriam saber meu perfil”

Destaca-se que no momento em que foi realizada a entrevista com este usuário, o mesmo já estava em tratamento há dois meses; atualmente, o local de sua moradia é um dispositivo da rede denominado Unidade de Acolhimento Adulto ligado, diretamente, ao CAPS.

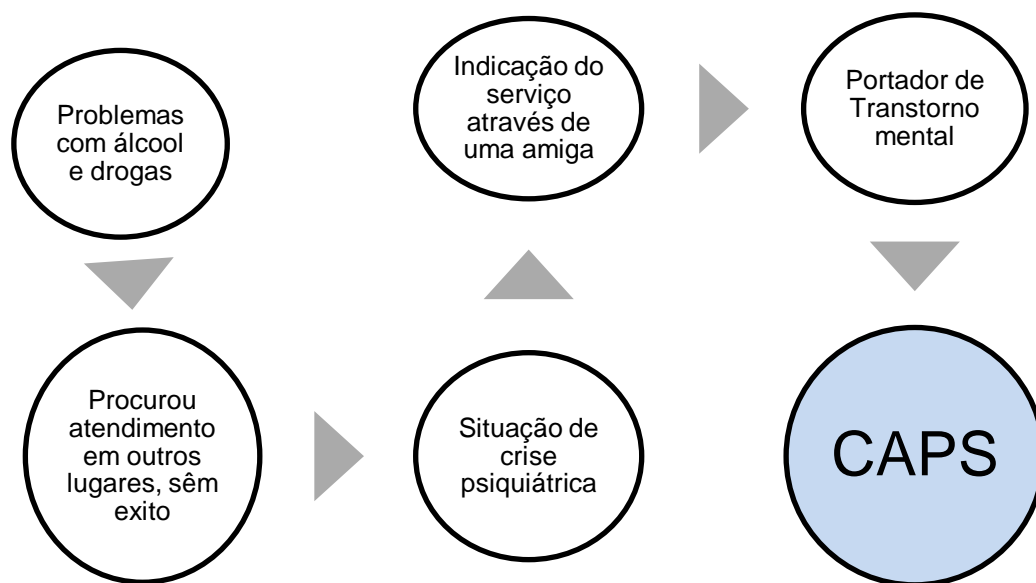
O sr. **H2** é universitário e faz tratamento há cinco anos, no CAPS III. Este usuário relata que procurou o serviço deste Centro por indicação de uma amiga e, nesta ocasião, o mesmo se encontrava em crise, pois é portador de transtorno bipolar. Durante o tempo de tratamento já recebeu alta melhorada<sup>9</sup>, retornando ao serviço, posteriormente. Segundo ele "uma das metodologias do CAPS é eliminar os centros manicomiais, pra que a gente possa ter uma vida bem melhor, sem precisar tá ficando internado em centros fechados né, eu acho bem legal aqui a dinâmica, a metodologia que eles usam", demonstrando clareza quanto à natureza do serviço.

Os motivos que levaram os referidos usuários a ingressarem nos serviços dos CAPS podem ser visualizados de forma sintetizada na figura abaixo.

---

<sup>9</sup> A alta melhorada é um procedimento deliberado pela equipe técnica, quando o usuário apresenta quadro estável, podendo dar continuidade no tratamento medicamentoso em ambulatório.

Figura 14: Apresentação dos motivos que levaram os usuários a ingressarem nos serviços dos CAPS



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Após o conhecimento da situação que levou os usuários a procurarem os serviços dos CAPS, foi interrogado se os mesmos haviam recebido encaminhamentos para outro (s) serviço (s) de saúde mental, além dos CAPS. As respostas obtidas por eles podem ser visualizadas nos depoimentos abaixo:

“já fui indicado para fazer exames pessoais (fezes, urina, sangue)” “ já fui ao dentista” “recentemente fui fazer um raio-x do tórax lá no HC” “tirei minha certidão de nascimento pelo POP[...] fui encaminhado para Defensoria Pública” “agora tô sendo encaminhado pra tirar RG na delegacia civil” (G1)

O usuário relata demora, por volta de quatro meses, na emissão de sua 2ª via da Certidão de Nascimento.

