

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONOMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**JAMILA ANA DE SOUZA**

**PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL DENTRO DA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL NO MUNICIPIO DE  
FLORIANÓPOLIS**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2009/2**

**JAMILA ANA DE SOUZA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina como  
requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Serviço Social.  
Orientadora: Ivete Simionatto

FLORIANÓPOLIS - SC

2009/2

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**JAMILA ANA DE SOUZA**

### **PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL DENTRO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio- Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 07 de dezembro de 2009.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivete Simionatto  
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Regina Krüger  
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC  
Primeira Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Patrícia Freitas Schemes Assumpção  
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC  
Segunda Examinadora

## AGRADECIMENTOS

*Neste momento em que encero mais uma etapa da minha vida, gostaria de aqui deixar registrado agradecimento a pessoas que tanto amo e aquelas que contribuíram para essa minha jornada.*

*A Jaqueline Cunha de Souza e Sergio de Souza, meus pais, agradecer pelo apoio dado, aos esforços para que eu seguisse uma história acadêmica, a toda dedicação, amor, preocupação, carinho, broncas, e principalmente por sempre acreditarem em mim, AMO VOCÊS INCONDICIONALMENTE.*

*Aos meus irmãos, Sheila Kelly de Souza e Sergio de Souza Junior, por tantas brigas, conversas, desentendimento, que só me fazem crescer e nos unir ainda mas. Contraditório, mas é a pura verdade. “INCONDICIONAMENTO VOU TE AMAR, INEXPLICAVELMENTE VOU TE ADMIRAR, É AMOR, É PAIXÃO” me inspirei nos pagos de vocês.*

*Aos meus familiares, que sempre tiveram orgulho da pessoa que me tornei em especial a minha avó Marlene Napoleão, pelas ajudas nos trabalhos de casa, sempre disponível e disposta, sempre disposta e engraçada, e sempre dando aquele dinheirinho para passar o final de semana que dá mais para passar umas duas semanas. AMO TODOS.*

*A todos meus amigos, AMO TODOS, que fizeram parte da minha vida desde quando eu tinha oito anos de idade. Em especial aqueles amigos que fiz num dos lugares que mais fui feliz em toda minha vida, os amigos do Colégio de Aplicação - UFSC:*

*- Akemi Arenas Kami, pelas horas de conversas até altas horas da madrugada, conselhos, puxões de orelha, companheirismo, risos e choros, trocas de confidencias, por me receber tão bem em sua casa, e pela sua família. A família Arenas Kami, Tia Isa sempre verdadeira e dando os puxões de orelha e que finalmente aprendeu a falar meu nome, e o Tio Moacir sempre quietinho, calmo e risonho, agradeço por me fazerem sentir parte de sua família, me adotarem e me tratarem como filha, uma amizade construída nos últimos minutos de Aplicação, mas que parece que sempre nos conhecemos. FAMILIA KAMI AMO MUITO.*

*- Andressa Camargo Valese, amiga mais parecida comigo impossível. Sempre ao meu lado, amiga de baladas fortes para espairer porque só estudar não dá, amiga de risadas, confidencia, puxões de orelha, companheirismo, risos e choros, pelas vezes que me cedeu a casa, cama, chuveiro. Tia Cleide agradeço por entenderes todas as madrugadas que chegue e quis tomar banho e te acordei, desculpas também. AMO MUITO VOCÊS.*

*- Mariana Franzoni Maioral, pelas risadas que você sempre proporciona com esse seu jeito sarcástico de ver as coisas, AMO ESSE SEU JEITO, pelos*

*conselhos sempre super racional, pelas verdades sempre bem colocadas, seu jeito racional sempre me faz colocar os pés mais no chão, TE AMO! A Tia Sônia, pelo jeito tão descontraído de viver a vida e sempre me receber bem em sua casa mesmo a Mari odiando visitas, obrigada.*

*- Joana Bercht Canozzi, pelo seu jeito sempre verdadeiro, bruto e carinhoso. Uma menina que dá medo a quem não conhece, mas, quem a conhece sabe que tem um coração gigante, e esta sempre ao nosso lado para o que der e vier. AMO-TE. Tia Marisa, obrigada por me receber sempre em sua casa com tanto carinho e dedicação.*

*- Phillipi Chodren pelas risadas e choros, companheirismo, ombro amigo, brincadeiras, confidencias, amizade para toda hora. AMO-TE.*

*-Felipe Weber Mendonça Santos, por absolutamente tudo que você significa, uma amigo sempre presente, “baladeiro”, levantando nossa auto estima, mostrando sempre que somos capaz quando queremos e nos dedicamos, “MEU GURI”. AMO-TE.*

*As amigas de acadêmica, Carlise e Camile que me deram uma força neste ultimo semestre em especial. Obrigada, ADORO VOCÊS!*

*Ao André Luiz Silva, que passou ao meu lado meus últimos anos de academia. Agradeço por todo desprendimento enquanto esteve ao meu lado, como parceiro, amigo, confidente, porto seguro, namorado, pois esses anos foram um dos anos mais complicado de minha vida pessoal e que ele esteve sempre junto para me dar a mão, o ombro e o colo e me fazer levantar. Chego ao fim dessa jornada com a certeza de que foram grandes momentos de aprendizado e conquista. AMO- TE MUITO!Agradeço sua família por sempre me receber em suas casas, ADORO TODOS.*

*Ao Departamento de Serviço Social da UFSC. À professora Doutora Ivete Simionatto, pela orientação deste trabalho e pela paciência e compreensão que teve comigo nesta caminhada. Da mesma forma a professora doutora Tânia Regina Krüger e Patrícia Freitas Schemes Assumpção pela contribuição a este trabalho por intermédio da banca examinadora de apresentação do TCC.*

*Às Assistentes Sociais sujeitos da pesquisa, meu respeito e agradecimento pela prontidão com que me receberam em seus locais de trabalho, partilhando comigo suas atividades profissionais.*

## RESUMO

O trabalho ora apresentado tem como tema o Serviço Social na área da Saúde Mental e como objeto de estudo, a prática profissional do Assistente Social junto a equipe multiprofissional de Saúde Mental. O estudo foi realizado no município de Florianópolis. Objetivou-se com esse estudo pesquisar dados referentes às demandas que são atendidas pelo Serviço Social e de que forma esse atendimento se efetiva; investigar quais instrumentos de trabalho o assistente social utiliza e em que circunstâncias se realiza; identificar os aportes teórico-metodológicos e éticos-políticos presentes na prática profissional, com destaque para o Código de Ética e a Lei de regulamentação da profissão e, refletir sobre a importância da profissão dentro de equipe multiprofissional em saúde mental. A fim de responder os objetivos traçados o trabalho inicia contextualizando a Saúde Mental na realidade brasileira, o Serviço Social na área de Saúde Mental, e por fim são abordadas as questões da pesquisa no que concerne sobre a ação profissional das assistentes sociais junto a equipe multiprofissional. A investigação realizada é do tipo exploratória e qualitativa, com dados coletados a partir de pesquisa bibliográfica e empírica. Os dados empíricos foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com seis assistentes Sociais em quatro instituições: HCTP, e as três modalidades de CAPS. Os resultados da pesquisa proporcionaram conhecer como ocorre o trabalho do Assistente Social nas equipes multiprofissionais de saúde mental, as demandas atendidas, os instrumentais técnico-operativos e as referências teóricas utilizadas, bem como a importância da atuação profissional nesta área.

**Palavras – chave:** Serviço Social, Prática Profissional, Saúde Mental, Equipe Multiprofissional.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>SEÇÃO I</b>	
<b>1 A SAÚDE MENTAL NA REALIDADE BRASILEIRA.....</b>	<b>11</b>
1.1 Contextualizando a Saúde Mental.....	11
1.2 A Reforma Psiquiátrica.....	19
1.3 Espaços de Atendimento à Saúde Mental.....	24
1.4 A Saúde Mental como direito.....	28
<b>SEÇÃO II</b>	
<b>2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>36</b>
2.1 A Inserção do Serviço Social na área da Saúde.....	36
2.2 A Inserção do Serviço Social na área da Saúde Mental.....	39
<b>SEÇÃO III</b>	
<b>3. AS AÇÕES PROFISSIONAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO ÀS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.....</b>	<b>44</b>
3.1 Perfil Profissional.....	47
3.2 Demandas.....	53
3.3 Instrumental técnico-operativo.....	57
3.4 Trabalho em Equipe.....	61
3.5 Aportes Teórico- Metodológicos e Ético-político.....	65
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>76</b>

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de conclusão de Curso tem como tema o Serviço Social na área da Saúde Mental e como objeto, o conhecimento e análise da prática profissional junto à equipe multiprofissional de saúde mental no município de Florianópolis. O interesse pelo estudo deste tema ocorreu em decorrência do desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório realizado no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Município de Florianópolis, entre março e novembro de 2009. Nesse espaço sócio-institucional, o Serviço Social atua junto às seguintes áreas que compõem a equipe multiprofissional: psicologia, psiquiatria, enfermagem, técnico e enfermagem, auxiliares administrativos e estagiários de serviço social e fonoaudiologia.

A pesquisa tem como objetivos de estudo: Pesquisar dados referentes às demandas que são atendidas pelo Serviço Social e de que forma esse atendimento se efetiva; Investigar quais instrumentos de trabalho o assistente social utiliza, e em que circunstâncias se realiza; Relacionar a atuação observada com o código de ética de Serviço Social, a lei que regulamenta a profissão tendo em vista todo o projeto ético político da profissão e; Refletir sobre a importância da profissão dentro de equipe multiprofissional em saúde mental.

A investigação realizada é do tipo exploratória e qualitativa, com dados coletados a partir de pesquisa bibliográfica e empírica. Os dados empíricos foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, conforme formulário em anexo. Entende-se por pesquisa bibliográfica o “conjunto de obras derivadas sobre determinado assunto, escrita por vários autores, em épocas diversas, utilizando todas ou parte das fontes, (...) aonde o pesquisador vai aos poucos selecionando, na prática, o que é fonte em sua pesquisa” (PÁDUA p.56). E por entrevista semi-estruturada compreende-se o “conjunto de questões sobre o tema que está sendo estudado, mas permite às vezes até a iniciativa, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramento do tema principal” (PÁDUA p.70).



A pesquisa foi realizada com seis assistentes sociais escolhidas a partir de instituições públicas que trabalham em equipe multiprofissional de saúde mental no município de Florianópolis. As instituições que trabalhavam eram: o Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Centro de Atenção Psicossocial de Adulto (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS ad) e, Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS i). As entrevistas realizadas foram feitas a partir de um questionário previamente elaborado, e os depoimentos foram transcritos.

O trabalho está dividido em três seções. A primeira aborda o tema da saúde mental na realidade brasileira a partir de quatro eixos: a contextualização da saúde mental brasileira, identificando-se o início das ações do poder público na realidade brasileira de pessoas com transtorno mental até o movimento da reforma psiquiátrica. Abordou-se o papel do Estado, os movimentos de resistência e sua influência no tratamento e assistência a essa população. No segundo, está em pauta a Reforma psiquiátrica, os momentos de conquista e recuo do movimento, até chegar à Lei 10.216 de 2001, que modifica fortemente a assistência a saúde mental, exigindo abertura para um atendimento mais humanizado, integrado e de reinserção na sociedade. E no terceiro, aborda os espaços de atendimentos na área da saúde mental, segundo a Portaria nº 224, de 1992, que dentre outras medidas indica a equipe mínima necessária em cada local. A quarta seção trata sobre a saúde mental como direito, no que concerne à saúde mental como direito, aborda-se neste eixo, o atendimento a saúde entre os anos de 1930 a 1960, o contexto da Ditadura Militar e sua influência nesta área, chegando ao Movimento de Reforma Sanitária. Tal movimento viabilizou um atendimento de saúde coletivo, de uma assistência baseada nos parâmetros da universalidade, equidade e integralidade, que a partir da “VIII Conferência de Saúde” é legitimado na Carta Magna de 1988. A partir de então, o conceito de saúde é ampliado com novos direcionamentos para o atendimento à saúde mental, originando normativas que garantem o direito da pessoa com transtorno mental.

A segunda seção foi dividida em dois grandes eixos: a inserção do serviço social na saúde e na área da saúde mental. Sobre sua inserção nesse campo de trabalho, resgata-se o processo histórico da inserção desde os anos de 1930, e suas modificações, tanto a partir da conjuntura social, econômica e

política quanto das mudanças teórico-metodológicas ocorridas no Serviço Social ao longo desse período.

Na terceira seção apresenta-se a pesquisa realizada com os assistentes sociais que atuam junto às equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Florianópolis, a partir dos seguintes eixos: perfil profissional, demandas, instrumental técnico-operativo, trabalho em equipe, aportes teórico-metodológico e ético político. Por fim são apresentadas as considerações finais e as referências bibliográficas.

## Seção I

### 1. A SAÚDE MENTAL NA REALIDADE BRASILEIRA

#### 1.1 Contextualizando a Saúde Mental

No Brasil a Saúde Mental passa a ter a atenção do poder público a partir do Império, período este marcado pela vinda da família real para a cidade do Rio de Janeiro. Os doentes mentais de famílias brasileiras abastadas eram tratados na Europa ou vigiados pelos seus familiares e, os pertencentes às outras classes eram aprisionados nos asilos e hospícios sob a alegação de perturbação a ordem pública. Tais lugares eram comandados pela igreja cristã, conhecidos por asilos e Casas de Misericórdia, que tinham a função de hospedaria. Vale ressaltar que nestas casas não estavam só os caracterizados como loucos, estavam também todos os outros que deveriam ser excluídos do convívio em sociedade, pois estavam ocasionando a desordem pública, como: os mendigos, os leprosos, os vagabundos, os ladrões e as prostitutas. Os loucos que permaneciam nessas casas sob-hipótese alguma tinham uma perspectiva de tratamento, de cura para o “ajuste” a sociedade, e tampouco atendimento médico. Eles eram entregues a guardas e carcereiros e deixados em porões sujos e frios, sem se alimentar e acorrentados (SANTOS 1994; AFLEN,2008; JORGE,1997; AMARANTE, 1994).

Os loucos, portadores de doenças mentais aqui caracterizados, eram pessoas livres do modo de trabalho escravista. Pessoas consideradas vadias, aquelas que não eram escravas e também não eram senhores e proprietários de terras, e que consideravam que o trabalho tornava o homem indigno e preferiam ficar sem trabalhar e vagando pelas ruas e vilas, causando certo incomodo para o Estado devido às pressões sofridas por classes médias e de intelectuais, as abastadas da sociedade, e que estavam incomodados com suas presenças. Remete-se a essa forma de entender o trabalho pelos “vadios”, através da forma como era exercida o mesmo na época, pois era tempo de escravidão onde o trabalho nessa conjuntura permitia aos cidadãos humilhação e submissão.

A forma com que o Estado lidava com os loucos era assegurada nas leis, decretos e resoluções, e no momento em que a família real vem para o Rio de Janeiro, a ordem era colocar os loucos que ameaçavam a segurança em asilos, para dar proteção social aos demais cidadãos. Tal decisão provinha de fortes pressões da população, que não queria ver os loucos andando pelas ruas e ao mesmo tempo dos médicos e intelectuais, que se manifestavam contra a forma como os considerados doentes mentais da época eram tratados.

Com as várias pressões ao poder público pela classe médica e de intelectuais, em 05 de dezembro de 1852 foi inaugurado o primeiro Hospital Psiquiátrico, chamado na época de Hospício Psiquiátrico, nomeado de Hospital Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, consagrado marco da assistência psiquiátrica pelas literaturas brasileiras em saúde mental. Santos (1994), afirma que mesmo com toda articulação para melhores condições de tratamento aos doentes mentais, a proposta de cura ainda não era presente e os maus tratamentos ainda continuavam,

Os médicos não tinham um saber psiquiátrico enquanto corpo de um saber médico, não havia uma nostalgia psiquiátrica para a seleção da sua clientela, e a direção das instituições encontrava-se ainda nas mãos das irmãs de caridade. Sua clientela eram as pessoas pobres que formavam o grupo dos “marginalizados” da cidade. (...) A loucura foi se tornando cada vez mais específica à medida que foram sendo desenvolvidos locais especiais para o seu cuidado e, em consequência disso (...) estreitou a relação entre Estado e médicos – mais tarde os psiquiatras – se unem para garantir a ordem pública (SANTOS, 1994, p.29-30).

Foi com a proclamação da primeira República no Brasil – 1889 - que os Hospitais Psiquiátricos passaram a ser dirigidos pelos médicos. Segundo Santos (1994), essa nova direção acabaria com as práticas policiais em hospícios, uma vez que os médicos, assim como o Estado, tinham como projeto societário a exclusão dos sujeitos que perturbavam a ordem pública. Entretanto, se idealiza para esse trabalho um tratamento médico especializado que proporcionaria um espaço de estudo, surgindo aí um novo porta voz do Estado no que diz respeito ao tratamento dos doentes mentais.

