



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

LILIANE MARCELINO ALMEIDA

O PROCESSO DE TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Contribuições e Desafios ao Projeto Profissional a partir do CAPS III em Campos dos Goytacazes.



CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ
JULHO/2017

LILIANE MARCELINO ALMEIDA

O PROCESSO DE TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Contribuições e desafios ao projeto profissional a partir do CAPS III em Campos dos Goytacazes.

Trabalho Final de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes, do Instituto de Ciência da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a M^a. LILIANE CARDOSO D'ALMEIDA

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ
2017

LILIANE MARCELINO ALMEIDA

O PROCESSO DE TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Contribuições e desafios ao projeto profissional a partir do CAPS III em Campos dos Goytacazes.

Trabalho Final de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes, do Instituto de Ciência da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 26 de Julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a M.^a LILIANE CARDOSO D'ALMEIDA (Orientadora)
UFF - Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a LEDA REGINA DE BARROS SILVA
UFF - Universidade Federal Fluminense

Prof.^a M.^a MIRIAN DE FREITAS DA SILVA
UFF - Universidade Federal Fluminense

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
2017

Dedico este trabalho a Deus, Pois sem Ele a frente da minha vida jamais poderia alcançar essa vitória. Dedico também a todos os profissionais e pacientes do CAPS III, visto que são personagens indispensáveis nesse trabalho.

AGRADECIMENTOS

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

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

A minha orientadora Liliane Cardoso pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais e amigos, pelo amor e apoio incondicional. As Assistentes Sociais Renata Barros Manhães e Gleicineri Rodrigues por nos receber de forma tão competente e afetiva no campo de estágio (CAPS III).

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

RESUMO

O presente trabalho de Conclusão de Curso tem por objeto de estudo o trabalho do serviço social na política de saúde mental: Contribuições e desafios ao projeto profissional a partir do CAPS III em Campos dos Goytacazes. Tem por finalidade produzir conhecimento a respeito das competências, contribuições e desafios do trabalho do assistente social a partir do espaço sócio ocupacional dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS. A motivação para esse estudo, surgiu a partir das experiências vivenciadas no estágio supervisionado em serviço social no espaço do CAPS III, Dr. Romeo Casarsa em Campos dos Goytacazes-RJ. O presente trabalho apresenta um breve histórico sobre as Concepções da Loucura e o processo de Institucionalização da Política Pública de Saúde Mental na realidade Brasileira, contextualizando a inserção do serviço social na referida área, sobretudo nos CAPS, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Assim essa produção visa contribuir com um conhecimento que considera o trabalho dos Assistentes Sociais de suma importância a partir dos CAPS, à medida que os profissionais tenham clareza quanto sua competência e atribuições para que possam realizar um trabalho que apresente concretude na vida do público alvo da política de saúde mental, que necessita acessar os direitos, que só passaram a existir após anos de lutas e comprometimento de profissionais, movimentos organizados que não concordavam com o tipo de “tratamento” oferecido as pessoas que tinham algum tipo de comprometimento psíquico.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Serviço Social e CAPS.

ABSTRACT

The purpose of this study is to study the work of the social service in mental health policy: Contributions and challenges to the professional project from CAPS III in Campos dos Goytacazes. Its purpose is to produce knowledge about the skills, contributions and challenges of the work of the social worker from the social and occupational space of the Psychosocial Attention Centers (CAPS). The motivation for this study emerged from the experiences of supervised internship in social service in the CAPS III space, Dr. Romeo Casarsa in Campos dos Goytacazes -RJ. The present work presents a brief history about the Conceptions of Madness and the process of Institutionalization of the Public Policy of Mental Health in the Brazilian reality, contextualizing the insertion of social service in this area, especially in the CAPS, from the Psychiatric Reform Movement. Thus, this production aims to contribute with a knowledge that considers the work of the Social Assistants of great importance from the CAPS, as the professionals have clarity as to their competence and attributions so that they can carry out a work that presents concreteness in the life of the target public Mental health policy. Who need access to the rights, which only came to exist after years of struggles and commitment of professionals, organized movements that did not agree with the type of "treatment" offered to people who had some kind of psychic commitment.

Keywords: Psychiatric Reform, Mental Health, Social Service and CAPS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NA REALIDADE BRASILEIRA	12
1.1 As Concepções da Loucura e o Processo de Institucionalização da Política de Saúde Mental na Realidade Brasileira.....	13
1.2 O Percurso Histórico da Reforma Psiquiátrica na Realidade Brasileira	19
1.3 A Inserção do Serviço Social no Âmbito da Política Pública de Saúde Mental na Formação Sócio Histórica Brasileira.....	23
2 O TRABALHO COTIDIANO DO ASSISTENTE SOCIAL A PARTIR DO CAPS III EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: DESAFIOS, PERSPECTIVAS E INSTRUMENTALIDADE	32
2.1 O Espaço Sócio ocupacional do CAPS III e o trabalho do Assistente Social	32
2.2 Competências e Atribuições Profissionais dos Assistentes Sociais do Espaço CAPS III em Campos dos Goytacazes: O Trabalho cotidiano, desafios e perspectivas	37
2.3 O Trabalho do Serviço Social no CAPS III em Campos dos Goytacazes com as Famílias: Desafios, Possibilidades e Instrumentalidade.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS - AD	- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
CAPS - I	- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL
CFESS	- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL
COI	- CENTRO DE ORIENTAÇÃO INFANTIL
COJ	- CENTRO DE ORIENTAÇÃO JUVENIL
CRAS	- CENTRO DE REFERENCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DESIN	- DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
INAMPS	- INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
MPAS	- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
MTSM	- MOVIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL
PTM	- PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL
RT	- RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA
SUS	- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Final de curso (TFC) tem como tema o trabalho do serviço social na política de saúde mental: Contribuições e desafios ao projeto profissional a partir do CAPS III em Campos dos Goytacazes. Assim, o presente trabalho abordará as competências e atribuições do assistente social no espaço de assistência psicossocial (CAPS).

Desse modo, esse trabalho é fruto das inquietações que perpassaram a experiência do estágio supervisionado em Serviço Social, realizado a partir da Universidade Federal Fluminense nos anos de 2014/2015 no Centro de Atenção Psicossocial –CAPS III- em Campos dos Goytacazes e tem como objetivo analisar como se processa o trabalho do Serviço social junto aos pacientes do CAPS III e suas famílias, no referido município, sinalizando para as contribuições e os desafios encontrados nessa relação para consolidação do projeto ético de profissão.