O usuário H2 relata, "Quando eu sai daqui eles me indicaram pro Centro de Saúde mas só que aí eu passei a ir no psiquiatra mas particular [...] plano de saúde" "Me indicaram pra fazer atividades, para quem recebe alta daqui, em uma ONG Brilho e Luz trabalha com saúde mental. "

Quadro 3: SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES DA REDE DE ATENDIMENTO

<b>Instituições da rede identificada nas falas dos usuários:</b>	<b>Serviços disponibilizados pelas instituições:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CENTRO POP DA FUNPAPA</li> <li>• DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ</li> <li>• CENTRO DE SAÚDE DO MARCO</li> <li>• ASSOCIAÇÃO BRILHO E LUZ</li> <li>• HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA</li> <li>• POLÍCIA CIVIL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMISSÃO DE DOCUMENTOS</li> <li>• EXAMES DE ROTINA</li> <li>• CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</li> </ul>

Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

A dificuldade do trabalho é maior quando é necessária a articulação com a rede, pois os entraves encontrados afetam tanto os usuários quanto os profissionais. Ainda assim, sem os serviços disponíveis incluindo as instituições citadas acima entre tantas outras, o trabalho desenvolvido no CAPS ficaria comprometido. Faleiros (2010, p. 24) esclarece acerca dessa relação:

É na relação de redes que se colocam as questões enfrentadas pelos próprios sujeitos na sua perda de poder para articulá-las em estruturas e movimentos de fortalecimento da cidadania, da identidade, da autonomia. Mesmo os que se dedicam a administrar dossiês podem se situar numa perspectiva de articulação de poderes, nos limites dos que não podem, para mudar as relações dos sujeitos do trabalho social com as redes primárias, a família, as redes secundárias das organizações sociais e, ainda, articulando outras redes para fortalecer os sujeitos em rede. Sabe-se já, por demasiado, que indivíduos sozinhos não tem condições de se fortalecer. A construção de redes é processual e dinâmica envolvendo tanto a família como os amigos, os vizinhos, os companheiros de trabalho, partido, sindicato, como redes formais das organizações de saúde, de assistência, educação ou outras, a partir dos sujeitos implicados.

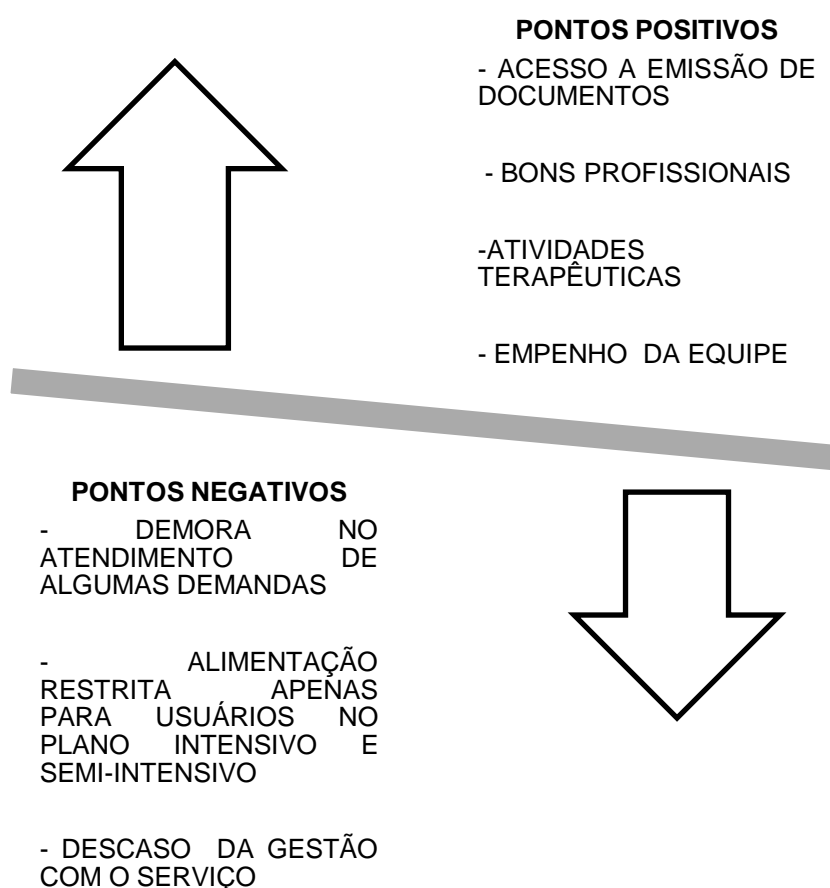
Na rede de serviços identificada na figura acima, temos alguns dos elementos citados por Faleiros, as redes primárias bastante diversificadas passando desde a atenção primária na área da saúde com os exames de rotina até serviços especializados da média complexidade, entre instituições que executam a política de assistência social e instituições da defesa social, além das redes secundárias, no caso da Associação Brilho e Luz, que trabalha o transtorno mental e a economia



solidária. É possível observar para além da necessidade de atenção em saúde mental os usuários necessitam de serviços básicos, os quais se não tivessem chegado até o CAPS, as demandas não seriam identificadas e encaminhadas; esses fatores apesar de se encontrarem nessa relação de poder são fundamentais para que o tratamento contemple toda sua complexidade.