É neste momento que os médicos passam a promover uma cura e paulatinamente, “o binômio saúde mental vai substituindo o binômio ordem –

segurança”. O Hospital Pedro II passou a ser chamado de “Hospício Nacional de Alienados”. Tal conquista se deu com a forte influência da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro criando a cadeira, “Clínica psiquiátrica”.

É no período republicano que o ato de trabalhar deixa de ser algo deplorável e passa a fazer parte da construção e realização do ser social. O trabalho agora enobrece o homem. Neste momento a sociedade passa por um aumento no número de desempregado no Brasil, fortemente influenciado pela abolição da escravatura. Então, a psiquiatria é chamada a agir no recolhimento dessas pessoas que não faziam parte da classe de produtores para o capital, a medida tomada é a internação, com objetivo de “recuperá-las e se possível ajustando-as para o trabalho e ao novo modo de produção”. (SANTOS, 1994).

Trabalho e não-trabalho passaram também a servir para estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a psiquiatria nasce e se produz num contexto social, ela assimilou, aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico, estes mesmos valores e esforçou-se para desenvolver à comunidade indivíduos “tratados” e “curados”, adequados para o trabalho. Para isso, a psiquiatria adotou como forma de tratamento do “doente mental” o trabalho no interior dos hospícios. A psiquiatria passou a adotar para tratamento do “doente Mental” a construção de hospícios-colônia em locais afastados dos centros urbanos, práticas que ia ao encontro dos interesses do Estado Republicano, que desejava diminuir os gastos com os “vadios” que perambulavam pelas ruas da cidade. Nesses hospícios buscava-se a auto-sustentação dos “doentes”, diminuindo-se conseqüentemente, os gastos do Estado (SANTOS, 1994, p.32-33).

Dessa forma, pretendia-se que o paciente passasse a se interessar pelo trabalho através do contato com a terra, ponto este que ia ao encontro dos objetivos de produção capitalista, uma vez que o capitalismo necessitava de força de trabalho, e era preciso que todos trabalhassem inclusive os doentes mentais. Entretanto, tal tratamento foi considerado contraditório, uma vez que o doente mental ao ser devolvido ao seu lugar de origem vivenciaria relações sociais e de trabalho urbano e não rural. Concluindo-se que, o tratamento em hospícios-colônias era ineficiente, contudo, não foi capaz de impedir que outras instituições deste porte fossem deixadas de serem inauguradas com a mesma função do início do tratamento à doentes mentais, a exclusão do convívio social.

A psiquiatria era utilizada como aparelho repressor do Estado, e reproduzidor da ideologia capitalista, e suas noções teóricas baseavam-se nas

[...] concepções organicista ou biológica, que representava para a psiquiatria a busca de sua legitimação no interior da racionalidade médica, procurando perceber uma configuração corpórea, psicopatológicas, assim como percebia a “alienação mental” como a manifestação moral ou intelectual (SANTOS, 1994, p.36).

Foi com a abertura do Curso Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina de São Paulo, onde o saber da psicanálise passou a fazer parte do saber psiquiátrico que o tratamento e a forma com que se pensava a saúde mental começaram a ser repensados e modificados. Neste momento já se considerava que traumas da infância, ou até mesmo fatos da subjetividade do ser humano poderiam culminar com a identificação do transtorno mental detectado nos sujeitos.

A Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923, foi muito importante para a ampliação do atendimento aos pacientes com doenças mentais, a mesma defendia a melhoria do atendimento a saúde dos loucos. Melhorias que se davam através das medidas de higiene no interior das instituições psiquiátricas, no combate às doenças infecciosas, aos investimentos em avanços dos serviços dos psiquiatras e na atração de recursos para a capacitação humana dos trabalhadores desta área.

No governo de Getúlio Vargas, tem-se a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, que passa a controlar a Assistência ao Psicopata do Distrito Federal. Seu passo mais importante na área do tratamento a saúde mental está no decreto que “dispões sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos (SANTOS, 1994,p.40)”. Nele estão dispostos artigos que determinam o tipo de profissional que deve fazer parte da equipe de tratamento, o tipo de psicopata que deve ser recolhido do convívio social e, declarados incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, se os loucos internados tivessem algum bem e não tivesse nenhum familiar a quem dar a tutela dos mesmos, a propriedade se tornaria, por meio da justiça, um patrimônio da sociedade.

Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas,(...). Sua finalidade é a de analisar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como, “aconselhar o governo as medidas que devem ser tomadas para benefício destes. (SANTOS 1994, p.40).

Segundo Santos (1994, p.41 -42),

Com esse decreto (...) é dado à “doença Mental”: a) ainda em 1934 a “doença mental” é um caso de polícia e de ordem pública; b) fica clara a atuação da psiquiatria como “sociedade política”(repressiva), e como “sociedade civil” (criadora de ideologia), dando aos psiquiatras amplos poderes sobre a “doença mental”, inclusive o de questionar uma ordem judicial se assim achar por bem; c) o “doente mental” ou louco perde direito a ser cidadão; d) hipóteses bastante prováveis, a psiquiatria privada incrementa a sua participação junto aos fóruns do estado, bem como passase a detectar um maior numero de loucos/ doentes mentais junto às classes mais abastadas.

Foi com a criação do Instituto de Psiquiatria, em 1936, que o eixo de entendimento para um tratamento do doente mental foi mudado. Os hospícios passaram a serem lugares de trancafiamento de cobaias para experimentos medicamentosos em busca da cura da doença mental, e abriram-se os primeiros ambulatórios psiquiátricos, mantidos pelo Instituto de Previdência e Assistência ao Serviço do Estado. Em 1941 foi criado o órgão que passou a gerir toda a Política de Doença Mental, nomeado de Serviço Nacional de Doenças Mentais, que em 1953 passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Neste período, o que se observou foi um entendimento equivocado do que era doença mental, no que diz respeito de seu surgimento e seus devidos tratamentos, viu-se que a desordem não partia dos considerados loucos, viciados, portadores de doenças contagiosas e sim da desordem social que se instalava a partir dos atores sociais.

Nos anos 1950, “ênfatiza-se a importância da racionalização do atendimento psiquiátrico pela criação de uma rede ambulatorial e pela implantação de várias medidas, tais como a criação de hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centro de recuperação etc.” (SANTOS, 1994, p.44). É a partir de 1955 que se inicia a utilização das drogas antipsicóticas, as quais também são disponibilizadas no mercado. No que diz respeito à utilização das drogas, elas foram responsáveis pela diminuição da utilização de

correntes de aço nos hospícios, ou seja, possibilitou um controle sob os doentes sem utilização de força física. Já na comercialização dos medicamentos, tal situação vai ao encontro dos pressupostos do *estado*, segundo Santos (1994, p.44) foi recomendado pela

Organização Mundial de Saúde às nações membros, principalmente a países em desenvolvimento, através de uma resolução de peritos em saúde mental, que 'investissem em ações de saúde mental para o processo produtivo e com que os investimentos em ações em saúde mental seriam' uma proposta rentável economicamente, além de ajudar evitar desajustes que podem acompanhar a industrialização'.

Como se observa neste momento, o tratamento aos doentes mentais era alicerçado na prevenção da desordem e desajuste social usando como auxílio os medicamentos. Ao encontro das exigências da acumulação capitalista, que requeria uma psiquiatria que reparasse a força de trabalho desgastada no processo produtivo.

Neste contexto seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde, que passa a definir saúde como bem estar físico mental e social, e o termo doença mental foi substituído por saúde mental. Santos (1994) afirma que foi a partir daí que a assistência curativa se integrou a assistência à saúde, resultando na psiquiatria comunitária, que nada mais é do que assistência psiquiátrica em termos de saúde pública, que levou a uma política de mais leitos psiquiátricos, de equipes multiprofissionais de uma concepção biológica, psicológica e social no tratamento a saúde mental.

O ano de 1960 foi considerado o "Ano Internacional da Saúde Mental", no qual se fez uma ampla divulgação da psiquiatria preventiva<sup>1</sup>, e estendendo o tratamento a toda sociedade que dele necessitasse. O modo de tratar era voltado para o indivíduo e para a família, pois se considerava que a família precisava ser preparada para receber o doente mental depois de sua estadia no hospital psiquiátrico. Acreditava-se que com isso que teria uma diminuição da perda emocional do indivíduo e também de gastos para o tratamento.

O tratamento preventivo influenciou fortemente as instituições públicas em assumirem tal postura no atendimento a saúde mental, entretanto

---

<sup>1</sup> Prevenir provem etimologicamente do latim, *prevenire* – significando –“vir antes”, “tomar a dianteira” para no caso, se evitar a doença. Assim intêrven-se antes da doença. (Santos, 1994, p.56)



a prática efetiva deste tratamento tomou um sentido oposto do que se pensava. Resultando no aumento de construção de hospitais psiquiátricos e, na sua manutenção orçamentária pela Previdência Social, através da lei orgânica de 1960, em seu artigo 119, que garante aos seus beneficiários a assistência clínica cirúrgica, farmacêutica, odontológica, ambulatorial, hospital sanatórios entre outros.

Amarante (1994, p. 79) diz que:

O estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar.

Os anos de 1960 para a saúde mental no Brasil têm grande importância, primeiro pelo fato de a assistência psiquiátrica estar ligada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), de onde era esperado todo o recurso de saúde mental à construção de hospitais psiquiátricos. É também uma década onde se tem o marco na forma como o setor psiquiátrico e o Estado passaram a reconhecer os chamados doentes mentais.

Em 1964, com a ditadura militar, usam-se os hospitais psiquiátricos como locais em que se pode receber militantes de movimentos sociais que tinham objetivos distintos do Estado. Neste momento, militantes que ameaçavam a ordem vigente eram presos e em seu diagnóstico era normalmente descrito um cidadão esquizofrênico e paranóico. Santos (1994), dirá que “psiquiatras, psicanalistas e o Estado, de uma forma geral, passaram a perceber o louco como uma grande fonte de lucros” com o crescimento da privatização da saúde, com a indústria farmacológica, hospitais, entre outros setores privados de envolvimento direto e indireto com o tratamento de transtornos mentais. As famílias que tinham poder aquisitivo eram orientadas a internar seu membro familiar com transtorno mental em instituições privadas e as instituições públicas passaram a atender a classe oposta.

O Estado passa a massificar a assistência e incrementar um duplo padrão de atenção, remetendo as pessoas desvinculadas da previdência, os denominados até então como indigentes, aos

hospitais da rede pública e os trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada, contratando leitos psiquiátricos e estimulando a construção de hospitais psiquiátricos privados, pelo financiamento com verbas públicas (ROSA e FEITOSA, 2008, p.138).

A década de 1970 inicia-se com o lema “Todos Juntos Para Frente Brasil”, na qual se inicia um processo de entrada de indústrias estrangeiras, e conseqüentemente, endividamento externo e aumento da pobreza. Tal situação é observada na área de saúde mental. Nela se observou a continuidade do processo que se iniciou em meados dos anos 60, onde se buscava a diminuição de internações psiquiátricas, mas o que acabou acontecendo foi o aumento dos hospitais psiquiátricos. E a coordenação da política de saúde mental passou a ser de responsabilidade da Divisão nacional de Saúde Mental, que tinha como finalidade:

[...] planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência e reabilitação de psicopatas, assim como os serviços de higiene mental; assistir supletivamente a outros órgãos públicos e entidades privadas na prestação de serviços de proteção e recuperação da saúde mental; estabelecer normas e padrões para os serviços que são objetos de sua competência (SANTOS, 1994, p.66).

Neste momento, também se faz como exigência de atuação para o tratamento da saúde mental nos ambulatórios e centros de saúde mental, a equipe multiprofissional, permitindo a outros saberes da ciência ter voz e voto neste meio, até então comandado por psiquiatras.

Passou-se a requerer a atuação do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro, dos auxiliares técnicos e de administração. Exigiu-se terapeutas, psicopedagogos e sociólogos, embora tenham sido poucos os hospitais e ambulatórios que trabalharam com equipe completa, ficando, no entanto, estabelecida a necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (SANTOS, 1994, p.67).

Entre os anos de 1978 e 1980 inicia um movimento de desinstitucionalização da psiquiatria, contra o modelo hospitalocêntrico, com o movimento de Reforma Psiquiátrica que tem os trabalhadores da psiquiatria como os protagonistas desse movimento. Esse movimento tem fortes influências do Movimento de Reforma Sanitária, resultando na atual rede de

assistência psiquiátrica, que objetiva a inserção social do indivíduo atendido pela saúde mental.

## 1.2 A Reforma Psiquiátrica

A Reforma psiquiátrica foi um processo político e social complexo<sup>2</sup>, composto de atores instituições e forças de diferentes origens, que incidem em territórios diversos: em todas as esferas de governo, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e de opinião pública. Compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios, com início nos Estados Unidos da América, Inglaterra e Itália.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu ao final dos anos de 1970 com a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e com a eclosão do Movimento Sanitarista que lutava por mudanças na atenção à saúde. Depois de um longo período de repressão com a Ditadura Militar, que até então impossibilitava a expressão política da sociedade civil no país, em 1978 assiste-se à reemergência dos principais movimentos sociais. Entre eles o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, com destaque para região sudeste do Brasil (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais), que inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes até então.

O ano de 1978 é marcado pelo início do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que anos mais tarde se transforma em Movimento Nacional da luta Antimanicomial, na luta pelos direitos dos pacientes de saúde mental do Brasil. Este movimento passa a protagonizar denúncias de violências

---

<sup>2</sup> Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental (SCALVAZARA, 2006, p.26).

nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, a construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Têm-se aqui as primeiras reivindicações para um atendimento ambulatorial aos mesmos, tendo como maior inspirador nesse momento, a Itália, que consegue aprovação da lei 180, estabelecendo o fechamento da porta de entrada a hospitais psiquiátricos, dando um passo para a desinstitucionalização em psiquiatria. Franco Basaglia foi um dos maiores psiquiatras lutadores contra os hospitais psiquiátricos instituídos na Itália.

No início dos anos 1980, surgem as primeiras propostas e reorientações para assistência, no Rio de Janeiro tem-se “o processo chamado de “Co-Gestão”, uma modalidade de convênio, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para administração de hospitais públicos, que permitiu, por um lado, a abertura de um importante espaço político para lideranças do MTSM implementarem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos, e por outro, preparou o terreno para o lançamento do Plano do Conselho Consultivo de Administração em Saúde Previdenciária - CONASP em 1982-83, que possibilitou a implantação gradativa em todo país do modelo sanitário das chamadas “Ações Integradas de Saúde – que desaguaram mais tarde no Sistema Único de Saúde, tal como foi consagrado na I Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na Constituição Federal de 1988” (VASCONCELOS, 2002). Tal inserção e implantação citada anteriormente, possibilitaram uma intervenção crescente nos hospitais psiquiátricos estatais e privados e, uma expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde e saúde mental.

Com o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, Bauru-SP em 1987, inicia-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Segundo Amarante (1998, p.75-76),

[...] o compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõem uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada” podendo ser “identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre a um só

tempo e articuladamente nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Em 1989 o processo de intervenção nos hospitais psiquiátricos passa a ter uma visibilidade nacional através do trabalho da Secretaria Municipal de Santos- SP na Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico), local de maus tratos e morte de pacientes, demonstrando de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Também em 1989, tem-se uma das maiores conquistas para o tratamento de pacientes de transtornos mentais, foi a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei nº3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e, a extinção progressiva dos manicômios no país, que é o “pontapé” inicial para as mudanças que ocorreriam efetivamente tempos depois no campo da produção legislativa e assistenciais em saúde mental. Inspirados nesse projeto de lei, que em 1992 os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam à substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É na década de 1990, momento em que o Brasil assume um “ideário neoliberalista e que repercute principalmente nas políticas sociais pelo atrofiamento da perspectiva de universalização de direitos sociais, pelo destaque concedido a ações focalista” (ROSA e FEITOSA, 2008, p.139), é que, paradoxalmente se tem o reconhecimento da cidadania e direito das pessoas com transtorno mental. Fato este, marcado pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, que cria o consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica, e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Pois segundo esses governos

[...] o manicômio é condenado por: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis dos enfermos; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outro setores (Organização Pan-americana de Saúde, 1990).Tal

condensação estrutura-se a partir de quatro eixos: ético-jurídico; clínico; institucional e sanitário.(ROSA e FEITOSA,2008, p.140).

Em 1991 é divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), um documento que trata da proteção de pessoas com transtorno mental e a melhoria da assistência no setor de tratamento de saúde mental. Nele está explicitado o direito do consentimento ao tratamento por parte do paciente, marco na relação entre paciente e profissional. Neste momento no Brasil, através de portarias, o Ministério da Saúde, tem as primeiras normas federais regulamentadas para o desenvolvimento de ações e reestruturação da assistência a saúde mental.