A população que sofre de algum *transtorno mental* é reconhecida como uma das mais excluídas socialmente, sendo privada dos direitos inerentes ao cidadão, construindo sua história em uma realidade de exclusão, pré-conceitos e segregação.

Para Fernandes e Moura (2009) a segregação sofrida pelas pessoas que apresentam algum comprometimento psíquico, não é apenas física, permeia o corpo social numa espécie de barreira invisível que impede a quebra de velhos paradigmas. Diante das inúmeras críticas a ineficácia do modelo asilar essa realidade começa a mudar, iniciando assim os primeiros passos para o que atualmente conhecemos como Reforma Psiquiátrica.

A reforma da organização psiquiátrica trata-se de um processo de transformação complexa nos campos do saber, da ética, da cultura e da cidadania (AMARANTE, 1994) na relação com os sujeitos na vida em sociedade e na relação com os aparatos Estatais de políticas públicas, constituindo assim um campo de trabalho para os assistentes sociais.

Conforme afirma Guerra (2000) analisar as competências e atribuições profissionais requerem.

Refletir sobre a instrumentalidade no exercício profissional do assistente social como uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire no interior das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional. (GUERRA, 2000, p.1)

Os uso de instrumentos técnicos operativos, permitem ao assistente social desenvolver, junto aos pacientes do CAPS III, um trabalho produtivo, visando intermediar o processo de inclusão social e da cidadania, a partir das diferentes realidades sociais apresentadas.

Desse modo, a monografia está organizada em dois capítulos. No primeiro capítulo Política de Saúde Mental, Reforma psiquiátrica e Serviço Social: um estudo sobre o processo de institucionalização na realidade brasileira, analisamos o conceito da loucura como um fenômeno social e histórico e abordamos historicamente o processo de institucionalização dos sujeitos com sofrimento psíquico, fazendo uma análise da realidade brasileira. Na sequência, abordamos a contextualização histórica da inserção do Assistente Social na Política de saúde mental a partir do processo de Reforma Psiquiátrica.

No segundo capítulo, analisaremos, “O trabalho cotidiano do Assistente Social a partir do CAPS III em Campos dos Goytacazes”: Desafios, perspectivas e instrumentalidades, abordaremos o CAPS, como um espaço sócio ocupacional possível para a execução do trabalho do Assistente Social e as perspectivas colocadas a partir desse espaço pós- movimento de Reforma Psiquiátrica. O capítulo também aborda o trabalho do Serviço Social no CAPS III em Campos dos Goytacazes e o trabalho com as famílias, situando as contribuições e desafios a partir desse espaço sócio ocupacional na direção da materialidade do projeto ético político profissional.

Para alcançar esse objetivo, realizamos uma análise das experiências vividas no campo de estágio estabelecendo uma comparação com as bases teóricas, como por exemplo o código de ética, e os parâmetros para a atuação do assistente social na política de saúde, bem como a revisão de literatura de autores que debatem o tema. Dentre as principais referências utilizadas destacamos Lucia Rosa, Marilda

Vilela Iamamoto, Fernandes E Moura, Robaina, Amarante, dentre outros que analisam a importância do trabalho dos assistentes sociais na política de saúde mental, tendo a análise e as experiências vivenciadas a partir do estágio supervisionado em Serviço Social como uma das etapas da formação profissional a base empírica para a produção do conhecimento aqui explicitado.

Pretende-se assim, produzir conhecimento concernente as competências e atribuições do assistente social nos Centros de Atenção psicossocial mediante a política de Saúde Mental no que se refere a instrumentalidade do trabalho com as famílias dos sujeitos com sofrimento psíquico e analisar os possíveis mecanismos que podem ser utilizados pelo Serviço Social para atender as necessidades dos pacientes do CAPS III em Campos dos Goytacazes na direção do acesso aos direitos sociais.

Nesse sentido, essa monografia objetiva oferecer contribuições ao campo do conhecimento mediante a instrumentalidade do exercício profissional do assistente social a partir da Política de Saúde mental pós Reforma Psiquiátrica em um estudo relativo ao trabalho experimentado pelos assistentes sociais no CAPS III do município de Campos dos Goytacazes.

1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL REFORMA PSIQUIÁTRICA E SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NA REALIDADE BRASILEIRA

Nesse capítulo, a princípio analisaremos, o conceito de loucura e sua forma de enfrentamento na idade média, em seguida será discutido os primeiros movimentos para institucionalizar os sujeitos com sofrimento psíquico. Foucault (2007) relata que havia uma lógica sustentada na concepção de que esses sujeitos causavam a desordem social, e por isso, eram enclausuramento sem as mínimas condições de cuidado, pois não havia uma perspectiva de tratamento pautada nos direitos humanos e no reconhecimento dos indivíduos como sujeitos de uma dada classe.

A análise do processo histórico se dará mediante as mudanças que ocorrem na sociedade, sobretudo a brasileira, na forma de lidar com a loucura, bem como a forma como o serviço social se inseriu na Política de Saúde Mental. Assim, faremos uma reflexão sobre o trabalho do serviço social a partir do espaço sociocupacional do CAPS como equipamento público da Política de Saúde Mental mediante a relação capital – trabalho.

É evidente que se faz necessário muitos debates relacionados ao tema, pois não são poucos os questionamentos relativos as atribuições do Assistente Social no campo da Saúde Mental. Diante disso, buscamos trabalhar esse tema a fim de fortalecer a discussão quanto ao papel do Serviço Social na Política de Saúde Mental, considerando que a expressão histórica da profissão se realiza em processo que requer uma constante renovação, dada as diversas modificações que são verificadas na forma de expressão da sociedade.

Conforme salienta Iamamoto (2005, p.27) a medida que novas situações históricas se apresentam, se apresentam também a necessidade de uma reflexão sobre os desafios colocados ao trabalho dos assistentes sociais que tem como matéria de sua intervenção as expressões da questão social experimentada pelos segmentos populacionais da classe trabalhadora.