No processo investigativo foi solicitado aos usuários que relatassem sobre o serviço prestado pelos CAPS's, comentando os pontos positivos e negativos. Do conteúdo das falas foi estabelecida a seguinte relação:

**FIGURA 15: ASPECTOS DO SERVIÇO PRESTADO AOS USUÁRIOS**



Fonte: Elaboração da autora, com base na pesquisa de campo realizada em Maio/2015 que subsidiou este estudo.

Um dos principais pontos positivos na concepção dos usuários, ficando bastante evidente em suas falas, diz respeito ao atendimento realizado pelos profissionais e o empenho dos mesmos na luta antimanicomial, materializado através de suas ações. A crítica também é direcionada nos conteúdos, onde fica claro a dinâmica das relações em rede. A exemplo, um dos usuários apesar de ter

conseguido atender suas demandas, narra a demora na marcação de exames e emissão de documento. Outra crítica está relacionada às restrições impostas pelas instituições, pois os CAPS não podem oferecer alimentação a todos que utilizam os seus serviços, o que revela a falta de atenção dada pelo governo à política pública de saúde mental, mesmo diante das manifestações reivindicando direitos de usuários e condições de trabalho para os servidores. Segue as falas evidenciando o exposto,

“bom os positivos é porque deu certo de eu conseguir meus documentos”  
 “negativo é devido a demora mas isso é normal na rede pública” “a demora da minha certidão e a demora na marcação de exames” “sobre meu tratamento no CAPS os profissionais são ótimos” “devia ter alimento para as pessoas moradores de rua que vão lá fazer acolhimento” (G1)

"Assim, como posso dizer, os funcionários em si a gente percebe por eles, que eles tentam melhorar o serviço de saúde, não levando diretamente pra parte da internação eles sempre tão com essa luta [...] Por que se não existe o CAPS pra aonde a gente iria? Ele é uma extensão do SUS [...] fazendo uma comparação com o Hospital de Clínicas, lá é muito cruel, a metodologia que eles usam lá dentro, aquele parte fechada ficar amarrado na cama, aqui é bem 'light', até os internos que ficam em acolhimento integral que aqui já é CAPS III, mas não se compara com o HC, aqui em último caso que a gente vê alguém amarrado. Não só aqui mas também os outros CAPS III que também tem internação, dificilmente a gente vê eles amarrados, eles fazem trabalho. Um dos pontos positivos também são as atividades que a gente pratica é bem diferenciada a gente escolhe aquela que a gente se identifica mais e a gente não é obrigado a fazer, a gente pode ficar numa atividade X e depois de um tempo, ah não gostei pode falar com a nossa Técnica de Referência[...] pode mudar pra outra, essa flexibilidade" " o ponto negativo é o governo que ele não dá tanta atenção para o CAPS, porque se o governo desse uma atenção maior pro CAPS com certeza aqui, como já era bom pelo pouco que a gente consegue, a gente sempre vem fazendo essa manifestação do movimento para reivindicar nossos direitos, porque hoje pode ser a gente que tá aqui mas amanhã pode ser um filho, um parente com certeza vai precisar do CAPS"

Analisando as informações coletadas a partir das falas a pesquisa aponta, a importância do serviço nas trajetórias dos usuários. Pois, diferente das marcas pessoais negativas que cada um carrega em sua história, os CAPS são indícios que fazer profissional na área da saúde mental tem buscado refletir a humanização proposta pelo SUS.

No que se refere à opinião desses usuários sobre as contribuições do trabalho do assistente social para o tratamento de sua saúde mental, não foram alcançados subsídios para tal compreensão. As respostas acerca do atendimento individual com o referido profissional, ainda que provocados pela pesquisadora foram as seguintes:

Pedi uma consulta com a assistente social” “queria fazer uns cursos, voltar a estudar fazer um supletivo” “eu queria que ela me indicasse pra fazer algum curso **(G1)**.