Portaria nº189/91 que amplia e estabelece a normatização e o financiamento governamental também para serviços de base comunitária (...) que até então (...) eram financiados pelo governo federal. E a (...) portaria, nº 224/92, que institui critérios de controle de supervisão da melhoria de assistência dos hospitais especializados, o que redundou na diminuição do número de leitos psiquiátricos na rede pública e conveniada, processo denominado por Vasconcelos (2000) como 'desospitalização saneadora'. Com estes dois instrumentos estão dadas as bases de reorientação do modelo em saúde mental, que se aprofunda e se intensifica (ROSA e FEITOSA 2008, p.140).

Impulsionado por essas portarias de assistência à saúde mental, inicia o século XXI, pautando suas ações nos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial - NASP e Hospital-dia. Os Centros de Atenção Psicossocial vieram para aproximar e reinserir o paciente de transtorno mental que antes era excluído da vida em sociedade, articulando com a comunidade, redes sociais, instituições, projetos e programas como, por exemplo, os agentes comunitários, equipes de saúde da família, escolas, empresas.

Essa nova forma de atender a pessoa com transtorno mental exigiu do Estado e da família um maior envolvimento com os mesmos, uma vez que a diminuição do número de hospitais psiquiátricos implicava na volta dessas pessoas para casa. A família que os recebia, necessitava do Estado uma garantia de tratamento adequado e de reinserção social, através de políticas públicas.

Na tentativa de garantir esses direitos, no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país.

A aprovação, no entanto, é substituta do Projeto de Lei Original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim a lei Federal nº10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviço de base comunitária, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais”. Além de proibir a internação de portadores de transtorno mental em instituições de caráter asilar, estabelecendo medidas a serem seguidas pelas instituições de tratamento, tendo sempre como objetivo a reinserção social dos indivíduos.

A lei impulsiona um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, juntamente com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Esse período é caracterizado por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e por outro, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS e, novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos com a portaria GM nº251 de 2002, em que é criado o Programa Nacional e Avaliação do Sistema Hospitalar.

Em 2006, segundo Rosa e Feitosa (2008, p.141), pela primeira vez na Política de Saúde Mental do país, o montante de recursos financeiros destinados aos serviços comunitários ultrapassam o montante do que era consumido pelos hospitais psiquiátricos, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial com ações de redução de danos, entre outros. Segundo o site do Ministério da Saúde, até janeiro de 2009 tinha em funcionamento no Brasil 1326 CAPS.

Vasconcelos (2002, p.23-30) apresenta o processo de Reforma Psiquiátrica dividindo-o em cinco períodos:

1º período: Mobilização na Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura; Proto - formas de “Ações Integradas de Saúde”: 1978-1982 (São Paulo e Minas Gerais) e

1978-1982(Rio de Janeiro) (...) 2º período: Expansão e Formalização do Modelo Sanitarista (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde); Montagem de Equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de saúde mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado:1980 -1987 (Rio de Janeiro) e1982- 1987 (São Paulo e Minas Gerais) (...) 3º Período: Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado: Emergência na Luta Antimanicomial e Transição da Estratégia Política em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: 1987-1992 (...) 4º Período: Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica;" Desospitalização Saneadora" e Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial;Emergência das Associações de Usuários e Familiares :1992 -1995 (...) 5º Período: Limites à Expansão da Reforma no Plano Federal Tendo em Vista as políticas Neoliberais do Governo FHC; Aumento do Desemprego, Miséria e Violência Social; Consolidação e Difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial no plano Municipal: 1995 - ?.

Atualmente, ao falarmos que determinado indivíduo tem um transtorno mental nos remetemos às várias legislações que amparam a assistência a essa população, na qual, é colocada a assistência à saúde mental como um direito.

### 1.3 Espaços de Atendimento à Saúde Mental

A partir da reforma psiquiátrica os espaços de atendimento a saúde mental são feitos através das seguintes instituições:

a) Unidade Básica de Saúde, nas quais as ações em saúde mental estão pautadas nos atendimentos individuais (consulta, psicoterapia, entre outros), grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades sócio terapêuticas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde), visitas domiciliares e atividades comunitárias. Essa unidade deverá contar com uma equipe de profissionais, determinado pelo órgão gestor dos municípios, tais equipes podem ser determinadas por três formas: as compostas por especialistas (psiquiatra, psicólogo e assistente social), as equipes integradas (clínico geral, enfermeiro, auxiliares e agentes de saúde) e as equipes multiprofissionais (psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar) (BRASIL, 1992).

b) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instituição que deve ser administrada pela prefeitura de cada cidade e deve ser o local de referência para atendimentos nos casos de transtornos mentais severos e/ ou



persistentes, como: psicose, neuroses graves. Disponibilizando “cuidados intensivos, comunitários, personalizados e promotor de vida” (Brasil, 2004). Ele vem com o objetivo de oferecer a população de saúde mental o “acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2004).

As pessoas que podem ser atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoa com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados as substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL,2004).

O atendimento do CAPS se dá em três modalidades, os CAPS I e II que se caracterizam por atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes, o CAPS I que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, o CAPS ad que atende usuários de álcool e drogas, atendendo então pessoas que possuem transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e, o CAPS III que é de atendimento a adultos com transtornos mentais de atendimento diário e noturno. Esse atendimento disponibilizará as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social (BRASIL,1992).

A equipe de trabalho no CAPS deve ser composta por: Médico Psiquiatra ou, dependendo do CAPS, um Médico Neurologista, Pediatra ou Clínico Geral com especialização em saúde mental, Enfermeiro, de 4 a 5 profissionais com formação em ensino superior<sup>3</sup> dependendo do CAPS e, de 4 a 8 profissionais de ensino médio<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Entre eles: “psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário no projeto terapêutico da unidade (BRASIL, 2004)

<sup>4</sup> Entre eles: “técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL,2004)

c) E por fim, os Hospitais que se dividem em três modalidades, os hospitais dia, os hospitais gerais e os hospitais especializados em psiquiatria.

Os hospitais dia se caracterizam por ser um hospital intermediário entre a internação e o ambulatório, desenvolvem programas, com equipes multiprofissionais, de atenção e cuidados intensivos, visando substituir a internação integral. Os usuários atendidos em instituições caracterizadas como hospital dia, devem receber atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social. Sua equipe mínima deve ter 1 Médico Psiquiatra; 1 Enfermeiro; 4 outros profissionais de nível superior (Psicólogo, Enfermeiro, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos (BRASIL,1992).

Os hospitais gerais são aqueles que atendem um número restrito de usuários com transtorno mentais. Devem ser reservados 10% dos leitos dos mesmos para o atendimento a essa população. Nele, devem se oferecer as seguintes atividades: avaliação médica, psicológica e social; atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia, terapia ocupacional); atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio terapica); abordagem a família com orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, alta hospitalar e a continuidade do tratamento; preparação do paciente (BRASIL, 1992). A equipe desse tipo de hospital deve ser, para até trinta leitos, um Médico Psiquiatra ou um Médico Clínico, um Psicólogo, um Enfermeiro, e dois profissionais de nível superior, entre eles o Psicólogo, Assistente Social e/ou Terapeuta Ocupacional, e profissional de nível médio (BRASIL,1992).

Os hospitais de psiquiatria são hospitais nos quais o foco é o atendimento a pessoas com transtornos mentais que necessitam de um período de internação, neles, dependendo da necessidade de cada usuário, deverá ser oferecido os seguintes atendimentos: avaliação médica psicológica e social; atendimento individual medicamentos, psicoterapia breve, terapia ocupacional, atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo,

atividades socioterápicas; abordagem a família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade ao tratamento; preparação ao paciente para a alta hospitalar. Segundo a Portaria nº 224 de 19 de janeiro de 1992 o hospital em psiquiatria deve contar com:

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo: - 1 médico plantonista nas 24 horas; - 1 enfermeiro das 7:00 às 19:00 horas, para cada 240 leitos; E ainda: - para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro. - Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais: - 1 assistente social; - 1 psicólogo; - 1 terapeuta ocupacional; - 2 auxiliares de enfermagem; E ainda: - 1 clínico geral para cada 120 pacientes. - 1 nutricionista. Farmacêutico. O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana. (BRASIL, 1992).

Além das instituições descritas anteriormente, usuários da saúde mental, podem contar com atendimentos de emergência em hospitais gerais, 24 horas por dia. O objetivo é que venha a ser uma internação de curto prazo, de no máximo 72 horas, e que seja uma intervenção rápida e eficiente, permitindo ao usuário o retorno ao convívio social depois desse período. Evitando assim, uma internação em hospitais de psiquiatria. Suas atividades e composição da equipe são as mesmas do hospital geral descrito anteriormente.

E por fim, a saúde mental também conta com um tratamento aos usuários que estão cumprindo pena prisional, ela é realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Suas normas e equipes são formuladas a partir do Plano Operativo do Sistema Penitenciário de cada estado e pautadas na Política Nacional de Saúde Mental.

[...] os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) abrigam presos em medida de segurança, ou seja, internos que, em razão de grave transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito de suas ações. Existem ainda as casas de albergado, destinadas a presos do regime aberto, e as cadeias públicas e distritos policiais, destinados a custódia de presos provisórios (BRASIL, 2004).

## 1.4 A Saúde Mental como direito

A saúde no Brasil, entre os anos de 1930 a 1960, era assistida por políticas sociais organizada em dois subsetores: a saúde pública, voltada para campanhas de endemias e seu combate e a medicina previdenciária, que atendia aos contribuintes da previdência social. Nesta época chama a atenção o pequeno número de freqüentadores nos locais privados de assistência a saúde. A política de saúde, segundo Bravo e Matos (2004, p.26-27) “teve como características gerais a racionalização e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias”.

Bravo (2008, p.91) afirma, segundo escritas de Braga e Paula (1986) que,

[...] as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram: - Ênfase nas campanhas sanitárias; - Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de franco poder político e econômico; - Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; - Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malaria do Nordeste, 1939; Serviço de Malaria da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte americana); - Reorganização do departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate as endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Com a Ditadura Militar a política de saúde se desenvolve sob os interesses do setor privado<sup>5</sup> articulada aos interesses econômicos vigentes, se tem aqui a mercantilização crescente da saúde. A lógica de repressão vigente do momento permitiu que o debate dos movimentos sociais não existisse, o

---

<sup>5</sup> BRAVO (2008, p.94) falará que: “Segundo Oliveira e Teixeira Fleury (1986:207) foi implantado no país nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo após 1973, os trabalhadores rurais, empregados domésticos e trabalhadores autônomos; - Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista, e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; - Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos; - Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; - Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação a clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.”

que permitiu que o governo implantasse reformas institucionais que afetaram a saúde pública e a medicina previdenciária.

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia.(...) Este quadro seria ainda agravado com a repressão política, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamentos de centros de pesquisas (ESCOREL e NASCIMENTO e EDELER, 2005; p.61).

Em 1974, após dez anos de Ditadura Militar houve a “necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimasse a dominação burguesa e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais”, (BRAVO, 2008, p.94). A política de saúde enfrentou permanentes tensões entre os interesses do setor estatal e empresarial, e a emergência do movimento sanitário. Não se consegue assim, reverter à ênfase da participação da previdência social na saúde e a contradição do Sistema Nacional de Saúde, mesmo retomando medidas de saúde pública.

Na década de 1980, quando o país passava por um período de crise econômica, consegue-se a grande conquista da luta, que já vinha sendo traçada na década de 1970 pelo movimento de Reforma Sanitária<sup>6</sup>, com uma forte mobilização e pressão por parte do movimento sanitário ao Governo Federal. Esta mobilização significou a luta por uma saúde coletiva, ou seja, uma assistência à saúde que atendesse a todos os cidadãos, baseada nos parâmetros da universalidade, equidade e integralidade. O Estado teria a responsabilidade de prover e regulamentar esta assistência, de tal modo que a mesma fosse entendida e respeitada como um direito do cidadão e um dever do Estado. Neste momento, a saúde deixa de ser interesse exclusivo de técnicos e assume uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia. (BRAVO, 2008)

Na ‘VIII Conferência de Saúde’, foi que a saúde se configurou e consolidou-se como um direito social, onde o entendimento do que é saúde

---

<sup>6</sup> Segundo Arouca (1986, p.41) “a Reforma Sanitária pressupõe a criação de um organismo que reunindo tudo o que existe a nível de União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição destes recursos mais justa e igualitária, alcançando assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste país o direito aos serviços de saúde”

está alicerçado ao seu conceito ampliado<sup>7</sup>. Segundo Krüger (2005, p.70), um dos questionamentos do movimento foi o “conceito abstrato, reduzido e subjetivo de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS” na qual a saúde era entendida como bem estar físico, mental e social. Esta conferência impulsionou a elaboração do Título VIII, Capítulo II, Seção I, art.194 da Constituição Federativa de 1988, que diz respeito ao Sistema de Seguridade Social<sup>8</sup>, onde se fala que são pertencentes a ele as Políticas de: Assistência Social, Previdência Social e a Saúde. A inclusão das mesmas no sistema de seguridade social, segundo Fleury (2009), “introduz uma noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência”. A “saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art.196) (Brasil, 2001) e para tanto se tem a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Os itens da Constituição referentes à saúde foram regulamentados através da Lei numero 8.080 de 19 de setembro, e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, onde se tem um detalhamento e maior respaldo de como deve se executar a política de saúde e de como deve se dar o controle social da mesma. Na Lei 8.080, em suas disposições gerais tem-se:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da

---

<sup>7</sup> Segundo Arouca (1986, p.36) a “saúde não é simplesmente ausência de doença, não é simplesmente o fato de que num determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou através de qualquer exame, não seja constatada doença alguma na pessoa. Para a Organização Mundial de Saúde, é mais do que isso: além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem estar físico, mental e social. (...) Não é simplesmente não estar doente, é mais: é bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, qu, pelo contrario, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade organização e autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto aquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo, como aconteceu, infelizmente, na ultima década, na America Latina e continua a acontecer em alguns países.”

<sup>8</sup> “art.194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações iniciativas dos Poderes públicos e da sociedade, destinadas a segurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL,1988)

família, das empresas e da sociedade. Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

A saúde deixa de ser vista como a ausência de doença e centrada em um modelo hospitalocêntrico de atenção, passando a se relacionar a um conjunto de bens que determinam a qualidade de vida do cidadão, como citado no Art.3º acima. Com a mudança da concepção de saúde, altera-se também o modelo de atenção a saúde, construindo-se um modelo baseado na integralidade das ações, prevenção, promoção e recuperação da saúde. (CASTAMAM, 2004, p.105). Suas políticas devem ser efetivadas, seguindo os objetivos do SUS, que está ancorado na “identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de políticas de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social a observância do disposto no §1º do Art.2º da lei 8.080; e assistência as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, como a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Seu funcionamento é de responsabilidade das três esferas de governo de forma descentralizada e regionalizada, para que se possa atender as especificidades de cada região, assim como foi definido na construção do SUS através das leis e Norma Operacional Básica – NOB de 1996, estabelecendo a Programação Pactuada Integral – PIP e criando o Piso Assistencial Básico – PAB.

Através do processo de descentralização, ampliou-se a regionalização e buscou-se maior equidade, a partir da organização do sistema em todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de saúde (SEs). A organização do SUS define, ainda, que o acesso da população à rede dar-se-á através do serviços de nível primário de atenção, aos quais os demais níveis de complexidade tecnológica (secundária e terciária) devem ser referenciados. Assim, a rede de serviços, organizados de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento e atenção dos problemas de saúde da população (CASTAMAM, 2004, p.107).

Partindo do entendimento de que a saúde é um direito, o movimento de Reforma Psiquiátrica vem para questionar a forma com que se dá o tratamento das pessoas com transtorno mentais, em que o mesmo se realizava de forma a excluir o cidadão “louco” dos demais sujeitos da sociedade. Considera-se que essa exclusão é a perda total dos direitos humanos, fazendo com que não sejam sujeitos de direito. Pellizzaro e Cardoso (2004), falam sobre o roubo da cidadania do indivíduo. Por esses motivos, o movimento de Reforma Psiquiátrica considerou que o fechamento dos manicômios significaria uma nova relação com os “loucos”, pois se daria ênfase ao sujeito, que é portador de direitos.

A entrada no congresso do Projeto de Lei de Paulo Delgado, de 1989, significou um grande avanço no que diz respeito ao direito à saúde mental, tal projeto vem em busca da regulamentação de internações compulsórias, propondo a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços que inaugurasse um novo modelo de assistência a saúde mental.

Entre os anos de 1992 e 1995 houve “mudanças na Política de Saúde Mental no Brasil, avançando na perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica e na criação e regulamentação de portarias relativas à implementação da rede de serviços substitutivos (PELLIZZARO e CARDOSO, 2004, p.129)”, assim viabilizando e instituindo em forma de lei o direito a saúde mental.