Desse modo esse capítulo se refere a uma reflexão sobre as principais mudanças ocorridas na Política de Saúde Mental a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica de forma a situar as perspectivas colocadas a partir desse espaço de trabalho para os assistentes sociais como trabalhadores das equipes interdisciplinares na defesa do projeto profissional mediante as iniciativas públicas voltadas a atenção a saúde dos sujeitos com sofrimento psíquico e suas famílias atendidas nos espaços onde a política social se objetiva cotidianamente.

1.1 As Concepções da Loucura e o Processo de Institucionalização Contemporâneo da Política de Saúde Mental na Realidade Brasileira.

O capítulo I, abordará as concepções da loucura desde a idade média, onde o louco representava a figura desprezível, perpassando pelo processo de institucionalização na realidade brasileira, seguido da inserção do Serviço Social na política de Saúde Mental.

Nas sociedades pré-modernas, a loucura era vista como um atributo não humano, o doente mental, era simplesmente o “louco”, um ser que era tido como possuído pelos deuses, ou pelos demônios, sendo muitas vezes excluído, até mesmo da categoria de humano. Não haviam ainda os recursos necessários para o efetivo reconhecimento da doença. (AMARANTE, 1996, p.32).

Todo esse contexto de extrema exclusão ou até mesmo de rituais religiosos e cerimônias de exorcismo utilizadas como estratégia para as situações experimentadas por pessoas com sofrimento psíquico, contribuíram em maior índice para a estigmatização dos sujeitos e para a banalização das principais expressões da questão social vivenciadas pelos mesmos.

Até o século XVII, ainda não havia espaço para os mendigos, alcoólatras, loucos, ou qualquer indivíduo que fosse considerado incapaz, estes eram considerados invisíveis perante a sociedade. Como forma de controle dessa população foram criadas grandes instituições filantrópicas, antigos hospitais gerais que tinham no isolamento e na exclusão a base de suas intervenções, gerenciadas pela igreja e pelo Estado destinadas a abrigar os indivíduos considerados "indesejáveis" à sociedade. (ROSA, 2003, p.86)

No entanto, as pessoas eram internadas nessas instituições não para serem tratadas, pois não havia o reconhecimento da doença, os processos de reclusão em instituições manicomiais visavam retirar essas pessoas do convívio social, numa tentativa de proteger a sociedade. Considerava-se que estes poderiam ameaçar e contagiar as demais pessoas. Segundo Fernandes e Moura (2009), os sujeitos portadores de transtorno mental eram considerados incapazes, tornando-se terminantemente proibidos de circularem pelas ruas das cidades.

Os mendigos, os vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho, sem domicílio, os criminosos, os rebeldes políticos e hereges, as prostitutas, os libertinos, os sífilíticos e alcoólatras, os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas moléstias, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram através desse procedimento convertidos em iníquos, e até transformados em invisíveis. (DONER, 1974 *APUD* RIBEIRO, 1999, p.15)

A essa estrutura institucional marcada pela exclusão e enclausuramento do indivíduo, Michel Foucault (2005) denominou de Grande Internação ou Grande Enclausuramento, por sua natureza de controle e segregação.

Esse enclausuramento denominado por Foucault, foi uma resposta dada a desorganização social, e a crise econômica no século XII na Europa, advinda pelas mudanças estabelecidas no modo de produção. (RIBEIRO,1999, p.15). Uma tentativa de eliminar a desordem e impor a ordem pública, coerente com o nascimento das cidades e suas consequências. (FOUCAULT, 1975, p. 79). Essa ação representa a eliminação do que naquele momento era considerada limitação para a expansão social.

A loucura começa a ser vista como especialidade médica a partir do século XVIII, em 1793, com o médico francês Philipp Pinel, que trouxe uma abordagem científica para o tratamento direcionado aos portadores de transtornos mental sob a vigência da revolução francesa (ROBAINA,2010). Estabelecendo as bases da construção teórica da psiquiatria. (RIBEIRO,1999)

Com base nessa instância não médica da ordem monárquica e burguesa, situada nos limites da lei, e nesse aniquilamento absolutista do desvio da indigência, jurisdição sem apelação possível, estabeleceram-se, nos anos constitutivos da legalidade

contemporânea, o manicômio e a psiquiatria como especialidade médica, diferenciando as formas de loucura ou alienação mental e seus espaços de reclusão. (RIBEIRO, 2009, p. 16)

O cenário europeu, com o cumprimento de uma nova ordem social necessária ao desenvolvimento econômico, que garantia livre circulação de pessoas e mercadoria, constituiu campo de criação dos primeiros manicômios, sob o modelo assistencial hospitalocêntrico, pois diante da nova ordem social, centrada no homem e guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade (ROBAINA, 2010, p.140) o portador de transtorno mental não poderia ser enclausurado. A partir de então deveria ser visto como alguém que necessitava de cuidados específicos, assim, estabeleceu-se uma nova conceituação da loucura bem como novas formas de tratamento.

Segundo Ribeiro (1999, p.17) “O grande enclausuramento, símbolo eloquente do absolutismo tinha que ser abolido”. É nesse contexto que se estabelece a criação dos manicômios, com um perfil excludente, limitação de recursos, seguido de um tratamento moral e terapêutico. Conforme afirma o autor (idem), “a loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos, buscando sua cura”.

Assim, “desde sua origem, os manicômios se converteram em lugar de refúgio para os loucos, pobres, e necessitados de um ambiente protegido de vida e tutela.” (RIBEIRO, 1999, p.19) E o que denomina-se isolamento terapêutico.

Esse modelo manicomial também passou a ser criticado, sobretudo por correntes organicistas da medicina, as quais acreditavam que não bastava um tratamento moral excludente, se fazia necessário novas ações, como a inserção do indivíduo na sociedade e práticas medicamentosas, visando sempre a perspectiva do cuidado.

O processo de institucionalização do paradigma manicomial brasileiro começou no princípio da segunda metade do século XIX, na realidade do Brasil colônia, numa sociedade onde de a exploração da mão de obra escrava constituía uma forte característica daquela sociedade. Os primeiros locais destinados a

institucionalizar as pessoas que apresentasse algum tipo de anormalidade foram as Santas Casas de Misericórdias, primeiras instituições de saúde no país, ficando essas pessoas sob o cuidado das irmãs de caridade, conforme menciona, (ROSA, 2003, p 86.)