No caso tem os grupos que eu participo” “já fiz, mas já faz um tempo eu não me lembro **(H2)**.

No que se refere a garantia dos direitos desses usuários ao tratamento a saúde mental, eles foram enfáticos em afirmar que possuem tratamento garantido e completaram:

Eu mudei meus hábitos, minha maneira de me higienizar melhor e me alimentar melhor. Até minha maneira de me expressar, não conseguia me expressar como aqui agora [...] comecei a me expressar pela escrita. A gente convive com umas pessoas que tem educação melhor, que não tem medo, nem preconceito de cor, raça, credo religioso **(G1)**.

(..) Não só pelo fato da gente reivindicar quando tem as assembleias [...] a gente percebe que a gente coloca, mas os próprios profissionais também eles apoiam a gente em cima da nossa reivindicação, desse protesto que a gente faz assim, a gente coloca tem esse feedback” “Diferente de outros locais por exemplo essas clínicas fechadas, o HC que a gente vai, eles não dão esse feedback pra gente, é como o técnico quer, como o funcionário quer. Aqui não, aqui a gente tem muito nossa voz, nossa voz é ouvida no CAPS **(H2)**.

O conteúdo das falas expressa como o tratamento em saúde mental tem contribuído para que eles pudessem se reconhecer enquanto sujeitos de direitos, protagonistas de sua história, elemento do processo de construção da cidadania.

A compreensão da situação de saúde mental dos usuários, constatou-se a complexidade e o emaranhado das relações sociais determinadas pela sociedade capitalista, na qual essa correlação de forças, ora emerge ora afunda os interesses das classes antagônicas. Esse movimento permite caminhar em busca da tão almejada transformação social.

## 6 CONCLUSÃO

A apreensão do objeto de estudo apresentado nesta dissertação teve por objetivo analisar a temática da prática profissional dos assistentes sociais nos CAPS em Belém – Pará, com o foco voltado especialmente às contribuições desses profissionais no tratamento em saúde mental dos usuários. O estudo reconhece ainda seu caráter aproximativo, provisório, inacessível em relação à totalidade do objeto, vinculado à vida real e condicionado historicamente.

Na busca pela aproximação com o objeto, a revisão bibliográfica assim como a pesquisa, evidenciaram o inegável avanço da saúde brasileira ainda que se apresentem na realidade manifestações advindas do contexto mundial, nacional, regional e local, processadas a todo o momento por meio das relações sociais. O Brasil é um dos poucos países que possui um sistema de saúde de caráter universal, ou seja, estendido a toda população de forma gratuita e financiado pelo fundo público. A realidade é que o SUS concorre com um sistema privado paralelo, fortalecido e mantido pelo próprio sistema público.

Ainda assim, a política de saúde brasileira resiste as manobras idealizadas pelo grande capital e operadas pelo Estado de cunho neoliberal.

Um dos resultados desse estudo apontam os sujeitos responsáveis por fazer com que o SUS resista fortemente as ofensivas neoliberais de desmonte das políticas sociais, nesse caso a de saúde: primeiramente temos os profissionais da saúde atuando em uma perspectiva crítica, com destaque para o assistente social. Os usuários dos serviços demonstrando clareza quanto a situação de desestruturação vivenciada pelos serviços, mas com a manifestação de reivindicações dentro e fora dos espaços institucionais e a presença dos movimentos sociais possibilitando mobilizar os atores aqui citados entre outros sujeitos (familiares, amigos, sociedade em geral) na luta por uma saúde de qualidade.

Outro ponto apontado pela pesquisa se refere à ampliação do mercado de trabalho do assistente social, decorrente da necessidade desse profissional nos serviços substitutivos, consequência da legitimação do profissional na área da saúde mental, historicamente presente nas equipes de saúde desde as instituições de internação dos pacientes psiquiátricos. Como a própria história da profissão do Serviço Social, o assistente social, principalmente a partir dos anos 1980 revê sua

prática profissional, na tentativa de romper com o conservadorismo e alterar o perfil profissional. A intervenção profissional do assistente social na área da saúde mental nos dias de hoje está articulada e sintonizada com o movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam por uma efetivação ao acesso de todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde mental e da rede de serviços e direitos sociais.