As mudanças foram concretizadas de fato com as portarias e leis. Começando pela portaria de nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que vem regular diretriz<sup>9</sup> e normas<sup>10</sup> (ambulatoriais e hospitalares) para o atendimento aos usuários da política de saúde mental brasileira. Em sua disposição geral tem-se:

---

<sup>9</sup> “Diretrizes: - organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; - diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; - garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; - multiprofissionalidade na prestação de serviços; - ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; - definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (BRASIL, 1992).”

<sup>10</sup> Dizem respeito sobre como deve ser o atendimento específico de um ambulatório e de um hospital bem como seus recursos humanos necessários.



1)- Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: - está proibida a existência de espaços restritivos ,celas fortes; - deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; - deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes; - os hospitais terão prazo máximo de 1 um 1 ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local. 2)- Em relação ao atendimento em regime de internação em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992).

A segunda portaria é a de nº 145 de 25 de agosto de 1994, que diz respeito à “avaliação sistemática dos serviços de saúde mental, pelos diversos níveis do SUS (...) com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS a correta aplicação das normas em vigor (Brasil, 1994)” Segundo Pellizzaro e Cardoso (2004, p.131), “essa portaria permitiu um canal de denuncia de maus tratos praticados em instituições de Saúde Mental e a solicitação de vistoria e avaliação do Ministério da Saúde, que por sua vez poderia acionar as Secretarias Municipais ou Estaduais”.

Neste mesmo ano, tem-se a criação da portaria de nº 147 de 28 de agosto de 1994, que fala sobre o plano terapêutico. Nela, está determinado que os serviços de saúde mental devam oferecer, de acordo com as necessidades do usuário, as seguintes atividades:

a - avaliação médico-psicológica e social; b - atendimento individual (medicamentoso, psicoterapico breve, terapia ocupacional, dentre outros); c - atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio- terapêuticas); d - abordagem à família incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento; e - preparação do paciente para a alta-hospitalar, garantindo sua preferência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações; f - essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivo e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à características da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve ainda, a existência de um sistema de referência e contrareferência que permita o

encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de um filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito (BRASIL, 1994).

Em 11 de fevereiro de 2000, foi criada a portaria de nº 106, no qual surgem os serviços de residências terapêuticas<sup>11</sup> em saúde mental, em substituição à internação psiquiátrica prolongada. Com objetivo de:

garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidades de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia, atuar como unidade de suporte destinada prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar e promover a reinserção desta clientela à vida comunitária (BRASIL, 2000).

Finalmente, depois de 12 anos tramitando no congresso, em 06 de abril de 2001 é promulgada a lei de nº 10.216, idealizada pelo senador Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção integral e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, redirecionando a assistência a saúde mental. Nesta, é consolidada em forma de lei os direitos da pessoa com transtornos mentais, em seu Art. 2º. Bem como a desinstitucionalização da psiquiatria, como preconizava o movimento de Reforma Psiquiátrica, em seu Art.4º.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos

---

<sup>11</sup>“Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casa inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).”

extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visar, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001).

Em 2002, impulsionados pelo Seminário Nacional de Direitos à Saúde Mental em novembro de 2001, tem-se a criação da portaria nº 251 que estabelece diretriz<sup>12</sup> e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS.

No dia 19 de fevereiro de 2002, de nº 336, é aprovada a portaria que regulamenta como deve se dar o trabalho ambulatorial na saúde mental no que concerne o atendimento a situações de média e alta complexidade, e sua abrangência populacional. Ela estabelece que os Centros de Atenção psicossocial – CAPS - poderão constituir-se nas modalidades de serviços tais como: CAPS I, CAPS II E CAPS III.

Apesar de ser nova a institucionalização das Portarias e Leis que garantem o direito a saúde e conseqüentemente, a saúde mental. Tem-se hoje a certeza de que estamos longe do verdadeiro direito a saúde/saúde mental pelas inúmeras deficiências que o SUS ainda apresenta, porém, temos já legalizado a saúde como um direito de todos e, as pessoas com transtorno mentais e sua família têm seus direitos assegurados sob forma de lei.

---

<sup>12</sup> Diretrizes: • Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extrahospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes; • Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; • Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; • Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis; • Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços • Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução. • Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOASSUS 01/2001; • Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

## Seção II

### 2 O Serviço Social na Saúde Mental

#### 2.1 A Inserção do Serviço Social na área da Saúde

A Inserção do Serviço Social na área da Saúde se deu entre as décadas de 1930 e 1940, sendo que a abordagem do tema nas escolas de Serviço Social se dava, mas de forma restrita, assim como sua inserção neste meio. Em 1945 se tem uma ampliação da inserção do Assistente Social na área da saúde. Tal inclusão se deu após a segunda Guerra Mundial, sob influência norte americana, para responder as exigências e necessidades do aprofundamento do capitalismo.

Porém, essa inserção não era grande e só no ano de 1948, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a classificar/ conceituar<sup>13</sup> a saúde como, não a ausência de doença e sim um bem estar físico, mental e social, ou seja, enfocando o aspecto biopsicossocial. Configurando assim, outras categorias profissionais como pertencentes à área da saúde, entre elas o Serviço Social. O Serviço Social, nesse contexto, vem atuar em atividades educativas aos usuários dos serviços, com “relação aos hábitos de higiene em saúde e, atuar nos programas estabelecidos nas políticas de saúde” (BRAVO e MATOS, 2008, p.199) e assume um caráter de Serviço Social Médico<sup>14</sup>; no auxílio do tratamento médico, que segundo Bravo (2008), só tem visibilidade quando o usuário engaja-se no tratamento.

Um fato importante consiste em a Política Nacional de Saúde aumentar seus gastos com a medicina previdenciária, que, como dito anteriormente, só atendia aos segurados, ou seja, uma medicina restrita a uma classe, e por este

---

<sup>13</sup> “Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente nos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal para auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica social (BRAVO; MATOS, 2008).”

<sup>14</sup> “Orientado pelos padrões aprovados pela Associação Americana de Assistentes Médicos-Sociais e Americana de hospitais (HELLMANN, 2008, p.28).”

fato gera uma contradição entre a demanda e seu caráter excludente e seletivo.

O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios<sup>15</sup>. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO e MATOS, 2008, p199)

Neste contexto, o Serviço Social na área da saúde se caracterizava por um perfil do “Serviço Social de Casos”, e não atuava com procedimentos e técnicas de desenvolvimento comunitário. Esta configuração está presente até a década de 1960, quando começa a ocorrer na América Latina, o Movimento de Reconceituação, mediante a busca de referências mais críticas para a profissão. No Brasil, no entanto, com Golpe Militar, as tendências críticas verificadas nos países do Cone sul, não terão espaço para se desenvolver. Em nossa realidade, ocorre então, um movimento de renovação da profissão, tendo como base de discussão três tendências teórico-metodológicas: a modernização conservadora; a reatualização do conservadorismo; e a intenção de ruptura.

Neste momento,

[...] alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condições de alterá-lo. Nos anos 60, esta situação começou a modificar, surgindo um debate na profissão, questionando o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática ‘desenvolvimento’ e de suas repercussões na América latina. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sócio políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do estado (BRAVO 1996) (BRAVO e MATOS, 2008, p. 201).

---

<sup>15</sup> “Os benefícios passaram a ser custeados total ou parcialmente pelos próprios beneficiários. (...) O conceito que passa a reger os programas assistenciais é o salário social indireto, que incorpora ao salário vários serviços que a ‘coletividade paga’ ao trabalhador, com vistas a utilização futura. O piso salarial é rebaixado à medida que engloba os demais benefícios e o trabalhador paga os serviços pelas deduções salariais direta, pela elevação do custo de vida, com a contribuição dos empregadores transferida para o preço dos produtos e através dos impostos e taxa recolhidos pelo poder público (IAMAMOTTO e CARVALHO, 1982) (Bravo; Matos, 2008).”

No período de 1964, tem-se a modernização conservadora, que exige do Serviço Social uma renovação “[...] fase às novas estratégias de controle de repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e grande capital [...] (BRAVO, 2008, p.201)”. Portanto as novas exigências da Política de Saúde, juntamente com a reorganização institucional do setor, mais os movimentos sociais e, pela própria conjuntura da sociedade, demandam do profissional de Serviço Social na área da saúde um exercício profissional imposto pelo aparato burocrático-administrativo. “Com isso, estratégias de ação não utilizadas anteriormente foram adotadas, visando ‘[...] responder à eficiência e eficácia exigidas pelo novo padrão de racionalidade (BRAVO, 2007, p.97)’ (HELLMANN, 2008, p.29)”.

Entre as décadas de 1960 e 1970, mesmo com a iniciativa de alguns profissionais progressistas para repensar a ação do Serviço Social, desenvolvido até então pela burocracia da instituição previdenciária<sup>16</sup>. Estas suas funções eram pautadas na terapia, na prevenção e na socialização do Serviço Social de Casos. Suas ações ficaram conhecidas como,

[...] individual, de caráter preventivo e curativo; grupal de caráter educativo-preventivo; comunitária, para a mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição dos assistente sociais em equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participa em pesquisas médico-sociais. (BRAVO, 2007, p.102).

Na década de 1980, a atuação do profissional de Serviço Social foi influenciada fortemente pela conjuntura da época, na qual se teve a ruptura da política de saúde vigente até aquele momento, considerada de caráter “privatista”, e a conquista da Constituição Federativa Brasileira de 1988. Neste momento voltam as discussões progressistas da categoria, com o Movimento de Reconceituação, onde a mesma realiza “[...]um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada a profissão (BRAVO e MATOS, 2008)”. Tais modificações consistem na fundamentação e consolidação teórica, com base marxista, tendo a partir de então, por parte dos profissionais, uma postura

---

<sup>16</sup> Primeiro como Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), posteriormente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e por ultimo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

crítica de suas ações. Essa característica pode ser observada através das apresentações de trabalhos em saúde, apresentados em Congressos, Associações e Conselhos de Serviço Social que naquele momento se realizavam.

As transformações ocorridas nos anos de 1980 não foram suficientes para a modificação das práticas institucionais da profissão. Nos anos 90 esta realidade é ainda mais dificultada pelas mudanças introduzidas no país a partir do projeto neoliberal e das mudanças provocadas nas relações Estado/sociedade, que atingiram de forma intensa as políticas sociais públicas. Os princípios inscritos na Constituição de 1988, somados ao projeto societário democrático, igualitário, universal, de uma liberdade política defendido pela profissão é, distinto do sistema capitalista vigente no momento. Conflito este, presente nos anos de 1990, com a disputa dos dois projetos políticos na área da saúde: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária, cada um demandando do Serviço Social ações diferenciadas.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. O projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demanda, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democracia do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégia de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfases na abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulos à participação cidadão (BRAVO e MATOS, 2008, p.206).

É no contexto desta trajetória que também ocorre à atuação do Serviço Social no âmbito da Saúde Mental, conforme descreveremos a seguir.

## 2. 2. A Inserção do Serviço Social na área da Saúde Mental

A atuação do Serviço Social, na área da saúde mental, existe desde 1946, através do Movimento Higienista americano e brasileiro, com a implementação de práticas higienistas nas escolas e famílias. Aconteceu mais significativamente no Rio de Janeiro, no Centro de Orientação Infantil e Juvenil,

com uma prática clínica de Serviço Social, baseado no modelo norte-americano. Os assistentes sociais segundo Vasconcelos (2002, p.167-169) eram,

[...] responsáveis pelo estudo do caso através da família ou da obra social, quando se trata de crianças de instituição (ambiente emocional, econômico, social e histórico da vida da criança) e pela orientação das mães, que se faz paralelamente ao tratamento do cliente. O trabalho da assistente social psiquiátrica se realiza também junto à comunidade: escolas, educandários, hospitais e etc. Em geral, enquanto a criança era submetida à psicoterapia com os psicólogos, a mãe tinha “entrevistas terapêuticas com as assistentes sociais”. [...] sua prática era centrada no diagnóstico, na orientação e no tratamento de casos individuais e/ou família.

Até a década de 1950 o número de assistentes sociais na área da saúde era pequeno e sendo assim, na área da saúde mental tinha um número ainda menor desses profissionais. Entretanto, foi depois da ditadura militar de 1964 que o Serviço Social entra de vez na saúde mental. Após a Ditadura Militar, conforme mencionado no item anterior, ocorreu modificações significativas na área da Previdência Social com a incorporação dos IAP's ao INSS, e com isso os hospitais psiquiátricos atenderiam contribuintes da previdência bem como seus familiares.

A partir desta incorporação, passou-se a identificar que a área da saúde mental era um campo lucrativo. A Previdência Social nessa época chegou a destinar 97% do total de recursos da saúde mental para os hospitais psiquiátricos conveniados. Fato este que possibilitou a multiplicação de empregos para os assistentes sociais nesta área. O INPS passa a exigir a permanência dos mesmos no quadro de funcionários dentro dos hospitais psiquiátricos, pois considerou importante a construção de uma equipe multiprofissional para melhor assistir aos pacientes com diagnóstico de transtorno mental.

Segundo Bisneto (2007, p.24),

Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério da Previdência e Assistência Social, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não era só para



constar, e nenhum trabalho era efetivamente feito, tipo “empregado fantasma”.

O mesmo autor acredita na hipótese de que essa determinação do INPS se deu, não pelos “loucos” internados, e sim pela pobreza, abandono, miséria “que saltavam às vistas e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária da assistência mental (BISNETO, 2007, p.25)”. O Estado ditatorial demandou ser o profissional do Serviço Social o “executor terminal” de políticas na área de saúde mental para atender aos “necessitados”. (BISNETO, 2007) Neste mesmo momento existiam psiquiatras que acreditavam num atendimento multiprofissional aos pacientes de saúde mental, havendo então, formulações e implantações de portarias de cunho inovador do Ministério da Previdência e Assistência Social, aumentando o número de profissionais pertencentes a essa equipe. O Serviço Social passa a objetivar nova visão de atenção familiar e social.

Bisneto (2007, p.27) vai dizer que:

Fazendo uma analogia, é possível analisar que o governo da ditadura militar tentou repetir a história, usando o Serviço Social em Saúde Mental nos anos 1970, tal qual o Estado, o empresariado e a igreja, que, aliados, nas décadas de 1930 e 1940, implantaram o Serviço Social no Brasil visando, aspectos econômicos, políticos e ideológicos, ou seja, facilitar a acumulação capitalista, controlar os trabalhadores e legitimar o modelo social. E, com o fim do “milagre brasileiro”, após 1974, o setor Saúde de tornou essencial para legitimar o Estado autoritário, e particularmente o setor Saúde Mental quando o atendimento se estendeu aos trabalhadores e seus familiares modelado pelo Estado.

Apesar de o Movimento de Reconceituação, em suas iniciais discussões, não ter abordado a temática de Saúde mental, no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, a relação entre Serviço Social e Saúde Mental passa a ser mais próxima. Conforme mencionado anteriormente, a reforma psiquiátrica traz um novo olhar para a pessoa com transtorno mental, e com isso possibilitou a inserção do profissional de Serviço Social junto às equipes multiprofissionais de saúde mental, bem como uma possibilidade de intervenção de forma efetiva junto às refrações da questão social na saúde mental. Bisneto (2007, p.37) afirma que,

O Movimento de Reforma psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política dos assistentes sociais. Porém deparamo-nos com duas grandes restrições: a) os assistentes sociais não são capacitados pela formação universitária para entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política; b) a psiquiatria reformada requer os mandatos sociais e sua hegemonia no espaço profissional. O reflexo dessas restrições interferem na prática cotidiana do Serviço Social em estabelecimentos psiquiátricos e na busca de soluções.

O Serviço Social, na área da Saúde Mental, faz entrevistas em um processo de escuta, a fim de obter informações relevantes para um tratamento específico aos usuários da saúde mental, fazendo um levantamento histórico sobre a vida do mesmo, na perspectiva de socializar informações a cerca de seus direitos, entre eles obtenção de benefícios, encaminhamentos e orientações para serviços não disponíveis na instituição em que trabalha.

O Assistente Social, com o volume de demandas para as quais é requisitado nas instituições, nos dias de hoje, acaba por entender que sua prática profissional se restringe muitas vezes a essas mencionadas anteriormente. O que agrava essas distorções de ações e intervenções, a serem feitas é a dissociação do objeto de trabalho do Serviço Social com o da instituição em que atua. Deve-se entender que todos os profissionais trabalham para que se atinja o objetivo das instituições, entretanto, o objeto de trabalho é diferenciado. Devendo então, ir além das categorias funcionais para execução das atividades e ver onde a profissão transforma e contribui para o processo de intervenção, visto que o Serviço Social, segundo Bisneto (2007, p.123), “é uma atividade que transforma algo em um serviço que tem uma finalidade”.