Um período marcado pela exclusão, rejeição e isolamento de qualquer indivíduo que sofresse de algum comprometimento que alterasse seu comportamento, fazendo-o fugir do que era considerado normal. As Instituições asilares eram o lugar destinado ao “Louco”, porém, essas instituições não ofereciam nenhuma estabilidade para essas pessoas, que disputavam espaços superlotados e sem as mínimas condições de higiene, “ sendo reclusos nos porões das santas casas de misericórdia, mantidos sob a vigilância de guardas e carcereiros, submetidos à camisas-de-força e maus tratos. (ROSA, 2003, P. 86). Uma época em que os “olhares” estavam direcionados para a doença mental; sem qualquer proposta ou perspectiva de tratamento e cuidados específicos.

A primeira instituição específica de “assistência” psiquiátrica no Brasil, foi o Hospital psiquiátrico Dom Pedro II, criado em 1852 no Rio de Janeiro, permeando sob uma lógica de promover a ordem pública e a paz na sociedade. Embora o tratamento oferecido fosse baseado nos estudos realizados por Pinel, médico francês considerado o pai da psiquiatria. (MACHADO, 1978, p.439 *apud* AMARANTE,1995, p. 33)

Segundo Machado (1978, p. 439 *apud* AMARANTE,1995, p. 33) esse modelo de atenção voltado aos sujeitos com sofrimento psíquico ainda era um “tratamento” repleto de segregação, confinamento e tutela, como forma de dominar e conter todos aqueles que eram vistos como ameaças à ordem social. Nessas instituições o médico era a figura que representava o saber, saber este, no qual o paciente era submetido.

Rosa, (2003) ressalta que para além de um confinamento baseado na alteração comportamental, as internações dessas pessoas no hospital psiquiátrico brasileiro, eram de acordo com a classe social, pois dificilmente os ricos que precisassem de atendimento seriam internados nessas instituições; o tratamento dado aos ricos quase sempre era domiciliar ou então eram tratados na Europa.

As primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (RESENDE, 2007, p. 38).

O contexto de tensões provocadas pela relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico somadas ao estigma de que essas causavam desordem social alcançaram uma projeção no âmbito das relações requerendo do Estado intervenções imediatas que de alguma forma atendessem a necessidade dessas pessoas.

A emergência de intervenção estatal, segundo Rosa (2003, p.87), se realizou por necessidades das populações e por uma medida do Estado em obter consenso com estratégias que se materializam no âmbito social, clínico mas com apelos também a filantropia caritativa focada nas parcerias público-privadas nos investimentos em saúde mental.

Segundo ROSA (2003), as intervenções no âmbito social se caracterizam porque naquela sociedade, sobretudo na sede da corte, a presença do “louco” nas ruas provocava um desequilíbrio no convívio social. A necessidade clínica se realiza devido a denúncias de maus tratos, feitas pelos médicos higienistas, e por fim a autora apresenta como motivo pela intervenção estatal a necessidade caritativa, nessa perspectiva, eram as irmandades religiosas que pleiteavam uma ação sobre a loucura.

Estabelecer novas formas de tratamento para aquelas pessoas certamente não foi um processo fácil, visto que no Brasil, os “loucos” inicialmente foram um subproduto da cristalização das relações de trabalho do estado escravista. (RESENDE, 1990, p. 41)

As críticas ao modelo asilar vigente, se constituiu um importante passo para a Reforma Psiquiátrica, impulsionando movimentos de defesa da eficácia dos direitos civis e a tolerância com as diferenças e com as minorias, que emergiram com as

primeiras propostas reformistas em saúde mental, visando interferir na realidade posta nos manicômios, buscava-se compreender o sujeito como um todo, bem como propor novos e melhores métodos de intervenção, Demarcando um tempo de luta pela abolição dos hospitais psiquiátricos. (RIBEIRO, 1999, p.23)

Em 1890, o então hospício Pedro II, rompe o vínculo com a Santa Casa de Misericórdia passando então a ser uma instituição pública, tendo o nome alterado para o Hospício Nacional de alienados, conforme Rosa (2003). Desde então avanços como, a "Assistência Médica e Legal dos alienados" em 1890, que visava organizar a assistência psiquiátrica no país.

A criação da primeira Lei Federal (Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903) de assistência aos alienados, que previa a fiscalização das instituições psiquiátricas também demarcou novos tempos no tratamento dado aos loucos, uma intervenção na lógica higienista. (ROSA, 2003, p.88)

Vale ressaltar que tais mudanças realizadas no cenário da psiquiatria brasileira, tiveram como base, as mudanças que já ocorriam em outras partes do mundo, sobretudo na Europa, Estados Unidos e Canadá, no período após a Segunda Guerra Mundial em um tempo de crescimento econômico e reconstrução social.

Podemos citar como referência, a *Lei da Saúde Mental* de 1954, publicada na Inglaterra defendia o estudo da legislação referente à doença e o retardo mental. (RIBEIRO, 1999, P.36)

Em 1957 houve uma modificação na Lei da Saúde Mental, visando proporcionar atendimento mais adequado às pessoas com problemas psiquiátricos, para que esses recebessem a mesma forma de cuidado que os demais pacientes, estimulando a criação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. A Lei, trouxe resultados positivos no quantitativo das internações psiquiátricas (RIBEIRO, 1999, p.36), diminuindo assim, o quantitativo de pacientes internados.

Outro respaldo legal na busca pela garantia dos direitos desses indivíduos foi a *Lei nº 180/78*, publicada na Itália, onde defendia a adesão no processo de

Desinstitucionalização (DESIN), propondo o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a criação de serviços gerais, e a não abertura de novos hospitais gerais.

Foi sobre essa lógica, que iniciou o que atualmente conhecemos como Reforma psiquiátrica, iniciando em países da Europa, Estados Unidos e Canadá, considerando as características sócio políticas e sistemas sanitários específicos de cada país (RIBEIRO,1999, p.23-25). Mediante a sua grande influencia e pontos positivos, outros países como o Brasil, por exemplo, resolveram aderir ao movimento abrindo as portas dos manicômios rompendo assim com o longo processo de exclusão e enclausuramento do “louco”.