Entre as principais contribuições dos assistentes sociais atuantes nos CAPS's do Município de Belém- Pará para o tratamento da saúde mental dos usuários se verificou que os profissionais fortalecem e respaldam suas ações profissionais na direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora, pois articula com outros sujeitos sociais na construção de uma sociedade anticapitalista. A relação dos assistentes sociais pesquisados com os usuários dos CAPS é fundamentada nas orientações contidas nos instrumentos normativos exclusivos da categoria, assim como por outras legislações fundamentais para respaldar o trabalho desses profissionais os assistentes sociais, na perspectiva de garantir às respostas as demandas dos usuários. O conceito de saúde mental foi relativizado pelos assistentes sociais entrevistados, apresentando a possibilidade de se ter uma boa saúde mental sendo portador de um transtorno mental, sendo esta possibilidade mais viável caso as políticas públicas funcionassem de forma integradas.

Ainda que o trabalho nos CAPS's se realize em equipe. São claras as especificidades do Serviço Social. Os profissionais/sujeitos da pesquisa 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 específicas, por exemplo: a viabilização de documentos civis, de benefícios assistenciais e previdenciários, de abrigo, de moradia e de ações dentro do território, destinados aos usuários do serviço. A pesquisa sobre o trabalho do assistente social, no campo da saúde mental, conclui que mesmo compartilhando atividades e saberes com outros profissionais, e também se apropriando de outros saberes. Pressupõe particularidades na observação e interpretação dos processos sociais, e competência técnica distinta para o encaminhamento das demandas. Sendo essa característica reconhecida pelos componentes da equipe de saúde.

Os usuários entrevistados expuseram as principais demandas emergentes não só do processo de adoecimento, mas também decorrentes de suas condições sociais e econômicas. Esses sujeitos não demonstraram elementos suficientes em

suas falas sobre a contribuição do trabalho do assistente social em seu tratamento de saúde mental. Mas isso não se tornou uma limitação na análise, pois é passível de acontecer na pesquisa. Ressaltaram muitos aspectos sobre a equipe de saúde que inclui a presença do assistente social e conseqüentemente sua contribuição no tratamento de saúde mental desses usuários. Esse dado aponta um elemento central e demonstra que o serviço oferecido pelos CAPS's vêm cumprindo seu papel na atenção a saúde mental, ou seja, promovendo um espaço de convivência e disponibilizando um atendimento através do trabalho integrado de diversos saberes que promovem minimamente um transformação na vida de todos que por ali passam. Comprometimento de atender humanamente sem sobreposições de categorias profissionais, pois quando se trabalha em um CAPS qualquer gesto, fala, ação, ou a ausência disso, é considerado uma intervenção profissional.

As conclusões apresentadas representam o fim de um ciclo de formação acadêmica. A referida pesquisa que resultou nesta dissertação foi possível em decorrência da disponibilidade dos trabalhadores da saúde mental e aos usuários dos serviços, ao expressarem por meio das entrevistas dados para analisar o trabalho do assistente social nos CAPS's e suas contribuições no tratamento em saúde mental. Destacando-se a necessidade do avanço na construção e consolidação de novos estudos.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Monica Maria Torres de e ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Serviço Social, trabalho e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011.

ALMEIDA, Lúcio Flávio Rodrigues. **Entre o nacional e o neonacional-desenvolvimentismo**: poder político e classes sociais no Brasil contemporâneo. In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 112, p. 689-710. out./dez./2012.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ANTUNES, Ricardo L. C. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. Ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTIDE, Roger. **Sociologia das doenças mentais**; tradução de Maurício Rittner. São Paulo: Editora Nacional, 1967.

BISNETO, José Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental**. In: Serviço Social e Sociedade, 2003, nº 82. Cortez, São Paulo.

\_\_\_\_\_, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

BRAGA, D. **Lances Históricos da História da Psiquiatria no Estado do Pará**. In: História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira” / Magda Ricci; Rodolfo Valentim (Org). Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142, de 28 dez. 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, DF: 2002.

\_\_\_\_\_. Manual do Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF: 2004.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Brasília-DF, 2012.



BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_, M.I.S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_; MATOS, M. C. de. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, M. I. de S. et al. (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012, p. 25-49.

BRAZ, M. **Notas Sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: CRESS 7a Região. (Org.). Assistente Social: Ética e Direitos - Coletânea de Leis e Resoluções. 5 ed. Rio de Janeiro: Daugraf Gráfica e Editora, 2008, v. I, p. 78-85.