As instituições psiquiátricas, em geral não dão resposta à demanda global do paciente, aos seus problemas na totalidade. No caso dos transtornos psíquicos, vários aspectos interferem no bom andamento do restabelecimento mental e não são tratados pela psiquiatria (...). O Assistente Social dentro desse tipo de instituição trabalha com a mesma finalidade da psiquiatria, mas garantindo a eficácia dos profissionais psiquiatras pela ampliação do âmbito da intervenção, pela garantia que o paciente se encaixe na demanda à qual a instituição de assistência psiquiátrica está respondendo, isto é, para garantir o processo de trabalho principal, o tratamento psiquiátrico. Na ocorrência de qualquer fato que interfira no planejamento do atendimento psiquiátrico e que seja considerado fenômeno social e contextual, o assistente social é convocado a recolocar o paciente no processo de trabalho organizacional considerado “normal” pelo estabelecimento psiquiátrico. O Serviço Social intervém em tudo que

escapa à racionalidade desse processo no que tange a situação objetiva (ditas sociais) ou a aspectos contextuais diversos (...). Resumindo, o Serviço Social atua na contradição entre a racionalidade da organização institucional e a irracionalidade das outras condições ditas sociais para atingir a melhor forma de tratar o usuário de serviços psiquiátricos (BISNETO, 2007, p.125-126).

Conforme observamos, a atuação do Serviço Social na área da Saúde Mental, embora não seja recente, ainda está em processo de construção. O que se verifica é a crescente necessidade de Assistentes Sociais no âmbito das instituições psiquiátricas, especialmente junto às Equipes Multiprofissionais.

Com o objetivo de compreender melhor essa realidade, realizamos uma pesquisa com profissionais de Serviço Social na área de Saúde Mental, com foco na prática profissional dos Assistentes Sociais junto a equipes multiprofissionais de saúde mental do município de Florianópolis.

### Seção III

#### 3. AS AÇÕES PROFISSIONAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO ÀS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS<sup>17</sup> DE SAÚDE MENTAL PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

A Saúde Mental no município de Florianópolis é atendida em vários espaços institucionais: as Clínicas de Atendimento Psiquiátrico, os CAPS, as Unidades Locais de Saúde e o HCTP do estado de Santa Catarina. Dentre essas instituições de atendimento à saúde mental, três delas possuem em sua equipe profissional do Serviço Social. As Clínicas possuem pelo menos um assistente social, os CAPS em, suas várias modalidades, totalizam cinco profissionais e o HCTP conta com duas assistentes sociais.

As equipes de trabalho destas instituições, de acordo com a Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, podem contar com os seguintes profissionais: médico psiquiatra, médico generalista, psicólogo, odontólogo, enfermeiro, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, artesão, técnico de enfermagem, auxiliares administrativos, dependendo da necessidade de cada local. Desta forma, existe uma equipe mínima necessária para o funcionamento de instituições psiquiátricas. Portanto, faz-se necessário ter uma equipe mínima composta por: um psiquiatra, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e de dois a quatro profissionais de formação superior, entre eles o Serviço Social e a Psicologia são os mais presentes nas equipes.

O Serviço Social nestas equipes, geralmente está incumbido, segundo classificação de Mioto (2006, p.29), de atuar no *Processo Sócio-Assistencial*. Suas ações estão definidas e concretizadas no contato com os usuários e suas

---

<sup>17</sup>Segundo Brasil (2004, p.48), “Equipe multiprofissional é o grupo de pessoas de diferentes profissões que trabalha num CAPS. É também chamada de equipe multiprofissional ou interdisciplinar.” Portanto, Brasil (2004), entende que o trabalho multiprofissional é o mesmo que dizer trabalho interdisciplinar, e será nesta lógica que o trabalho se desenvolverá. “A interdisciplinaridade ocorre quando são integradas informações de disciplinas afins e sempre subordinada a uma disciplina hegemônica, que coordena e direciona as demais. [...] A interdisciplinaridade ocorre quando há, entre os integrantes da equipe, reciprocidade, relações profissionais e de poder, tendentes à horizontalidade e com perspectivas de estratégias comuns para a ação. ‘Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos: coordenação procedendo do nível superior, tendência à horizontalização das relações de poder.’ (VASCONCELOS, 1996, p.140) (NOGUEIRA, 1997, p.43-44).

famílias. Nesse processo estão presentes fortemente ações de natureza, sócio-terapêutica<sup>18</sup> e sócio-educativa<sup>19</sup>, havendo também momentos de ações sócio-emergencial<sup>20</sup>.

Ou seja, conforme apresentamos na introdução deste trabalho, a pesquisa foi realizada com assistente social inseridas em equipes multiprofissionais de saúde mental, em atendimento ao público, do município de Florianópolis. Com o objetivo de analisar a atuação profissional a partir das demandas, instrumentos de trabalho, relação com as legislações que regem a profissão, e a importância do Serviço Social dentro de uma equipe multiprofissional de saúde mental.

Em princípio, cabe esclarecer que pelo fato de o foco ter sido assistentes sociais em equipes multiprofissionais de saúde mental do município de Florianópolis, foi encontrado um universo de oito (08) assistentes sociais, entretanto a entrevista foi realizada com seis (06) profissionais. Duas assistentes sociais não tiveram disponibilidade no período de realização da entrevista para participar da pesquisa.

Para a pesquisa tem-se o total de cinco (05) assistentes sociais ligadas a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e uma (01) delas vinculadas a Secretaria de Segurança Pública do Estado de Santa Catarina. Estas profissionais se dividem em dois locais de trabalho, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Florianópolis (Adulto, Infantil e, Álcool e outras Drogas) e, o Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Estado de Santa Catarina. Ver quadro 01, abaixo.

---

<sup>18</sup> Trata-se da ação realizada em algumas áreas de intervenção que exigem dos profissionais uma grande compreensão das questões subjetivas dos sujeitos e de sua família. Trata-se do acolhimento e da assistência a uma gama de questões que, de maneira geral, fragilizam os sujeitos e as famílias, especialmente quando o sofrimento psíquico individual prolongado revela a influência que o aumento das desigualdades sociais exercem no aumento da vulnerabilidade social daquele indivíduo e de sua família (MIOTO, 2006, p.30).

<sup>19</sup> Ações sócio-educativas se estruturam sobre dois pilares: a socialização das informações pautando-se no compromisso da garantia do direito à informação como direito fundamental de cidadania e, o processo reflexivo que se desenvolve no percurso que o assistente social faz com os usuários para buscar respostas para suas necessidades, sejam elas imediatas ou não (MIOTO, 2006, p.32).

<sup>20</sup> São ações que visam atender às demandas que se revestem por um caráter de emergência, diretamente relacionadas às necessidades básicas e de urgência das famílias (MIOTO, 2006, p.35).

Quadro 01: Número de Assistentes Sociais por unidade de trabalho e órgão vinculado:

<b>Órgão Vinculado</b>	<b>Unidade de Trabalho</b>	<b>Nº de Assistente Social</b>
Secretaria Municipal de Saúde	CAPS II	02 (dois)
Secretaria Municipal de Saúde	CAPS i	01 (um)
Secretaria Municipal de Saúde	CAPS ad	02 (dois)
Secretaria de Segurança Pública do Estado de Santa Catarina	HCTP	01 (um)
<b>Total</b>		<b>06 (seis)</b>

Fonte: Sistematização da autora a partir de dados levantados na pesquisa

Com isso, constata-se que o número de assistentes sociais trabalhando em equipes multiprofissionais de saúde mental, vinculada a Secretária Municipal de Florianópolis é muito pequeno, tendo em vista que a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 regulamenta que cada CAPS, em suas quatro modalidades<sup>21</sup> tem capacidade máxima de atendimento para uma população de até 200.000 habitantes. Florianópolis tem 400.000 habitantes, entendendo-se assim, que no município deveria ter dois CAPS de cada modalidade.

Hellmann (2008, p.77) ressalta que:

[...] o profissional de Serviço Social tornou-se necessário nas equipes multiprofissionais de saúde por trabalhar com os determinantes sociais da saúde e assim, pensar o direito à saúde na sua concepção ampliada, para além da ausência de doenças. Portanto, a ausência deste profissional pode ser um indicador de que os municípios não estejam entendendo a saúde na sua compreensão ampliada.

Observa-se que as medidas previstas pela portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003, que também regulamenta o número de profissionais que deve fazer parte da equipe dos Presídios Manicomiais Judiciários, no qual a

---

<sup>21</sup> As quatro modalidades referidas são: CAPS II, CAPS III, CAPS i, e CAPS ad.

cada 100 presos, deve-se ter uma equipe mínima de médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2003). A portaria aqui está sendo respeitada, pois se tem hoje no HCTP um número de 101 presos (SANTA CATARINA, 2004).

Para esclarecimento, nesta terceira seção, quando mencionar o profissional de Serviço Social, se referirá ao mesmo com o pronome feminino, pois 100% das entrevistadas são do sexo feminino. Característica esta que permeia a história da profissão, e que assume atualmente o posto de curso com maior incidência de matrículas feminina do país (HELLMANN, 2008, p.77).

Após a apresentação das entrevistadas parte-se para as considerações no que cerne o perfil profissional das assistentes sociais entrevistadas.

### 3.1 Perfil Profissional

Para efeito de maior compreensão acerca do material empírico investigado, sente-se a necessidade de iniciar com informações sobre o perfil profissional das assistentes sociais entrevistadas, com foco em sua atuação no campo da saúde mental.

São 100% profissionais formadas na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, ou seja, o ensino das mesmas foi realizado em instituição pública e totalmente presencial. Percebe-se pelo ano de conclusão de curso, assim como descrito no quadro 02, que apesar de a formação ter sido na mesma instituição o currículo do curso, e conseqüentemente a formação teórico-metodológica, foi diferenciado entre elas.

Quadro 02: Ano e Instituição de conclusão do Curso de Graduação em Bacharel em Serviço Social:

Assistentes Sociais	Instituição de Formação	Ano de Conclusão
AS01	UFSC	1980
AS02	UFSC	1992

AS03	UFSC	2003
AS04	UFSC	2004
AS05	UFSC	2005
AS06	UFSC	2006

Fonte: Sistematização da autora a partir de dados levantados na pesquisa

Sendo assim, observamos que: uma assistente social concluiu o curso em 1980, quando o mesmo era vinculado à Fundação Vidal Ramos e já em processo de incorporação total pela UFSC; uma assistente social com a conclusão de curso no ano de 1992 onde o curso já estava totalmente agregado à UFSC. O currículo desse período ainda estava vinculado à formação dos processos de Serviço Social de Casos, Serviço Social de Grupos e Serviço Social de Comunidade; e quatro das assistentes sociais concluíram o curso entre os anos de 2003 e 2006, logo, a partir das novas diretrizes curriculares, cuja implantação na UFSC, iniciou no primeiro semestre de 1999, e está em vigor até os dias de hoje. Este currículo está pautado nos seguintes pressupostos:

[...] a) a apreensão crítica do processo histórico; b) a investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender a constituição e o desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país, c) a apreensão do significado social da profissão, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; d) a apreensão das demandas consolidadas e das emergentes que são apresentadas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais eficazes, eficientes e efetivas e; e) o exercício profissional cumprindo as competências, atribuições e exigências previstas na legislação que regulamenta a profissão e no Código de Ética Profissional. (DOCUMENTO UFSC).

Em relação a cursos de pós-graduação, das seis assistentes sociais entrevistadas, três possuem curso de especialização, uma iniciou um curso, mas não concluiu e duas entrevistadas não possuem curso de pós-graduação, porém demonstram interesse em realizar nos próximos anos. Isto demonstra que as assistentes sociais então preocupadas com a formação continuada e o aprimoramento intelectual expresso no Projeto Ético Político da profissão. Fato este de suma importância para o tratamento das demandas trazidas aos profissionais, que se dará de forma mais qualificada e com melhor análise da



realidade. As especializações se deram em quatro áreas: Saúde da Família, Gestão de Recursos Humanos (RH), Terapia Familiar e Saúde Mental.

Quadro 03: Formação Pós - Graduada:

Cursos de Pós-Graduação	Nº de Assistentes Sociais
Saúde da Família	Duas
Saúde Mental <sup>22</sup>	Uma
Terapia Familiar	Uma
Gestão de Recursos Humanos (RH)	Uma

Fonte: Sistematização da autora a partir de dados levantados na pesquisa

Em relação a estas especializações, podemos levantar alguns pontos relevantes no que diz respeito às titulações das profissionais, visto os locais de trabalho das mesmas. A formação nas áreas de Saúde Mental e Saúde da Família permitem aprofundamento e capacitação a partir de referenciais teórico-metodológicos importantes no campo da saúde. Entretanto, no que diz respeito aos títulos de Terapeuta Familiar e Gestores de RH, esse campo de trabalho têm crescido nos últimos anos, evidenciando assim, a reconfiguração de campos de trabalho do profissional de Serviço Social. No que cerne sobre esses temas, de terapia e RH, eles trazem a profissão questionamentos e conflitos sobre a caracterização da profissão e confusão em identificar o seu objeto de trabalho. IAMAMOTO (2002).

Cabe observar, também que a especialização terapêutica tem se constituído em uma grande polêmica no meio profissional visto que a formação acadêmica não enfoca esta dimensão, questionando-se se este seria um dos objetivos da atuação do profissional de Serviço Social. Iamamoto (2002, p.42) vai dizer que:

A formação terapêutica exige especialização no campo da psicologia e/ ou saúde mental realizada em instituições universitárias ou sociedades científicas, que tem o poder de atestar a capacidade nesse campo, o que foge ao âmbito de competência do ensino graduado e das entidades da categoria do serviço social.

---

<sup>22</sup> A profissional relata não ter concluído, mas acredita-se que vale a pena demonstrar, pois foi mais uma área de interesse das profissionais entrevistadas.

Sobre as experiências em outros campos do Serviço Social, percebeu-se como resposta, uma vasta experiência por parte das assistentes sociais entrevistadas, assim com apresentado no quadro 04.

Percebe-se que as profissionais no início de sua carreira passam por mais de dois locais de trabalho de atuação. Dentre esses locais, 12 deles são de caráter privado ou filantrópico.

Quadro 04: Locais de Trabalho das Assistentes Sociais:

<b>Ano de Formação</b>	<b>Locais que já Trabalhou</b>
1980	- Centro Educacional São Lucas- FUCABEM - Instituto Educacional Feminino- FUCABEM - Centro Educacional Dom Jaime de Barros Câmara - PROCOM
1992	- Centro de Desenvolvimento Profissional - Movimento Social - Ação Social da Paróquia
2003	- Assistência Social da Infância e Juventude
2003	- Centro de Recuperação de Toxicodependente e Alcoólicos (CRETA)
2004	- Sociedade Espírita de Trabalho e Educação
2004	- Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) 12ª região

Fonte: Sistematização da autora a partir de dados levantados na pesquisa

Sobre o atual local de trabalho, buscou-se identificar os elementos abaixo:

Quadro 05: Vínculo empregatício, tempo de trabalho na unidade e carga horária de trabalho.

<b>Identificação<sup>23</sup></b>	<b>Unidade</b>	<b>Tempo de Trabalho Junto a Equipe Multiprofissional de Saúde Mental</b>	<b>Vínculo Empregatício</b>	<b>Carga Horária (Semanais)</b>
AS 01	HCTP	5 anos	Concursada Estatutária	30h
AS 02	CAPSII	13 anos	Concursada Estatutária	30h
AS 03	CAPS II	1 ano	Concursada Estatutária	30h
AS 04	CAPS i	1 ano	Concursada Estatutária	30h
AS 05	CAPS ad	11 meses	Processo Seletivo CLT	30h
AS 06	CAPS ad	9 meses	Processo Seletivo CLT	30h

Fonte: Sistematização da autora a partir de dados levantados na pesquisa

Com o exposto no quadro 05, têm-se três situações a considerar. O primeiro é em relação ao tempo de trabalho das assistentes sociais junto a equipes multiprofissionais de saúde mental do município de Florianópolis. Esse tempo de trabalho nos mostra que em pelo menos há 13 anos, o município conta com a participação de profissional de Serviço Social em trabalho multiprofissional, que será analisado no item “III. IV. Trabalho em Equipe”. O que nos permite afirmar que existe uma trajetória relativamente longa, de atuação do Serviço Social na área de saúde mental, uma vez que a configuração de atendimento neste campo existe há três décadas.

---

<sup>23</sup> Esta classificação se deu conforme o ano de formação acadêmica.

Entretanto, apesar de um profissional em Serviço Social estar inserido em equipe multiprofissional de saúde mental há 13 anos no município de Florianópolis, verifica-se pelos dados acima, que um número significativo de profissionais foi contratado há apenas um ano atrás.