1.2 O Percorso Histórico da Reforma Psiquiátrica na Realidade Brasileira

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica teve início em 1970, sob a influência da experiência de Desinstitucionalização do movimento italiano, de tradição Basagliana (AMARANTE, 1994), que contrapõe ao modelo biomédico, com o intuito de levar da doença à cura.

Essa lógica, resultou em um movimento encadeado por Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

É sobretudo, esse Movimento, que protagoniza as denúncias de maus tratos e irregularidades ocorridas nas instituições que eram responsáveis pelo tratamento das pessoas com transtorno mental. (PONTES, 2014).

As conferências e os congressos realizados por diversos Estados e cidades brasileiras, difundindo o ideário da Saúde mental e de uma reforma completa na Assistência Psiquiátrica (ROSA, 2003, p.105), também demarcaram essa luta, visto que era nesses encontros que se formulava as estratégias de enfrentamento e ruptura com o antigo paradigma.

Nos anos 70 dá-se início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologia e cuidado. (BRASIL, 2005, s.p.)

Em 1985, com implementação do governo democrático na realidade brasileira, as lutas se intensificam, ampliam-se os espaços institucionais para vários integrantes do Movimento da Reforma Sanitária ocuparem cargos no governo, possibilitando diversas lutas por mudanças normativas, organizacionais e legislativas. (ROSA, 2003, p.108)

Em 1986, aconteceu a VIII conferência nacional de Saúde, propondo uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde de acordo os preceitos da Reforma Sanitária.

Em 1987 ocorre o II Congresso Nacional do MTSM acontecido em Bauru – SP, teve como tema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que se realizou na cidade do Rio de Janeiro.

Essa luta ganhou mais autonomia a partir da constituição de 1988, momento em que a saúde passa a ser reconhecida como direito universal e dever do Estado, a ser gerida pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

O Sistema Único de Saúde - SUS, um sistema público, e democrático, promulgado pela Lei Federal 8.080/1990 e a Lei Federal 8.142/1990, baseado nos princípios de acesso público, gratuito com caráter universal. A proposta de atendimento no SUS, caminha na direção de ações que buscam: A) a integralidade, ou seja, cuidar do indivíduo como um todo e não apenas em algumas áreas específicas; B) A equidade no acesso como uma diretriz do SUS, defende o atendimento igualitário de todos os cidadãos sem nenhum tipo de discriminação; C) A descentralização dos recursos de saúde, fornecendo um atendimento especializado e acessível ao usuário. Bem como a criação dos Conselhos

Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, que devem representar os usuários e demais organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2004, s.p.)

Conforme traz o artigo 197, os serviços públicos de saúde e sua administração são de responsabilidade do poder público.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2004, s.p.)

O artigo 198, difere sobre as diretrizes do SUS, a saber, a descentralização. O atendimento integral, e a participação da comunidade.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 2004, s.p.)

A universalização da saúde se apresenta então, como um ponto positivo de fortalecimento na busca pelos direitos dos portadores de transtorno mental.

Em setembro de 1989, foi apresentado na Câmara dos Deputados o projeto de Lei nº 3.657/89, o qual traz como prerrogativa o fechamento definitivo dos manicômios e sua substituição por outros dispositivos, promovendo assim a construção da cidadania do portador de transtorno mental. Esse movimento coloca em pauta, nos diversos setores sociais, a questão da loucura, dos direitos humanos e sociais, e as formas de tratamento no campo da psiquiatria, provocando uma reflexão sobre a relação da sociedade com a questão da loucura. (PEREIRA, 2004).

Embora o referido projeto apresentasse pontos de suma importância, dada sua elevada contribuição social, somente em 2001, foi transformado em lei, reconhecendo a pessoa com transtorno mental como cidadão, possibilitando à articulação e o convívio social com o intuito de desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental. Assim, o projeto de Lei de nº 3.657/89 passou então a ser a Lei 10216/01.

A Lei 10.216/01 dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental, demarcando novos caminhos no modelo de assistência no campo da saúde mental (ROSA; MELO, 2009), implicando em novas iniciativas e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2005, s.p.)

Os artigos e incisos estabelecidos no contexto da Lei 10.216/01 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, possibilitam que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, se consolide, ganhando maior sustentação e visibilidade (MOURA, 2011), ampliando o acesso aos direitos inerentes ao PTM.

Ao analisar o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, percebe-se que houve um grande avanço no tratamento direcionado aos pacientes, para que esses possam usufruir do seu direito de convívio social e sejam assistidos em todas as suas necessidades, porém ainda existem “barreiras” para uma implementação mais efetiva dessa política, como por exemplo, a cobertura oferecida pelas políticas públicas que acabam sendo atravessadas pela perspectiva neoliberal, que com a sua lógica de exploração, não visa atender o social e limita os recursos destinados também a política pública de Saúde Mental. Todavia há de se considerar que, embora de forma reduzida e insuficiente, linhas específicas de financiamento, como por exemplo, as que se instituem a partir da Portaria Nº189/91, a Portaria Nº 245/05,

dentre novos mecanismos, institui a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

A portaria 189/91, amplia e estabelece a normatização e o financiamento governamental também para novos serviços de Saúde Mental, comunitários e substitutivos. (ROSA, 2003, p.119)

A portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005, por sua vez, destina incentivo financeiro para implantação de centros de atenção psicossocial, os CAPS.

A partir dessa portaria, como consta do parágrafo 1º Os incentivos serão transferidos em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

Contudo, apesar desses avanços é certo que existem muitos desafios a serem enfrentados, pelo Portador de Transtorno Mental, pelas suas respectivas famílias bem como pela equipe multiprofissional que atua diretamente nesses espaços de assistência psicossocial, em um amplo contexto de lutas e busca pela consolidação de direitos para esses sujeitos.

Esse processo requer também a contribuição do Serviço social, visto que os avanços na busca por melhores condições de vida dos portadores de transtorno mental não está limitado à assistência psiquiátrica, mas permeia também o conjunto das necessidades humanas relativas ao acesso dessas pessoas as políticas de cunho social.

1.3 A Inserção do Serviço Social no Âmbito da Política Pública de Saúde Mental na Formação Sócio Histórica Brasileira

Nesse item trataremos da inserção do serviço social no contexto da política de saúde mental na realidade brasileira, a partir de uma análise que sinalize para os elementos que representam as contribuições e os desafios experimentados nessa área de conhecimento.