BRESSER, L. C. **O conceito histórico de desenvolvimento econômico**. Texto para Discussão EESP/FGV 157, dezembro 2006.

CAVALCANTI, Maria Tavares et al. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental**. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

CFESS. **Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta**. – Brasília: CFESS, 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Os CAPS: A Revolução Silenciosa da Saúde Mental:Centros de Atenção Psicossocial espalhados pelo Brasil são um espaço terapêutico com cidadania por todos os lados**. In: Revista Global/Brasil número 7, dezembro/janeiro/fevereiro de 2007.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FIGUEIREDO, A; e RODRIGUES, S. **Alienados, Pajés e Leprosos: medicina, estigma e exclusão social na Amazônia (1830-1930)** In: Magda Ricci, Rodolfo Valentim (Org). História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico

“Juliano Moreira” Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

GOMES, Claudia. **Em busca do consenso**: Radicalidade democrática e afirmação de Direitos. Tendências contemporâneas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

GONÇALVES, Alda Martins Gonçalves; SENA, Roseni Rosângela. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos Sobre o Cuidado com o Doente Mental na Família**. In: Revista Latino-americana de Enfermagem. Março; 9(2): 48-55, 2001.

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

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: \_\_\_\_\_, BACKX, Shiela e GUERRA (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.

GRANEMANN, S. **Estado e questão social em tempos de crise do capital**. In: GOMES, Vera Lúcia Batista, VIEIRA, Ana Cristina de Souza Vieira, NASCIMENTO, Maria Antonia Cardoso (Org.). O avesso dos direitos: Amazônia e nordeste em questão – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012.

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

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela e CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. - 40 ed.- São Paulo: Cortez, 2014.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

JR. SAMPAIO, Plínio de Arruda. **Desenvolvimentismo e Neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa.** In: Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 112, p. 672-688. out./dez./2012.

KOSÍK, Karel. **Dialética do concreto.** Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1976.

MARINI, Ruy Mauro. **A crise do desenvolvimentismo.** In: Encruzilhadas da América Latina. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.

MARX, KARL. **O capital: crítica da economia política: livro I / Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant'Anna. – 25ª Ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.**

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de. **O trabalho do assistente social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe.** Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social - Mestrado em Serviço Social, Porto Alegre, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MONTAÑO, C e DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social.** São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_, Carlos. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução.** São Paulo: Cortez, 2007.

MOTA, Ana Elizabeth. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Org: CFESS/ABEPSS, 2009.

MOTA, Josie Pereira da. **Saúde mental: a roda viva da política pública do estado do Pará.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2012.

NASCIMENTO, R.V.C. **Por uma Outra História da Loucura.** In: História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira” / Magda Ricci, Rodolfo

Valentim (Org). Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

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

\_\_\_\_\_. José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Cortez, 2006.1

\_\_\_\_\_, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, Francisco de. **Crítica à Razão Dualista: o ornitorrinco**. 1ª Ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva, 2001.

PEDROSO, J.S. **Loucura e Assistência Psiquiátrica no Pará (1833 – 1984)**. Belém: NAEA, 2008.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PRADO, Carlos. **Marx e crítica à forma salário**. In: Revista Espaço Acadêmico. N.124. Setembro, 2011.

RESENDE, Heitor. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, Silvério Almeida et al. (Org.) Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais**: limites, desafios e possibilidades. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras, Faculdade Federal de Rio das Ostras, Departamento Interdisciplinar de Rio das Ostras, Curso de serviço social, Rio das Ostras, 2012.

ROMPATTO, Maurilio. **A formação do Estado nacional brasileiro**. In: Revista Akropolis, Umuarama, v.9, nº. 4, out/dez, 2001.

ROSA, L. C. S e MELO, T.M.F.S. **Inserções do Assistente Social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias**. In: Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII - VIII, n. 7-8, Dez. 2009

\_\_\_\_\_, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_, L. C. S. **As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental**. In: Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. VASCONCELOS, E. M. et al. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Na Prática a Teoria é Outra?** Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

\_\_\_\_\_, BACKX, Shiela e GUERRA (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Instrumental Técnico e o Serviço Social. In: \_\_\_\_\_, BACKX, Shiela e GUERRA (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.

SCHNEIDER, Ben Ross. **O Estado desenvolvimentista no Brasil: perspectivas históricas e comparadas**. In: Texto para discussão/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: 2013.

SIQUEIRA, Mônica Maria Nunes da Trindade. **Famílias: uma experiência de trabalho com grupo**. In: Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté (UNITAU) – Brasil – Vol. 1, n. 2, 2008.