O segundo ponto a ser analisado é a carga horária de trabalho, sendo que 100% das entrevistadas trabalham uma carga horária de seis (06) horas diárias que totaliza trinta (30) horas semanais, seguindo assim o projeto de lei 1890/2007 que dispõe sobre a redução da jornada de trabalho do assistente social para 30 horas mensais, o qual está tramitando no Congresso Nacional.

O terceiro ponto a ser analisado, consiste no vínculo empregatício das assistentes sociais. Todas trabalham em instituições públicas, com duas modalidades de contrato de trabalho: estatutárias e pela CLT, o que implica, igualmente em condições, diferente quanto à estabilidade no trabalho. De fato, a estabilidade pode gerar uma situação de maior comprometimento, conforme manifestaram as entrevistadas, o que não ocorre com os contratos temporários. Nesta situação de trabalho, quando o profissional está compreendendo o trabalho a ser desenvolvido na área da saúde mental e “toma gosto” pela atividade, já esta na hora de ele sair da instituição, pois o contrato é de no máximo dois (02) anos. Netto (1996, p.123) vai dizer que esta forma de vínculo empregatício reduz o *estímulo, a iniciativa pessoal, a autonomia profissional* e as ilusões de um novo estatuto *liberal* para os profissionais CLT's.

Levantou-se ainda, que das seis assistentes sociais entrevistadas, quatro já foram ou desempenham a função de Supervisoras de Campo de Estágio em seu local de trabalho. Uma iniciaria esta atividade no semestre de 2009/2 e uma nunca desenvolveu a função de Supervisora de Estágio. Evidenciou-se na pesquisa, o interesse no processo de formação profissional através da oferta de estágio curricular nos espaços onde trabalham.

E por fim foi levantado que 60% das entrevistadas participaram de alguma atividade da categoria e de organizações da sociedade civil, como os conselhos de direitos, destacando-se: participação no Grupo de Trabalho de Saúde e Comissão de Inscrição do CRESS 12ª Região, participação no Grupo de Encontros das Assistentes Sociais vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Conselho da Criança e Adolescente.

### 3.2 Demandas:

Na seção anterior foi apresentada a inserção do assistente social na área de saúde e saúde mental, e observado que esta se realiza mais intensamente a partir da Constituição de 1988, amparada no capítulo II da Seguridade Social em sua seção II sobre a saúde.

Desta forma, e a partir do conceito ampliado de saúde, ocorre o aumento de demandas a serem respondidas e/ou encaminhadas pelo profissional de Serviço Social, e conseqüentemente na saúde mental. Conforme as entrevistas realizadas, as profissionais não atendem a toda demanda que chega a instituição. Normalmente realizam uma escuta qualificada e encaminham para o profissional responsável por atender a demanda do usuário. Sobre as demandas apresentadas, e que são reencaminhadas aos profissionais da equipe, e/ou a outras instituições, conforme as profissionais entrevistadas destacam-se: pedidos de exames e medicamento, acompanhamento médico a Tuberculose e HIV, encaminhamentos para as audiências, ao CRASS e psicoterapia.

Para a identificação dessas demandas os profissionais da instituição seguem um protocolo de atendimento, tal como descrito a seguir:

[...] Primeiro atendido pelo setor médico que por sua vez passa pelo setor de segurança comunicação que o paciente vai ficar no HCTP o presidiu solicita, depois passa no setor de serviço social agenda um atendimento neste atendimento obter informações sobre a família nome de pai mãe, telefones para contato, nesse dia já telefona para os familiares entrevista, passa para o prontuário, o SS estabeleceu que quinzenalmente eles são chamado para contato telefônico e quando necessário uma visita domiciliar no local onde reside por familiares, conta com o apoio do SS das prefeitura, as pessoas que estão aqui são pessoas com renda muito baixo e não tem condições de vir visitar e tem o contato para que os familiares venham visitar, na hora da alta os CAPS tem muito apoio para garantir a continuidade do tratamento[...] (AS01).

[...] Não formalizado, Acolhimento vê se é caso CAPS se é caso CAPS fica se não for é feito a, depois se for ficar é chamado para a reunião de regional onde é feito o plano terapêutico individual- no plano terapêutico é passado para os demais profissionais e oficinas terapêuticas [...] (AS02).

[...] Sim, quando o usuário chega ele é atendido no acolhimento e em seguida para avaliação inicial onde é feito o projeto terapêutico singular [...] (AS04).

[...] Não formalizado, só informalizado desde o acolhimento até o projeto terapêutico [...] (AS05).

As demandas atendidas pelas instituições que as entrevistadas trabalham, abrangem a população de forma regionalizada, sendo que os CAPS's atendem somente o município de Florianópolis, e o HCTP, todo o estado de Santa Catarina, pois é o único hospital com as características mencionadas na seção I, voltado ao atendimento da população carcerária do estado de SC.

As populações atendidas pelas instituições em que as entrevistadas exercem seu trabalho se diferenciam, conforme as especificidades do seu público. Dentre elas, tem-se, no HCTP o atendimento aos presidiários do estado de Santa Catarina quando já foi realizado o laudo de sanidade mental e comprovado o transtorno mental, o CAPSI atende crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais, o CAPS II atende adultos com transtornos mentais agudos, e o CAPSad atende adultos, crianças, adolescentes, mulheres, homens, jovens e idosos portadores de transtornos mentais decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Diante disso, a população atendida traz demandas das seguintes comunidades, conforme quadro abaixo:

Quadro 06: Comunidades, Cidades mais atendidas, a partir das entrevistas:

Instituições	Comunidades ou Cidades
HCTP	Criciúma, Indaial, Tubarão, Chapecó, Joinville
CAPS II	Regional Centro (Agronômica, Trindade)
CAPS I	Regional Norte (Ingleses, Canavieiras, Jurêre, Rio Vermelho, Santo Antonio de Lisboa, Sambaqui, Vargem Grande, Vargem Pequena, Vargem do Bom Jesus)

CAPS ad	Regional Continente
---------	---------------------

Fonte: Sistematização da autora a partir de dados levantados na pesquisa

Em relação às comunidades atendidas, as profissionais dos CAPS's, de uma forma geral, relatam que apesar de o serviço ser aberto a todo município de Florianópolis, só chegam até a instituição as demandas mais próximas, como se observa no quadro acima com o CAPS II e CAPS ad. A primeira instituição é localizada no bairro Agrônômica e além desta localidade, atende aos usuários do bairro Trindade. O CAPS ad, localizado no bairro Balneário, atende praticamente só a população do continente.

A inserção do Serviço Social na área de saúde mental caminhou fortemente ligada à Previdência Social, como sinalizado na seção II deste trabalho, e evidenciado até hoje. Dentre as várias demandas, para atendimento do Serviço Social, também ocorre à orientação para o acesso aos benefícios previdenciários, conforme depoimentos a seguir:

[...] nas ações interdisciplinares as (...) ações de especificidades de profissionais, no caso do serviço social, é para direito previdenciário. [...] (AS02)

[...] Benefício de Prestação Continuada, previdência todas as formas de auxílio (afastamento do serviço). [...] (AS03)

[...] O que mais atende é encaminhamento para benefícios previdenciários [...] (AS05)

### Segundo Vasconcelos (2007, p.184)

Para os assistentes sociais, as demandas dirigidas à unidade (tratamento de doenças instaladas, medicamentos e demais serviços e/ou recursos materiais necessários) são as mesmas encaminhadas ao Serviço Social, só que, neste caso, ao assistente social é solicitada a intermediação e/ou facilidade no acesso a estes serviços/recursos/ profissionais. Nas unidades de atenção terciária exige-se, ainda, a intermediação na comunicação entre família/ equipe médica e família/paciente. Das demandas dirigidas apenas aos assistentes sociais, destacam-se as "reclamações" (quanto ao funcionamento da unidade e do tratamento oferecido pelos médicos), a educação em saúde (ocultada pelas socializações de 'orientações familiar', informações e orientações a respeito da saúde e da doença, apoio emocional, 'necessidade de atenção', cartase, alívio de tensão, necessidade de convivência com alguém) e solicitações de orientações, informação e encaminhamentos diversos (quanto à

rotina da unidade, serviços e recursos internos e externos a unidade de saúde, os quais incluem orientações previdenciárias, trabalhistas, acesso a benefícios assistenciais – Benefício de Prestação Continuada – e orientação quanto aos direitos sociais).

Observa-se que a ação profissional do assistente social na área da saúde mental não se restringe à orientação sobre questões previdenciárias. Outras demandas são ressaltadas como:

[...] quando o usuário tem necessidade de entendimento de seus direitos, e também quando ele tem outras necessidades de ordem emergencial, de alimentação e transporte. [...] (AS02)

[...] conflitos familiares e entre os usuários, orientação sócio jurídica com os pacientes para exame de sanidade mental para a guarda dos filhos, onde fala-se sobre o risco, articulação com os outros serviços do município e outras secretarias, contato com a rede. Associação dos usuários e assembleia, que o serviço social orienta oficina de familiares, orientações para conseguir vaga na APAE. [...] (AS03)

[...] O que mais atende é parte do benefício, direitos, relação à cidadania para documentos, se precisa pagar, ou que não tem como deixar de pagar, a importância dos documentos, orientação ao adolescente, a partir de que idade ele pode conseguir estagio, orientação de cursos na comunidade. [...] (AS05)

O atendimento do Serviço Social se diferencia dos demais profissionais, segundo as assistentes sociais entrevistadas, de forma unânime através de intervenções diferenciadas, assim como relato a seguir:

[...] Ele se diferencia pelo envolvimento com a família, contatos com a família, receber os familiares, fazer visitas domiciliares. [...] (AS01)

[...] se vê o indivíduo com a família, rede social, portanto quando faço avaliação inicial peço que venham acompanhados de alguém da família para explicar o projeto terapêutico [...]. (AS04)

[...] O serviço Social vai atrás de conhecer toda a questão comunitária, o contexto social através de visita domiciliar e ver tudo o que a comunidade oferece para que não saia da comunidade. [...] (AS05)

Sobre a forma de atendimento da equipe, 100% das entrevistadas, relatam que a demanda que chega à instituição nem sempre é atendida por todos os profissionais, pois depende muito da especificidade do caso.



Entretanto, todos os profissionais tomam conhecimento das situações que chegam à instituição, conforme depoimento abaixo:

[...] O usuário nem sempre é atendido por toda equipe depende da especificidade [...] (AS02).

[...] Toda a equipe sabe de todos os usuários, dependendo das oficinas que os usuários participam os técnicos conhecem mais [...] (AS03).

[...] Todos da equipe fazem acolhimento, a gente segue um acolhimento padrão [...] (AS04)

[...] Segundo dispositivo do Ministério da Saúde a avaliação inicial é feita por qualquer um dos funcionários de nível superior e é marcada uma avaliação inicial, tomando dados pessoais, econômicas, de saúde, uma namineze, depois disso o profissional vai decidir se precisam marcar outras avaliações. O profissional detecta se há necessidade de interferência de outros médicos, e o projeto terapêutico é decidido em reunião de equipe, mas é levado um desenho do que se pensa sobre o caso, e normalmente se faz duas avaliações [...] (AS05).

O outro eixo desta investigação versa sobre o instrumental técnico-operativo utilizado pelos assistentes sociais no atendimento às demandas e junto à equipe multiprofissional.

### 3.3 Instrumental técnico-operativo:

Os instrumentais técnico-operativos são entendidos como ferramentas de trabalho para a prática do profissional de Serviço Social, que se realiza em diferentes espaços ocupacionais e compreendem entrevistas, relatórios, encaminhamentos, visita domiciliar, dentre outros (MIOTO, 2007; SARMENTO, 2005; PRATES, 2003).

Nas entrevistas realizadas, as assistentes sociais indicam os instrumentais técnico-operativos utilizados na prática profissional: entrevista, encaminhamento, escuta qualificada, observação, orientação, visitas domiciliares, telefonemas, relatórios, reuniões, registros, planejamento e atendimentos individuais e coletivos. Entretanto, será dado mais atenção em detalhar alguns instrumentais considerados de suma importância aos

profissionais em qualquer área de atuação, como o planejamento, plano de trabalho, registro e reunião. Veja as perguntas do questionário.

No que se refere ao planejamento para as ações desenvolvidas no campo do trabalho, cinco das profissionais responderam que as ações são planejadas. O planejamento ocorre, segundo elas, nas reuniões de equipe, na organização do serviço em agenda. Apenas uma entrevistada, AS01, relata não possuir um planejamento das ações. Com esse mesmo foco, perguntamos às assistentes sociais se o Serviço Social possuía plano de trabalho. Cinco responderam não possuir plano de trabalho, mas as ações são planejadas de acordo com as atividades a serem realizadas:

[...] Quando vou fazer algum grupo, me planejo, penso sobre o que pode estar sendo levado para a discussão, particularmente pretendo fazer isso, ir atrás de material para ler, conhecer sobre o assunto que vou trabalhar. [...] (AS04)

[...] Não existe plano de trabalho estruturado, o que é planejamento. Quando pensei a oficina política, com que objetivo eu fiz, tem uma ementa, objetivo geral, específicos, qual o caminho que vai traçar, falar sobre a política de saúde no Brasil, qual autores utilizar. [...] (AS06)

Conforme depoimento das assistentes sociais, analisou-se que o planejamento não é visto como um documento orientador das ações profissionais a curto, médio e longo prazo, mas apenas como uma atividade preparatória à demanda ou ação imediata.

O planejamento implica, segundo Mito e Nogueira (2009 p.?), num

[...] sustentáculo para a ação profissional, pois permite projetar a própria ação a partir do conhecimento obtido da realidade, da proposição de objetivos, da escolha de formas de abordagem e de instrumentos operativos, conectados à matriz teórico-metodológico norteados do exercício profissional.

As mesmas autoras ainda indicam que:

[...] ainda que o trabalho em saúde se configure como uma ação coletiva, no plano profissional específica torna-se necessário um direcionamento racional à ação a ser desenvolvida com vistas a contribuir com o processo coletivo de trabalho, identificando seu espaço sócio-ocupacional no interior das equipes. Sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se

submeter a práticas burocráticas, escoradas em um pretensão valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas (MIOTO e NOGUEIRA, 2008, p.287).

No que se refere à existência de planos de trabalho para os profissionais de Serviço Social dentro da equipe, o mesmo só existe em duas instituições de atuação dos profissionais pesquisados. Entre os motivos para a não existência de um plano de trabalho, uma entrevistada indicou que o mesmo se constitui em equipe e não por categorias (AS05).

Em relação à forma que os planos de trabalho são elaborados, temos como resposta os depoimentos a seguir:

[...] Acredito que esse plano de trabalho tem haver com a assistente social Cirene, que tem uma experiência grande com a saúde mental, foi somente com base na experiência da mesma e em reuniões [...] (AS02).

[...] Foi assim ao longo, destes 13 anos que atuo aqui no CAPS II, pensando muito nas ações do Serviço Social na instituição 'tipo CAPS', que é um dispositivo novo, com relação a isso e disciplinas na UFSC, venho pensando em como se pode qualificar as ações, foi uma construção cotidiana, que tem seus parâmetros nas três leis do serviço social e também a demanda do usuário. [...] (AS02).

Questionadas sobre a forma de registro feita nas instituições e pelo Serviço Social, a resposta foi unânime, as mesmas são feitas nos prontuários dos usuários, aos quais todos os profissionais têm acesso e devem descrever neles os atendimentos realizados.

No que concerne ao registro de uso exclusivo da assistente social, constatou-se, de forma unânime, que ele não existe. É relatado pelas profissionais que isso não acontece pelo fato de estarem em uma equipe multiprofissional. Ao perguntar se não entendiam a utilização desse instrumento como importante para a prática profissional, e para os profissionais futuros relatam:

[...] Gostaria de fazer diário de campo, mais não dá tempo, até o relato do prontuário é muito sucinta, vê a necessidade, mas não consegue tempo para fazer uma anotação. [...] (AS02)

[...] Acho que seria interessante, mas o problema seria ter mais um registro para, porque a demanda do serviço é muita. [...] (AS04)

[...] Faço anotações particulares, mas nada para ficar na instituição. Acredito que a atuação dos assistentes sociais através dos prontuários esta já registrada, através dos encaminhamentos, e atendimento suas observações. [...] (AS05)

Quanto aos relatórios, aparecem como mais um instrumental utilizado pelas profissionais. Entretanto, das seis assistentes sociais entrevistadas, duas delas, não utilizam este instrumento (AS03 e AS06). Uma das entrevistadas declara que faz relatórios, mas não com frequência (AS02), e quando faz é para atender ao pedido de alguma instituição em que o usuário está sendo atendido. As demais fazem periodicamente relatórios com os objetivos relatados a seguir:

[...] Relatório de vida hospitalar para anexar ao lado da cassação de periculosidade, feitos por todos da equipe. Relatório de visitas Domiciliares e estudo social por solicitação do juiz. [...] (AS01)

[...] Atendo adolescente que chega a instituição por envolvimento com droga e esta cumprindo determinação do juiz, e por isso frequentemente tem que fazer relatório para responder o juizado. [...] (AS02)

[...] Relatório para juizado, promotoria, para dar resposta a encaminhamentos que eles deram, e retorno sobre a evolução do paciente, como está, se está vindo ou não, se a família adere ou não ao tratamento. [...] (AS05)

No que diz respeito às visitas domiciliares, às profissionais que realizam dizem fazer para:

[...] conhecer s familiares dos pacientes e, já, para verificar a possibilidade do retorno do paciente ao convívio familiar, já teve casos de a família ter que vender o local de moradia para ir a outro local porque a comunidade não o aceitava mais, e é feito anotação no prontuário, e feito o relatório da visita [...].(AS01)

[...] Quando necessário, quando o usuário não vem, para conhecer a realidade dele, ou quando esta em surto, e é feito com outro técnico [...](AS03)

[...] Sim. Tem um modelo de entrevista que fez, é uma fomra de elencar os pontos. Para avaliar a rede social da pessoa. E outra forma de aderir o tratamento. Às vezes por questão judiciária, quando tem filho em abrigo [...].(AS04)

[...] Conhecer a realidade social, trabalhar o vinculo familiar, verificar as dificuldades e potencialidade da comunidade [...].(AS05)

Após apresentar os instrumentais técnico-operativos utilizados pelas assistentes sociais entrevistadas, parte-se para o trabalho em equipe em que as mesmas estão inseridas, na intenção de analisar a importância do profissional de Serviço Social dentro da equipe multiprofissional de saúde mental.