Desse modo, as mudanças que ocorreram na forma de olhar a loucura, bem com a figura da pessoa com sofrimento psíquico, e as demandas que emergiam relacionadas a vida social desses indivíduos, trouxeram necessidades que não podiam ser atendidas somente com o trabalho voltado para o campo “psi”. É mediante essa lógica que na década de 40, mais precisamente em 1946, foi demarcada a entrada do profissional de Serviço Social na saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2000, p.187), as primeiras práticas dos assistentes sociais se realizaram nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação juvenil (COI / COJ) com um caráter de “Serviço Social Clínico”.

Segundo Vasconcelos (2000), baseado numa abordagem higienista, o assistente social ocupava um lugar de subalternidade nas instituições com relação aos médicos e direção dos hospitais, sua atuação era junto das famílias do então chamado cliente, auxiliando no tratamento psiquiátrico, fazendo levantamento de dados sociais, encaminhamentos.

Na década de 1940, com a formação dos primeiros assistentes sociais no Rio de Janeiro, as escolas passaram a inseri-los nos hospitais psiquiátricos, trabalhando nas seções de assistência social dessas instituições, uma vez que eram geralmente presididas por médicos e formados por trabalhadores sem qualificação universitária. Nesse sentido, a atuação do Serviço Social se dava de forma diretamente subalterna aos médicos e ao direcionamento da instituição, tendo como demandas: o levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação da alta; confecção de atestados sociais; e realização de encaminhamento. “Estes profissionais também atendiam a demanda dos usuários e familiares ou vice-versa, no que se referia às necessidades imediatas como roupas, contatos e pequenos recursos financeiros”. (SILVA, 2007, p.4)

Na década de 70, em um período de autoritarismo militar, a dominação vigente refletiu também na área da saúde pública brasileira.

Na psiquiatria, houve uma tentativa de reorganização, por meio da portaria do Instituto nacional de assistência Médica da previdência Social(INAMPS), instituto esse, que naquela época era responsável pelos cuidados na área da saúde de todos os empregados que contribuía com a previdência social, porém, a década de 70,

também foi uma década de avanços consideráveis no que tange a atuação do assistente social na saúde mental.

Assim, em 1973, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) reforçou a importância da equipe interprofissional na psiquiatria, dentre esses profissionais estava incluído o assistente social.

A atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental tem se constituído tema de debates entre a categoria dos assistentes sociais, que tem buscado refletir sobre as estratégias para oferecer materialidade às atribuições profissionais a partir do trabalho nessas instituições. Esse trabalho, segundo Robaina (2010, p 145), não está vinculado ao campo do saber psi, mas busca contribuir no campo teórico prático para a identificação dos determinantes sócio econômicos da população usuária do serviço, como também identificar as particularidades das expressões da questão social que é expressa no cotidiano profissional.

Identificar seu objeto de trabalho, contribui para que o assistente social se constitua como um intermediador na busca pela efetivação dos direitos do cidadão, e no campo da saúde mental, visto que o trabalho profissional deve ser conduzido em direção à viabilização do acesso dos portadores de transtornos mental, bem como de suas famílias, aos direitos humanos e sociais garantidos em lei.

Ao discutir a efetivação dos direitos, (RUIZ, 2014) os apresenta como um resultado da “pressão” da classe trabalhadora sobre o Estado, em forma de lutas travadas e resistências que se processaram durante o século XX, frente os interesses capitalistas, todavia, a força de tais lutas não foi capaz de derrotar de forma definitiva o modo capitalista de produção. O capitalismo como modelo de organização econômica, cultural, política e na sua forma de reprodução das relações sociais, tem contribuído para a violação dos direitos humanos, que, levaram anos para serem conquistados e outro tantos ainda faltam se efetivarem. Essa lógica capitalista reflete no trabalho do assistente social, trazendo desafios a serem enfrentados no cotidiano, exigindo do profissional uma postura crítica, criativa, propositiva. Materializando assim, o projeto do serviço social que nega o projeto societário e posiciona a favor de uma nova ordem, sem dominação e exploração de

classe, de gênero e etnia, tendo como princípio a defesa dos direitos humanos, a recusa ao autoritarismo e ao preconceito. (SANT`ANA, 2000, p.81)

Assim como outras categorias, o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão sócio técnica do trabalho, atuando em um contexto de diferenciadas condições e relações sociais que envolvem o processo de trabalho. (IAMAMOTO 2011, p.338)

Nesse sentido o profissional desenvolve um trabalho marcado por tensões entre o projeto ético-político profissional e estatuto assalariado (idem, p.414). O assistente social é proprietário da sua força de trabalho e sua especialização se concretiza por meio da formação acadêmica, porém as correlações de forças existentes nesse cenário, requer que o assistente social tenha clareza sobre suas atribuições privativas em todas as áreas de intervenção, sobretudo no campo da Saúde Mental onde, essas atribuições precisam estar bem definidas no exercício da profissão para que a direção social e política e o significado da profissão não se percam em sua ação.

Assim, o trabalho do profissional se realizará a partir das políticas públicas que se constituem numa resposta do poder público ao enfrentamento da questão social (MOTA, 2008). O caminho de acesso para a classe trabalhadora ter suas reivindicações atendidas, continua sendo a tomada de consciência de classe, seguida das mobilizações, pois enquanto não há mobilização coletiva, também há limites colocados para a construção de respostas para os desafios que emergem na sociedade. A mobilização da classe trabalhadora tende a pressionar a burguesia e o Estado a darem respostas às demandas colocadas pela população, essas respostas advém por meio das políticas públicas, que se revertem em decisões e projetos estatais. (IAZBEK ,1996)

Conceituar em que se constitui tais políticas é uma discussão ampla, que diversos autores tem colocado em pauta.

Uma primeira análise sobre a questão denota que as políticas sociais brasileiras são respostas que o Estado constrói para as demandas colocadas pela

classe trabalhadora, porém, essas respostas se estabelecem de forma focalizada, segmentada, limitada, seletiva e discriminatória (MOTA, 2008).

lazbek (1996, p.37) classifica tais políticas como “inoperantes, casuísticas, fragmentadas, superpostas”. Assim fica evidente que embora a classe trabalhadora tenha conseguido se estabelecer numa conjuntura de classe para si, a mesma tem encontrado barreiras, haja vista os aparatos estatais que limitam o verdadeiro acesso aos direitos sociais.