VASCONCELOS, E. M. “**Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental**”. In: Serviço Social e Sociedade, 1997, nº 54. Cortez, São Paulo.

\_\_\_\_\_, E. M . **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_, E. M . **Abordagens Psicossociais**. Vol. I História, teoria e Trabalho no Campo. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

YAZBEK, M. C. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL

#### IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (A)

1. Nome:
2. Universidade que se graduou/ Ano de formação:
3. Possui pós-graduação? Qual?:
4. Possui produção acadêmica publicada? Especificar.
5. Entidades representativas da categoria a(s) qual (is) é filiado (a):
6. Outras entidades a(s) qual(is) é filiado(a):
7. Instituição de trabalho:
8. Tempo de trabalho na instituição:
9. Tipo de vínculo:

#### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO – METODOLÓGICA

11. Considerando que o Serviço Social é uma profissão interventiva e contém um corpo de conhecimentos científicos expressos na matriz:

Teoria social	
Projeto de sociedade	
Projeto profissional	
Instrumental teórico-técnico de intervenção	

- Relate como cada item dessa matriz se apresenta em sua escolha profissional e a relação entre o conjunto na prática profissional.

12. Qual a importância do Código de Ética, Lei que regulamenta a profissão e demais resoluções do conjunto CFES/CRESS para sua prática profissional?

13. Autores do Serviço Social e da área da Saúde Mental referência para sua prática.

14. Quais legislações orientam seu trabalho na condição de assistente social do CAPS?



15. A partir de suas experiências enquanto trabalhador (a) da saúde mental além do acúmulo teórico sobre a temática conceitue o que é saúde mental?

### TRABALHO PROFISSIONAL

16. Atualização Profissional: Qual a frequência que você participa de seminários, congressos, cursos de capacitação na área da Saúde Mental. Tem incentivo da instituição?

17. O que é um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS? Qual objetivo do CAPS?

18. Como foi a implantação do Serviço Social na Instituição?

19. Quais as principais demandas postas aos assistentes sociais neste CAPS? Em geral as demandas são viabilizadas? Comente.

20. Quais as ações específicas do Serviço Social na Instituição?

21. Qual a documentação utilizada no registro da prática do Serviço Social?

22. Quais são as suas contribuições enquanto assistente social para o tratamento da saúde mental dos usuários (as) do CAPS? Cite um exemplo de uma situação.

23. Quais as condições de trabalho dadas para realização da sua prática profissional no CAPS em que você trabalha (estrutura física, sala do Serviço Social, recursos financeiros e humanos, remuneração)?

24. Você considera que seu cotidiano profissional é um processo de trabalho? Responda expondo como se expressa o processo de trabalho do Serviço Social no CAPS.

### AVALIAÇÃO SOBRE O TRABALHO QUE REALZIA NOS CAPS

25. Quais as dificuldades e os desafios que você se defronta para contribuir na efetivação do direito à saúde dos usuários (as)?

26. Como profissional você se sente realizado e reconhecido pelo seu trabalho? Comente.

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Horário da entrevista:

Entrevistador

**APÊNDICE B****ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OUTRO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (A)**

Nome:

Formação:

Instituição de trabalho:

Tempo de trabalho:

**TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DOS CAPS.**

- 1- Relate sobre o trabalho da equipe de saúde neste Centro de Atenção Psicossocial.
- 2- Exponha como você percebe o trabalho em conjunto com o/a Assistente Social nesta equipe?
- 3- Relate uma situação marcante no CAPS em que o trabalho do/a Assistente Social foi determinante?
- 4- Você considera que trabalho em equipe nesse CAPS necessita de aprimoramento? Em caso de resposta positiva, por quê?
- 5- De que forma o trabalho da equipe de saúde contribui para efetivação do tratamento em saúde mental dos usuários?

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Horário da entrevista:

Entrevistador

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIO DO SERVIÇO

#### IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (A)

Nome:

Ocupação:

Instituição onde realiza acompanhamento:

Tempo em tratamento:

#### TRATAMENTO REALIZADO NO CAPS

1- Qual o motivo que o trouxe até este Centro de Atenção Psicossocial?

2- Já recebeu no CAPS encaminhamento para outro serviço da rede, atendimento? Relate a experiência.

3- Como avalia o serviço prestado pelo CAPS? Comente pontos positivos e negativos.