### 3.4 Trabalho em Equipe:

O trabalho em equipe é uma realidade cada vez mais presente para o profissional do Serviço Social, verificando-se o mesmo com outras áreas que vem se inserindo no campo da saúde. Tudo isso, para viabilizar o atendimento integral aos usuários do serviço de saúde, principalmente do SUS. Dessa forma, as instituições vêm compondo seu quadro de profissionais na saúde conforme as exigências e necessidades das mesmas. Seguindo essa lógica, no quadro a seguir indicam-se as instituições em que as assistentes sociais atuam e a respectiva composição da equipe.

Quadro 07: Composição da equipe multiprofissional:

Instituições	Equipe
CAPS I	1 Assistente Social, 4 psicólogos, 2 enfermeiros, 3 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 1 vigia, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 estagiário de psicologia
CAPS II	2 Assistentes Sociais, 4 psicólogos, 1 enfermeiro, 2 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 1 vigia, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 estagiário de serviço social

CAPS ad	2 Assistentes Sociais, 4 psicólogos, 4 enfermeiros, 3 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares administrativos, 1 vigia, 1 auxiliar de serviços gerias, 8 na equipe de redução de danos, 2 estagiário de serviço social, 1 estagiário de fonodiologia
HCTP	3 Assistentes Sociais, 2 psicólogos, 2 enfermeiros, 12 médicos psiquiatras, 2 técnicos de enfermagem, 1 professor de educação de educação física, 2 dentistas, agente que cuida da segurança prisional, 2 estagiários de serviço social

Fonte: Sistematização da autora a partir de dados levantados na pesquisa

No que se refere às funções privativas do Serviço Social dentro das equipes multiprofissionais, destacam-se: Parecer e laudo social, articulação com projetos de residência terapêutica, reunião com o secretário de segurança, orientação para o pedido do BPC, educação em saúde, avaliação social, orientação para acesso aos direitos de cidadania.

O trabalho em equipe tem como objetivo o desenvolvimento de ações de forma integrada e com objetivos comuns, superar as ações fragmentadas, buscando uma visão global da realidade e das situações sociais. Envolve um processo dinâmico entre seus membros e as atividades vão além da simples comunicação e diálogo (NOGUEIRA, 1997, p.41- 43).

A interdisciplinaridade impõe, necessariamente, o estabelecimento de vínculos de interrogação no processo de trabalho [...] Assim, interdisciplinaridade é mais do que a simples comunicação, podendo ser vislumbrado quando a comunicação ou dialogo sobre e entre saberes e práticas gera uma integração mutua, constituindo novos

saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema concreto.

A necessidade de comunicação e de dinâmica deve ser mantida pela equipe a fim de uma melhor resolubilidade do trabalho desenvolvido, conforme se evidencia nas falas das entrevistadas:

[...] Na reunião semanal de um turno, é aberta a comunicação, além da supervisão que esta acontecendo, permite um espaço entre os profissionais. [...](AS02)

[...] A equipe se dá bem, bem comprometida, discute bastante os casos, sempre tem opiniões controversas mais se chega a um acordo. Quando se precisa de um atendimento de um dos profissionais é tranquila. [...] (AS03)

[...] A dinâmica multiprofissional. Tento trabalhar em conjunto. É difícil falar sobre as especificidades, pela posição e dinâmica com cada profissional. Cada profissional tem uma maneira de ver a Saúde Mental. Com alguns o diálogo é mais fácil que com outros. [...] (AS04)

[...] A proposta do Ministério é trabalhar bem a equipe, na troca de conhecimento, que tem a parte rica de ver a pessoa como um ser total, se tem uma troca de atendimento de todas as visões. Só que ao mesmo tempo essa união, coletividade, tem conflitos, opiniões diferentes de bater de frente, confrontar, pois cada um vai para o lado de sua profissão. Quando o serviço social vê necessidade de verificar a família se ela esta disposta a aderir o tratamento, o serviço social vai conversar com o profissional marcando uma nova avaliação. [...] (AS05)

[...] Eu tive dificuldade no inicio. Achou um trabalho solitário. Perguntava aos outros profissionais sobre alguns casos e não via um retorno. Chegou um dia, um profissional veio com um livro para eu ler, e disse que já tinha lido e que algumas teorias não cabiam na prática, que era preciso partilhar os casos. [...] (AS06)

Neste mesmo sentido, sobre as atividades desenvolvidas em equipe, 100% das assistentes sociais afirmam que o momento de reflexão da prática profissional ocorre nas reuniões e na supervisão que acontecem mensalmente no HCTP e semanalmente nos CAPS. Nessas reuniões, segundo as entrevistadas, as reflexões ocorrem a partir de pautas construídas, onde são discutidos casos de pacientes e também a organização administrativa. Numa única instituição ocorre reuniões específicas do serviço social, quinzenalmente.

Segundo Nogueira (1997, p.42), normalmente ocorre

[...] choque entre o arcabouço institucional e a autonomia relativa dos integrantes da equipe devido a necessidade de horizontalização dos seus saberes e das suas práticas. Contabilizar essas duas ordens de requisição é ainda mais difícil devido a predominância histórica do saber médico, que tem encaminhado tradicionalmente o processo de cura. Os aportes de outras disciplinas, que simbolicamente e de fato rompem com a hegemonia do saber médico, são difíceis de serem incorporados no interior da equipe.

Sobre este aspecto, perguntou-se às assistentes sociais sobre a aceitação das mesmas dentro da equipe. 90% responderam não haver preconceito por parte de nenhum membro da equipe. No entanto, alguns depoimentos revelam ainda existir restrições quanto à compreensão do fazer profissional dos assistentes sociais, conforme se observa a seguir:

[...] Acho que não tem, porque muitas vezes o Serviço social se impõe. [...] (AS02).

[...] Não se tem bem claro o que é o Serviço Social dentro da saúde mental, até pelo número de profissionais dentro da secretaria municipal de Florianópolis, que é pequeno, não chega a 15. [...] (AS03).

[...] Como o Serviço Social começou como caridade, que alguns profissionais vêem o Serviço Social como um profissional assistencialista. [...] (AS04).

Entretanto, uma assistente social relatou que existe preconceito em relação ao serviço social no ambiente de trabalho, conforme depoimento abaixo:

[...] Por isso que eu digo sempre que todas assistentes sociais, são todas burras não sabem escrever" [...] (AS06).

Ao serem indagadas sobre a importância do profissional de Serviço Social na equipe multiprofissional de Saúde Mental, destaca-se a relevância e a necessidade do trabalho dos assistentes sociais neste campo e no processo de recuperação dos usuários. Essa relevância é atribuída a vários aspectos, dentre eles: a dimensão política da profissão, orientações para acesso aos direitos, benefícios, reinserção social na sociedade, mercado de trabalho (AS03); por pensar na rede social de apoio à pessoa, na qualificação da família



(AS04); por ter um olhar diferenciado, visualização do quanto a integralidade é importante para o processo saúde doença, sem precisar, muitas vezes, de remédio, pois trata-se de atendimento à necessidades básicas, como alimentação, problemas financeiros ou outras relativas ao acesso a serviços públicos, desemprego, etc. (AS05); e pelo fato de os profissionais da equipe procurar os assistentes sociais muitas vezes para dialogar sobre os casos (AS06).

Outra questão de pesquisa abordou a supervisão da equipe. Esta acontece nos CAPS e teve início este ano (2009). Um dos principais pontos abordados, segundo as entrevistadas se refere às relações de trabalho entre os membros da equipe. Essa supervisão acontece quinzenalmente, por um período de duas horas, com acompanhamento de uma psicóloga da UFSC, prevista até 2010.

Ao serem perguntadas sobre algum tipo de capacitação para os profissionais de saúde mental quando ingressam no trabalho, somente a AS06 relata existir, e que ocorreu depois de algum tempo na unidade de trabalho. A assistente social relata que pelo fato de atenderem a população que faz uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, a prefeitura de Florianópolis disponibilizou um curso de Tabagismo de duração de três dias, para que atendessem melhor essa demanda que chega a instituição.

### 3.5 Aportes Teórico- Metodológicos e Ético-político

Todo o aporte teórico-metodológico, assim como os instrumentais técnico-operativos do Serviço Social, são permeados por princípios e valores que integram o Projeto Ético Político da profissão. Nele se defende a realização de ações humanas orientadas para a construção de uma nova ordem societária, sem dominação e exploração a classes, etnia e gênero, de compromisso com a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, ou seja, um projeto democrático de liberdade e direitos. Como transcreve Mioto (2007, p.14 apud lamamoto 1999, p.28-78).

O projeto profissional de caráter ético-político se encontra comprometido com a cidadania, pois prima pela defesa dos direitos na sua totalidade, pela sua emancipação legal e pela sua consolidação material onde os indivíduos sociais passam a ser 'reconhecidos como sujeitos de valores, de interesse, de demandas, legítimas, passíveis de serem negociadas e ancoradas.

Em consonância ao que Mito (2007) afirma, as assistentes sociais identificam que em muitos momentos de sua prática se busca assegurar os princípios e valores defendidos pela categoria no projeto ético-político profissional.

[...] No que diz respeito a cidadania, ele vai buscar o direito de documentações, receber benefícios, respeitando o usuário como ser humano, respeitando como um paciente de transtorno mental, pois existe discriminação por parte de alguns profissionais, pelo delito que ele cometeu, reivindicando seus direitos, leva para atendimento odontológico fora e atendimento médico. [...] (AS01)

[...] Os usuários do CAPS são aqueles que em alguns momentos de suas vidas, foi tirado sua liberdade porque foram internados. São tirados dos direitos básicos, é usuário que em muito tempo foi excluído de seus direitos, uma grande função do serviço social, é junto com a equipe proporcionar ao usuário um projeto de vida, pautando em questões de liberdade, autonomia, cidadania, participação na sociedade de alguma forma que esse usuário possa ter conhecimento de seus direitos, e aí se tem uma vantagem na lei de saúde mental, que o ministério da saúde deu grande contribuição, visando a autonomia, que ele mesmo possa ser sujeito político, sujeito da sua vida. A efetivação desses princípios está nas oficinas, nas assembléias, nas oficinas de familiares, na construção da autonomia do usuário nas diversas ações que ele participa. [...] (AS02)

[...] Tenta fazer dentro do CAPS, mostrar que ele tem direito e deveres. Participação da associação, do Projeto de geração de renda, orientar no que diz respeito ao direito previdenciário, e para fazer suas documentações, nesses momentos mostramos que eles são sujeitos de suas ações. [...] (AS04)

[...] Na prática quando você está com a família, por exemplo, tem que cuidar para não ter o cerceamento, e julgamento, contribuir para o auxílio, a forma de trabalhar, respeitando as diferenças, cada contexto que cada família vive, sem abusar do que as coisas que você acha correto, do que a mídia passa dos valores, e faz o link com a postura. Tem que se mostrar junto e não distante sem ter que falar o que a família deve fazer, não se pode ir ditando regras, e sim caminhar junto, não se deve usar o certo e o errado, e sim trabalhar o que dá resultado para a família. Questão do autoritarismo, trabalhar a defesa do intransigente do direito, mostrar os direitos, que ela pode voltar para a escola se profissionalizar, o respeito aos outros profissionais. E não ser conivente com alguma forma de autoritarismo, intervindo quando existir, mostrando as possibilidades de o porque que as coisas estão acontecendo e mostrar para os

usuários seus deveres. A questão da associação é trabalhar a economia, e precisam orientação que é dada, mostrar que eles podem, que o portador de transtorno mentais pode trabalhar a autonomia. Se trabalha com a inclusão quando a deficiência é leve, porque as moderadas e complexas tem que ser trabalhadas numa instituição mais específica, trabalham com o núcleo Desenvolver do Hospital Universitário (HU) e APAI. [...] (AS05)

Quanto às bibliografias mais utilizadas pelas assistentes sociais entrevistadas, obtivemos as seguintes indicações: Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.080, Lei 8.142, Código de Ética, Lei Orgânica da Assistência Social, Sistema Único de Assistência Social, Política Nacional de Assistência, e autores que escrevem na área da saúde e também do Serviço Social como: Eduardo Mourão Vasconcelos, Ana Maria Vasconcelos, Paulo Amarante, Ana Marta Lubosque, Daniel Golemn, Othon Bastos, W.R. Bion, Regina Miotto, Wagner Gastão, José Paulo Netto, Miriam Veras Baptista, Paulo Delgado, Franco Roteli, Eugenio Bilasa, Marilda Villela Yamamoto Carmelita Yasbeck, Alex Gofman.

Estas indicações evidenciam a preocupação dos profissionais na busca de atualização e leituras do que é produzido nessa área. No entanto, seria importante aprofundar, em pesquisas futuras, de que forma estes conhecimentos são utilizados ou que categorias teóricas são mais recorrentes na fundamentação da prática profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste Trabalho de Conclusão de Curso permitiu apresentar algumas considerações aproximativas, considerando os objetivos propostos inicialmente e a pesquisa realizada.

Em relação à saúde mental, verifica-se que ao longo das últimas décadas houve um avanço significativo na ampliação das ações públicas nesta área, com maior participação do Estado e movimentação da sociedade civil na defesa da saúde enquanto direito, conforme afirmado na Carta de 1988.

Nas diferentes conjunturas, verificou-se como ocorreu a inserção do Serviço Social neste campo, bem como as alterações nas ações profissionais decorrentes do próprio movimento teórico-metodológico. As ações na área da saúde recebem um caráter mais crítico no momento em que também o Serviço Social vive o processo de ruptura com o chamado período de modernização conservadora.

A afirmação dos princípios da universalidade, integralidade, conforme preconizados pela legislação, passaram a ser incorporados pela profissão.

O marco legal que determina a atuação de equipe multiprofissional na área da Saúde Mental foi a partir da Reforma Psiquiátrica e, desde então o Serviço Social amplia as ações profissionais com o objetivo de reinserir a pessoa com transtorno mental na sociedade.

No município de Florianópolis a atuação do Serviço Social em equipes multiprofissionais ocorre nas seguintes instituições, CAPS em suas três modalidades (adulto, infantil, e para álcool e outras drogas). A pesquisa realizada com os Assistentes Sociais permitiu conhecer como se desenvolve a ação profissional nestes espaços, através de vários elementos. Em relação às demandas apresentadas pelos usuários, as mais recorrentes se referem às questões previdenciárias, aparecendo o auxílio doença em maior número, e para orientações sócio-educativas, onde se enfoca os direitos sociais, a família e o trabalho. O profissional de Serviço Social direciona seu atendimento na análise do contexto social, os vínculos familiares e de trabalho que o usuário possui, bem como a articulação com a rede de serviços disponíveis no

município e no estado, intermediando essas relações e socializando informações ao usuário.

No que se refere aos instrumentos de trabalho presentes na ação profissional das assistentes sociais a pesquisa revela que estes não diferem de outros espaços sócio-ocupacionais como: entrevista, encaminhamento, escuta qualificada, observação, orientação, visitas domiciliares, relatórios, reuniões, registros e planejamento. Aqui se identificou que o plano de trabalho é pouco utilizado pelo Serviço Social, o que pode fragilizar as ações e criar entraves à continuidade e sistematização das mesmas ou até mesmo subalternizar a profissão em relação a outras especialidades da equipe. O registro das atividades aparece, no entanto, como um instrumento bastante utilizado, feito em prontuário de acesso a todos os profissionais. As visitas domiciliares são entendidas pelas assistentes sociais como um instrumental onde se pode ter maior aproximação com a realidade social vivida pelo usuário dos serviços.