Diante disso, faz-se necessário que sejam desenvolvidas ações que estejam voltadas para atender as demandas sociais, pois as políticas que por hora são acessadas por uma pequena parte da população, não se tratam de uma busca por garantia dos direitos e sim uma busca pela legitimação da ação estatal.

Essas relações se processam, sobretudo, porque a sociedade é constituída de segmentos antagônicos, que experimentam uma relação contraditória, onde cada classe busca seu interesse, essa busca requer um empenho das classes, especialmente daquela que se encontra em posição de desvantagem. Segundo lazbek (1996, p. 40), no Brasil as políticas sociais pós 64, tem -se caracterizado pela subordinação a interesses econômicos e políticos.

Conforme coloca a lazbek (1996) este é o papel regulador do Estado que se estabelece e se modifica casuisticamente, em face da correlação de forças sociais em diferentes conjunturas históricas. Sob essa perspectiva a ação reguladora do Estado na sociedade se adequa a demandas específicas que se estabelecem na correlação de forças existente. Para a autora, essa regulação se estabelece por meio das políticas que são direcionadas a população.

Nesse sentido, Coutinho (1997 p.98) afirma que a sociedade brasileira experimenta a longos anos demandas que afetam diretamente a população, e mesmo quando se fala em cidadania, o que realmente temos é uma cidadania, “deficitária”, “incompleta”, “virtual”, pois quando analisamos a realidade da população brasileira, percebe-se que a mesma se encontra dependente, mediante os aparatos estatais. Assim, quando o Estado fornece concessões à população na verdade está buscando meios de impor a sociedade seus interesses políticos. (IAZBEK, 1996,

P.42). Essas intervenções, em geral, são em nível do imediato, de natureza manipulatória.

Percebe-se nessa relação, uma ação conservadora muito semelhante com as oligárquicas: Preservando o conservadorismo, como uma forma de o Estado atuar, traçando meios para estabelecer sua relação de domínio sobre as classes, por meio das políticas públicas.

Nesse campo, as políticas sociais tendem a assumir características funcionais, reproduzindo esse jogo de dominação. Muitas vezes a classe trabalhadora se vê sujeitada de tal forma às relações dessa natureza, que se depara com a “necessidade” de se submeter ao domínio da burguesia. Demarcando um processo de alienação.

Assim, se as Políticas sociais, do ângulo dos interesses do Estado, assumem características funcionais ao controle social e à própria reprodução das condições de dominação, também apresentam um caráter contraditório que precisa ser considerado e que diz respeito à intensidade das lutas políticas dos subalternos para ampliação de programa e políticas de corte.

Segundo Yamamoto (2002) Os reais interesses sociais obrigam o profissional a repensar seu fazer de forma antagônica. O assistente social precisa traçar novos meios para garantir que os direitos do usuário não sejam subvertidos e ao mesmo tempo possam fortalecer sua identidade profissional.

A Reforma Psiquiátrica, consistiu em um movimento que apresentou a abertura de novas possibilidades para que o assistente social pudesse intervir nas refrações da questão social apresentadas a partir dos atendimentos no âmbito da política de saúde mental.

Nesse contexto complexo e de muitas demandas, surgem desafios ao trabalho do assistente social na política de saúde mental, o assistente social dispõe das orientações do parâmetro de atuação do assistente social, que no âmbito da política de saúde tem como finalidade referenciar a intervenção do profissional de serviço social na área da saúde. Visa contribuir com a categoria dos assistentes

sociais com orientações gerais sobre as competências a serem materializadas, ou seja, orientar o assistente social na condução do exercício profissional de forma a atender as demandas que emergem nos diversos espaços de trabalho nessa área.

Procura nesse sentido expressar a totalidades das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na área da saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como, na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. Por outro lado, a opção em não estruturá-la a partir dessas frentes de trabalho visa superar o registro de ações que são comuns nessas frentes e que tendem a se repetir quando a perspectiva é apontar as atribuições dos profissionais na saúde. (CFESS, 2010, p. 17)

Quanto à atuação do assistente social na política de saúde mental, o parâmetro orienta o profissional a contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seus objetivos e nesse campo os desafios se colocam frente também a defesa do projeto ético-político profissional. (CFESS, 2010, P. 41).

Nessa direção os profissionais de serviço social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade social, ou seja, toda ação do profissional na saúde mental deve atender a necessidade social do indivíduo sem perder suas características e identidade específicas. A matéria de intervenção são as expressões da questão social experimentadas pelas famílias e sujeitos com transtorno mental.

Não se trata de negar que o trabalho do assistente social no trato com os usuários e seus familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabem ao assistente social diversas ações desafiantes de frentes e requisições da reforma psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias na geração de renda e trabalho como no controle social, na direção da garantia do acesso a benefícios e outras políticas públicas. (ROBAINA, 2009).

Nesse sentido, conforme os parâmetros Nacionais para atuação na Política de Saúde, (CFESS, 2010, p.41) o trabalho do assistente social na saúde mental, caracteriza-se em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários, mobilização, participação em controle social, planejamento em gestão e assessoria,

investigação, qualificação e formação profissional. Tais eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada mas sim articulada a partir de uma concepção de totalidade.

§ 1º - O Assistente Social, em seu trabalho profissional com indivíduos, grupos e/ou famílias, inclusive em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, deverá ater-se às suas habilidades, competências e atribuições privativas previstas na Lei 8662/93, que regulamenta a profissão de assistente social. § 2º - A presente Resolução assegura a atuação profissional com indivíduos, grupos, famílias e/ou comunidade, fundamentada nas competências e atribuições estabelecidas na Lei 8662/93, nos princípios do Código de Ética do Assistente Social e nos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social previstos na Resolução CNE/CES/MEC nº 15, de 13 de março de 2002, garantindo o pluralismo no exercício profissional. (CEFES, 2010, p.40)

Segundo as diretrizes consolidadas a partir dos documentos produzidos pelo CFEES (2010, p.17) constata-se a orientação de que o Serviço Social na saúde mental atua nas mais diversas expressões da questão social, considerando o preconceito, estigma e vulnerabilidade em que as pessoas com transtorno mental, usuárias do serviço vivenciam.