4- Caso já tenha sido atendido por um (a) assistente social. Relate sobre o atendimento.

5- Considera que o seu direito ao tratamento em saúde mental tem sido garantido?

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Horário da entrevista:

Entrevistador

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **O Trabalho do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial – Caps's do Município de Belém/Pa**: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários

#### **Objetivo**

Este estudo tem o objetivo de analisar a particularidade do trabalho profissional do assistente social na área da saúde mental, nos CAPS's do município de Belém/PA e as principais contribuições para o tratamento de saúde mental dos seus usuários.

#### **Procedimentos**

Os objetivos do estudo serão alcançados a partir do seguinte procedimento: entrevista individual e em local reservado, gravada em áudio, com duração aproximada de 50 minutos, podendo estender o tempo conforme necessidade, na qual você irá responder a um roteiro de caráter aberto contendo perguntas pré-estabelecidas.

#### **Riscos**

A referida pesquisa é passível de risco embora seja mínimo, identifica-se como principal risco a exposição dos sujeitos e refere-se ao uso inadequado de informações referentes as ações profissionais. No entanto para minimizar este risco previsível os sujeitos serão identificados por um número e as instituições por uma letra.

#### **Benefícios**

Entende-se que a pesquisa constitui um dos principais instrumentos que possibilita a produção de conhecimentos acerca da referida realidade e, em consequência, subsidia elementos quer seja para a formulação/avaliação das políticas públicas de saúde mental, quer seja para qualificar ainda mais a intervenção profissional da equipe multiprofissional nessa área, contribuindo, dessa forma, para a efetivação do acesso ao direito à saúde.

#### **Garantias**

Da garantia de solicitar qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao estudo;

Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;

Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade, podendo eu inclusive, escolher um nome fictício como identificação;

Que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após o término do estudo;

Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados deste;

De permitir o uso de gravador, com garantia de sigilo e anonimato.

Eu,.....RG nº .....fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A Mestranda Carolina Flexa da Silva, orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Batista Gomes, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento.

Fui informado(a) que não existem danos à minha integridade física e emocional provocados pela pesquisa.

Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelo fone 91 32299678, e-mail: carol\_flexa@hotmail.com e endereço: Avenida José Bonifácio, 930, São Braz ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA). Complexo de Sala de Aula/ICS. Sala 14. Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66075-110 Belém/Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Belém/Pa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Nome: Carolina Flexa da Silva.

## ANEXOS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** 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

**Pesquisador:** Carolina Flexa da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42169214.9.0000.0018

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Pará

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.064.880

**Data da Relatoria:** 29/04/2015

### Apresentação do Projeto:

O presente projeto de dissertação se propõe a ser um estudo de abordagem qualitativa sobre o trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS's do município de Belém/PA e a contribuição desse profissional no tratamento da saúde mental dos usuários, com base na teoria social marxista e no método dialético. O problema de pesquisa parte da seguinte interrogação: "Quais as contribuições do trabalho do assistente social nos CAPS's no tratamento da saúde mental dos usuários?". O campo da pesquisa almeja ser composto por três CAPS's do

município de Belém/PA, e os sujeitos da pesquisa serão uma amostragem aleatória composta por 03 (três) profissionais do Serviço Social, 03 (três)usuários dos serviços e 03 (três) profissionais da equipe de saúde da qual os assistentes sociais são integrantes. O procedimento a ser aplicado aos sujeitos da pesquisa para coleta de dados será a entrevista do tipo semiestruturada, com instrumentais (roteiros pré-elaborados de caráter aberto) direcionando aspectos para os diferentes sujeitos da pesquisa. Os dados coletados serão submetidos à análise de conteúdo, com foco nos núcleos de sentido e frequência dos temas presente nas comunicações dos sujeitos, serão sintetizadas as categorias temáticas explicativas da realidade.

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.064.880

Analisar a particularidade do trabalho profissional do assistente social na área da saúde mental, nos CAPS's do município de Belém/PA e as principais contribuições para o tratamento de saúde mental dos seus usuários.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Possíveis danos a dimensão psíquica, moral ou social dos sujeitos da pesquisa.

Benefícios:

Produzir elementos quer seja para a formulação/avaliação das políticas públicas de saúde mental, quer seja para qualificar ainda mais a intervenção profissional da equipe multiprofissional nessa área.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

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

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.064.880

BELEM, 15 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Wallace Raimundo Araujo dos Santos**  
**(Coordenador)**