No que se refere à importância do profissional de Serviço Social dentro da equipe multiprofissional na área de saúde mental, é identificado que em 75% das instituições possui mais de uma profissional, ou seja, em seu quadro de funcionários, em três das quatro instituições onde foram feitas entrevistas com assistentes sociais, têm no mínimo duas assistentes sociais.

Sua importância consiste em o profissional ter em sua formação uma dimensão política para atuação, bem como, por ser ela a profissão responsável em socializar direitos, fazer mediações, no caso com a família e local de trabalho, e pensar o usuário no contexto social mais amplo.

A pesquisa revela que apesar de o profissional ser entendido como importante, ainda persistem preconceitos e identificação da profissão por realizar ações assistencialistas. Neste sentido, acredita-se que o profissional de Serviço Social pode estar sendo identificado dessa forma por várias razões: a primeira é pelo próprio surgimento da profissão; a segunda pelas relações de poder e saber nas equipes sendo o Serviço Social considerado uma profissão de menor importância; a ausência de maior visibilidade da ação profissional através do planejamento das ações pautadas por um arcabouço teórico objetivadas e justificadas, o que facilitaria o entendimento dos demais profissionais da equipe no que concerne sobre a especificidade do Serviço

Social na equipe multiprofissional; e a ainda, o posicionamento das assistentes sociais perante a equipe.

Outro ponto a ser mencionado, refere-se ao processo de capacitação continuada. Verifica-se que nenhuma das profissionais possui especialização na área de saúde mental. o que poderia resultar numa ação profissional mais efetiva em relação ao usuário e à própria equipe. Entende-se a capacitação:

[...] um meio de estratégia que permitam o assistente social o aumento do seu poder específico no nível organizacional, podendo negociar melhor suas propostas e colocando-o em melhores situações dentro da organização, mediante a participação das atividades de análises teóricas, definição da política organizacional, de planejamento social e de avaliação dos serviços prestados pela organização (MONTAÑO, 1997, P. 119-120)

Em relação aos aspectos teórico-metodológicos e ético-político, as assistentes sociais revelam estar preocupadas em atuar de forma a seguir o que preconiza o código de ética e a lei que regulamenta a profissão, que são permeados pelos princípios do projeto ético político da profissão. Utilizando para tanto, referências bibliográficas da saúde e da área da saúde mental, bem como todas as legislações existentes que amparam as políticas públicas da área pesquisada, assim como autores do serviço social que falam sobre prática profissional, dessa forma subsidiando as ações profissionais das assistentes sociais. É identificado a partir das entrevistas que a defesa do direito se dá através de orientações, encaminhamentos, e esclarecimento sobre o tratamento; a autonomia dos sujeitos é identificada a partir das assembleias e mobilização da “Associação dos usuários dos serviços de saúde mental”, que é onde eles se posicionam e tomam à frente das decisões e organizações analisam-se com um início para a emancipação do sujeito.

## REFERÊNCIAS:

AFLEN, M. Serviço Social na Saúde Mental: Trajetória Histórica e Produção de Conhecimento. Florianópolis: **Trabalho de Conclusão de Curso** em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. et al, Orgs. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

----- Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AROUCA, A. S. da S. Democracia é Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de Documentos do Ministério da Saúde, 1987.

BISNETO, J. A.. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática. São Paulo (SP): Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

----- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

----- Lei nº 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.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretária De Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas de Estratégia 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.

----- Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

----- Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

----- Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992.

----- Portaria nº 145 de 25 de agosto de 1994.

----- Portaria nº 251 de 31 de janeiro de 2002.

----- Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

----- Portaria nº 268 de 17 de Setembro de 2003.

BRAVO, M.I. e MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. ET AL., Orgs. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. (p.25 - 47)

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E.et al, Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez/ OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2008. (p.88- 110)

BRAVO, M. I. S.e MATOS, M. C. de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos Para o Debate. In: MOTA, A.E. et al, Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez/ OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2008. (p.197- 217)



CASTAMANN, D. As Reformas no Brasil. In: SIMIONATO, I. e NOGUEIRA, V. M. R. et al, Orgs. Dilemas do Mercosul: Reformas do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social. Florianópolis: Lagoa, 2004. (p.104- 111)

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do e EDELER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. S. ET al, Org. Saúde e democracia, história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (p.59-81)

Estado de Santa Catarina. Secretária do Estado da Saúde. Secretária de Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário. Maio, 2004.

FLEURY, S. Reforma Sanitária: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2009.

HELLMANN, R. B. A inserção do Assistente Social na Política de Saúde. In: Ação profissional do assistente social e o acesso de usuários não residentes no Brasil aos serviços públicos de saúde na fronteira. Florianópolis: **Dissertação de Mestrado** em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. (p. 27 - 43)

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaço ocupacional e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. In: CEFES, As atribuições privativas do(a) assistente social: em questão Brasília: CEES, 2002

Jorge, M. A. S. A Constituição do Saber Psiquiátrico. In: Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção em saúde mental. Rio de Janeiro: **Dissertação de Mestrado** da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 1997.

KÜGER, T. R. O Caminho até o SUS. In: Os fundamentos ideó - políticos das Conferências Nacionais de Saúde. Recife: **Tese de Doutorado** em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/> Acesso em 12/11/2009.

MIOTO, R.C.T. Serviço Social e Ações profissionais: proposições de um processo investigativo. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2006 –; Porto Alegre: PUCRS – Palestra Proferida em 30/05/2007.

MIOTO, R.C.T. e NOGUEIRA, V.M.R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. Florianópolis, 2009.

MONTAÑO, C.E. O Serviço Social Frente ao Neoliberalismo: Mudanças na sua base de sustentação funcional- ocupacional. In: Serviço Social e Sociedade, nº 53. São Paulo Cortez, 1997. (p.102-125)

------. Sistema, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A.E. et al, Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez/ OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. (p. 273 – 303)

NETTO, J. P. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NOGUEIRA, V.M.R. A importância da equipe interdisciplinas no tratamento de qualidade na área da saúde. In: Revista katálisis, nº1, Florianópolis: UFSC, 1997. (p. 40-48)

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde, conceito e tipologia. In: Revista saúde pública, São Paulo, 2001.

PELIZZARO, I. e CARDOSO, V. R. In: SIMIONATO, I. e NOGUEIRA, V. M. R. et al, Orgs. Dilemas do Mercosul: Reformas do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social. Florianópolis: Lagoa, 2004. (p.126 – 137)

PRATES, J. C. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialética crítica de inspiração marxiana. Revista Virtual textos e contextos, nº2, dez. 2003.

ROSA, L. C. dos S. e FEITOSA, L. G. G. C. Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios. In: Revista Sociedade em Debate. Pelotas: 2008. (p.135-152)

SANTOS, N. A. G. Do hospício a comunidade: políticas públicas de saúde mental. **Dissertação de Mestrado** - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 1992.

SCALZAVARA, F. Reforma Psiquiátrica. In: A Operacionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira – um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis. Florianópolis: **Dissertação de Mestrado** em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

LISBOA, T. K. (2001). Diretrizes de estágio curricular. Curso de Serviço Social. DSS/CSE/UFSC.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Documento do Histórico do Curso de Serviço Social da UFSC. Disponível em: [www.servicosocial.ufsc.br](http://www.servicosocial.ufsc.br)  
Acesso em 15/11/2009.

VASCONCELOS, E. M.. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M, de. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

## ANEXOS

### Questionário de Perguntas as Assistentes Sociais de Saúde Mental do Município de Florianópolis

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Local: CAPS i (  )  
CAPS II (  )  
CAPS ad (  )  
HCTP (  )

Perfil Profissional:

1. Sexo: Feminino (  ) Masculino (  )
2. Formação Profissional: Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_
3. Capacitação específica na área: Sim (  ) Não (  ). Se a resposta for afirmativa, em que nível: residência (  ) especialização (  ) mestrado (  ) doutorado (  )
4. Experiência de atuação profissional em outra área? Quais? Sindicalizado: (  ) Saúde; (  ) SINTRASEM; SINTES (  ); Outros (  ) qual(is)? \_\_\_\_\_
5. Forma de admissão: Concursado (  ) Aproveitamento (  ) Desvio de função (  ) Outros (  ), Quais? \_\_\_\_\_
6. Quanto tempo esta trabalhando nesta instituição? \_\_\_\_\_
7. Vínculo Empregatício: CLT (  ) Estatutário (  ) Terceirizado (  )
8. Carga horária de semanal: \_\_\_\_\_ Carga horária diária: \_\_\_\_\_
9. Você Já participou da direção de algum órgão da categoria? Se resposta afirmativa, qual(is), em que cargo? \_\_\_\_\_
10. Já atuou como supervisora de campo para estagiários do Serviço Social? Sim (  ) Não (  )

Demandas:

1. A unidade atende demanda regionalizada assim como preconiza o município de Florianópolis? Sim ( ) Não ( ).
2. Existe um protocolo de atendimento? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa descreva o mesmo.
3. As instituições de Saúde Mental têm seu público bem definido no campo da saúde, entretanto é sabido que entre os CAPS as demandas são atendidas conforme o tipo de transtorno mental apresentado. Diante disto quais as demandas que chegam à instituição?
4. Chegam juntamente com a demanda institucional dos usuários, outras demandas que são observadas de imediato e/ou ao longo do tratamento na instituição. Destas quais o Serviço social é incumbido de atender?(orientação previdenciária, cursos, encaminhamentos para outras unidade de saúde, acompanhamento de pacientes que estão cumprindo alguma determinação de juiz, etc.)
5. O Serviço Social atende a todas os tipos de demanda que chega na instituição? Sim ( ) Não( ). Se for negativa, quais as demandas que o Serviço Social é apto a tender? E as que não atende e por qual motivo?
6. Quais as características destas demandas? (Quem frequenta a unidade; idosos, crianças, adolescentes, mulheres, homens, em que proporção?
7. De quais comunidades são os usuários que a instituição atende? Seria qual a procedência?
8. De que forma a demanda é atendida pela equipe multiprofissional? E de que forma o Serviço Social se diferencia dos demais atendimentos para com essa demanda?
9. A área física e de profissionais da instituição é suficiente para atender as demandas? Sim ( ) Não ( ).
10. Quais são as principais demandas para o Serviço Social por parte dos demais profissionais da equipe? Não está clara

11. Quais os serviços e programas que a instituição oferece para atender seus usuários?

Instrumentos técnico-operativos:

1. Como é feito o conhecimento da demanda atendida no CAPS?
2. a) Existe planejamento para as ações desenvolvidas no seu campo de trabalho. Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa como o mesmo ocorre?  
b) O Serviço Social planeja suas ações? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa, de que forma se dá o planejamento?  
c) O Serviço Social tem um plano de trabalho? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa, esse plano de trabalho foi construído com base em que dados? Se a resposta for negativa, o movimento do Serviço Social é definido por quem dentro da instituição?
3. Em relação aos instrumentais técnicos - operativos Existe na instituição alguma forma de registro? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa, de que forma se dá? Para que se utilizam esses registros? O tipo de registro auxilia para um atendimento qualitativo aos usuários?
4. O Serviço Social utiliza alguma forma de registro específico para os profissionais da respectiva área? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa, qual o objetivo desse registro? (qual o nome dado ao mesmo -Diário de Campo, Estudo Social...); seu acesso é disponibilizado a todos os profissionais da instituição ?
5. O Serviço Social tem que fazer relatórios com alguma periodicidade? Sim ( ) Não ( ) . Se a resposta for afirmativa, qual o objetivo do mesmo, para que finalidade?

6. O Serviço Social faz visitas domiciliares? Sim ( ) Não ( ). Se for afirmativa, com qual objetivo elas se dão? Existe algum tipo de entrevista a ser seguido neste momento?
7. Os atendimentos do Serviço Social se dão de forma individual, coletiva, ou das duas formas? Esses atendimentos acontecem só com a presença dos Assistentes Sociais ou também podem acontecer com profissionais de outras áreas?
8. Sabe-se que o CAPS tem um sistema ambulatorial que foi criado para atender de forma integral o usuário bem como vem com a proposta de reinserção do paciente portadores de transtorno mental na sociedade. Para isso conta-se com o apoio da comunidade através das redes estabelecidas e a família. Como é estabelecida a relação da família do usuário com a instituição em que você está inserido? Existe entrevista familiar? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa essa entrevista é orientada a partir de que instrumento de trabalho? Há encaminhamentos para a rede sócio-assistencial?

#### Trabalho em equipe:

1. Quais e quantos profissionais de cada área têm na equipe da instituição?
2. Como é a dinâmica do trabalho entre os profissionais da equipe da instituição?
3. Todos os usuários são atendidos por todos os profissionais da instituição dentro da especificidade de cada uma da equipe? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa, como se dá o trabalho?
4. Você observa algum tipo de preconceito com o profissional de Serviço Social em relação a equipe? Sim ( ) Não ( ). Em caso de resposta afirmativa, de que forma ele se dá? E Você associa a que?
5. Qual a importância que você observa que o profissional de Serviço Social tem dentro da equipe multiprofissional de Saúde Mental?

6. Existe algum tipo de supervisão da equipe? Sim ( ) Não ( ). Resposta afirmativa, qual? Em que frequência? O que é e como é trabalhado? Existe um tempo de estudo e reflexão reservado para os profissionais das respectivas áreas?
7. Existe algum tipo de capacitação para os profissionais de Saúde Mental no Município? Sim ( ) Não ( ). Em caso de resposta afirmativa, acontece com que frequência?
8. A equipe realiza periodicamente reflexões sobre suas ações? Sim ( ) Não ( ). Se resposta for afirmativa, com que frequência?
9. A equipe faz reuniões periódicas? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa, com que frequência ela acontece? Como se da essa reunião? O que é discutido nela? Dê que forma os profissionais contribuem com suas especificidades?

Ação profissional – abordagem teórico-metodológica e ético-política:

Projeto Ético Político é um projeto societário, ou seja, pe um projeto que visa ações humanas orientadas por objetivos, metas e fins com propósito de apresentar uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-los e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-los. Neste sentido o Projeto Ético político do Serviço Social tem como pressuposto a construção de uma nova ordem social, sem dominação e exploração a classe, etnia e gênero, de compromisso com a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, ou seja, um projeto democrático de liberdade e direito. Essa perspectiva se encontra no Código de Ética, na Lei que Regulamenta a profissão e nas diretrizes curriculares do curso de Serviço Social.

1. No Código de Ética dos Assistentes Sociais tem-se como princípios fundamentais:
  - Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;



- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Usando como referência o que acima foi transcrito do Código de Ética do profissional de Serviço Social, na instituição em que você está inserido é possível articular a ação profissional com os princípios do Código de Ética? Sim ( ) Não ( ). Se a resposta for afirmativa, como você observa a efetivação desses princípios em sua prática profissional na instituição?

Como é possível identificar a defesa a cidadania, ao direito e acesso a saúde, autonomia, emancipação entre outros?

2. Na lei nº8.662/1993, que regulamenta a profissão, e é onde dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dão outras providencias, em seu artigo 4º e 5º discorre-se sobre a competência e atribuições privativas do profissional de Serviço Social, respectivamente. No que diz respeito às ações de competência
3. Quais os conhecimentos ou referências teóricas que utiliza do SS ou da área da saúde?

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar da pesquisa "Prática Profissional: A ação profissional do Serviço Social junto a Equipe Multiprofissional de Saúde Mental do Município de Florianópolis". A escolha dos entrevistados se deu pelo fato de os mesmos fazerem parte do universo das assistentes sociais do município de Florianópolis que atua junto a equipes multiprofissionais de saúde mental, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a atuação dos profissionais de serviço social junto a equipe multiprofissional de saúde mental do Município de Florianópolis.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário que tem com objetivo pesquisar dados referentes às demandas que são atendidas pelo serviço social e de que forma esse atendimento se efetiva; investigar quais instrumentos de trabalho o assistente social utiliza, e em que circunstancias se realiza; relacionar a atuação observada com o código de ética de serviço social, projeto ético - político do serviço social e a lei que

regulamenta a profissão e refletir sobre a importância da profissão dentro de equipe multiprofissional em saúde mental.

Ao propor a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimento e saberes sobre a ação profissional do assistente social junto a equipes multiprofissionais de saúde mental.

As informações obtidas através desta pesquisa serão utilizadas para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso e através deste é que serão veiculadas. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da professora orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

-----

Jamila Ana de

Souza

Rua: Ilha Três Irmãs, 136 – Vargem do Bom Jesus – Florianópolis/SC

Fone: 048- 99659743

Professora Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso – Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivete Simionatto

Departamento de Serviço Social

Fone: 3331-9540

Certa de sua colaboração agradece sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as  
respectivas proposições contidas neste termo.

---

Assinatura do entrevistado.