Desse modo, a categoria passou a compor a equipe multiprofissional dos CAPS a partir do advento das novas configurações que a Reforma Psiquiátrica produziu para o campo da saúde mental no Brasil.

E nesse sentido,

A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e ético política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social; utilização dos recursos da informática. A formação profissional deverá desenvolver a capacidade de: elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos na área social; contribuir para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; realizar pesquisas que subsidiem formulação de políticas e ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública, empresas privadas e movimentos sociais em

matéria a relacionada às políticas sociais e à garantia dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos. (CFESS, 2010, p. 19)

Assim, no espaço da Saúde Mental o trabalho dos assistentes sociais deve estar voltado a intervir nas expressões da questão social e suas múltiplas faces, que se manifestam através do preconceito, estigma, desemprego, faltam de moradia, precarização do trabalho, dentre outras expressões presentes na sociedade, pois este é um espaço que surgem diversas demandas, que vão além da demanda por assistência psiquiátrica, mas também relacionada aos usuários e seus familiares em suas relações sociais, econômicas e culturais todas essas áreas de investimentos em políticas públicas.

2 O TRABALHO COTIDIANO DO ASSISTENTE SOCIAL A PARTIR DO CAPS III EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: DESAFIOS, PERSPECTIVAS E INSTRUMENTALIDADE .

Esse capítulo tratará do trabalho profissional dos assistentes sociais a partir dos CAPS, considerando desafios e possibilidades experimentadas pelos profissionais mediante as estratégias de intervenção construídas face as respostas profissionais as demandas trazidas pelas populações atendidas e suas famílias e aquelas que se referem a relação com a gestão pela via dos empregadores.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica passa a constituir um importante espaço sócio ocupacional de trabalho para os assistentes sociais.

O trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como em outros espaços de atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental, se faz extremamente necessária, pois é esse profissional que está capacitado para intermediar os direitos sociais garantidos por lei, para que estes sejam acessados pela população que demandam as intervenções da Política de Saúde Mental.

Dado esse entendimento, analisaremos que tipo de equipamento público são os CAPS e que serviços ele referencia, como foram criados, quais são suas diretrizes e quem é o público alvo a ser referenciado nesse equipamento público.

2.1 Espaço Sócio Ocupacional do CAPS e o Trabalho do Assistente Social.

Em Março de 1986 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, este foi o primeiro CAPS do Brasil, existente no (BRASIL, 2004).

Os serviços de Atenção Psicossocial (CAPS), compõem a Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS), que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de cuidado à saúde de pessoas que apresentam algum tipo

de comprometimento psíquico, assegurando os direitos garantidos na constituição da República federativa do Brasil de 1988, caracterizada como constituição cidadã, visto que a partir da sua criação direitos fundamentais, como o direito à saúde, à assistência e à previdência Social foram instituídos para a população brasileira.

Os CAPS, se caracterizam por serviços territoriais e substitutivos de saúde, abertos a comunidade, oferecendo atendimento diário por meio de assistência médica, psicológica e social e cultural aos portadores de transtornos mentais, com a finalidade de promover a cidadania e interação social do indivíduo com a sociedade e com a família (BRASIL, 2004), bem como a construção da autonomia. O trabalho desenvolvido nos CAPS contribui para que o portador de transtorno mental acesse os direitos garantidos na legislação de Saúde Mental, contribuindo assim para o entendimento de que o portador de transtorno mental, enquanto ser humano, deve gozar dos mesmos direitos que os demais cidadãos, sem sofrer nenhum tipo de discriminação por isso. (MARSHALL, 1967).

Assim sendo, os CAPS constituem a principal estratégia do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2004). dispõem de regulações normativas, como a portaria 336/02 que regulamentam suas modalidades, bem como suas diretrizes de funcionamento tipificando assim, a existência desses equipamentos.

A PORTARIA 336, publicada pelo ministério da saúde em fevereiro de 2002, consiste em um dos mecanismos que visa fortalecer o acesso aos direitos dos portadores de transtorno mental e as diretrizes que nortearão o funcionamento dos centros de atenção psicossocial (CAPS). Desse modo, o artigo 1º da portaria estabelece que: Art.1º Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.

Nos parágrafos 1º e 2º essa mesma portaria 336/2002 estabelece quais são as modalidades de funcionamento, quais são os tipos de transtorno a serem

atendidas em cada modalidade, bem como o regime de tratamento, podendo este ser Semi-Intensivo¹ e não intensivo².

Nesse sentido, a portaria estabelece que:

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, Semi-Intensivo e não intensivo, conforme definido adiante. § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; (BRASIL, 2002, s.p.)

Sendo assim, conforme a regulamentação da Portaria 336/02:

CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS III são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias por semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPSad tem sua especialidade no atendimento para usuários de álcool e outras drogas, com atendimento diário à população com transtorno mental decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004, p. 22)

Nessa proposta os CAPS, são equipamentos públicos de referência no âmbito da Política de saúde Mental cujas diretrizes de intervenção previstas nas normativas federais estabelecem um método de trabalho.

¹ Parágrafo único da portaria 336/02. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; Semi-Intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS;

² não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

De acordo com o (artigo 3º da portaria 336) “Os CAPS só poderão funcionar em áreas físicas específicas que seja independente de qualquer estrutura hospitalar”.

Quanto à estrutura e as normativas inerentes ao CAPS III, à portaria 336/02, classifica-os como Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: Serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, devendo funcionar diariamente, incluindo feriados e finais de semana; sendo geridos sob a responsabilidade e coordenação do gestor local.

Os atendimentos a serem realizados pelos CAPS, devem acontecer na seguinte direção: Atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares, consultas psiquiátricas e atendimento social às famílias, com a finalidade de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva de trabalho, a portaria traz em seu bojo, orientações quanto à alimentação dos pacientes, sobre o tempo limite para acolhimento noturno de um mesmo paciente, a saber 7 dias ou 10 dias caso haja seja em dias intercalados dentro de um prazo de 30 dias. Sendo o CAPS um espaço de assistência psicossocial, a modalidade de trabalho emergente é a do trabalho multiprofissional.

Nesse sentido, a normativa estabelece que:

Para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: 03 (três) técnico-auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. (BRASIL, 2000, s.p.)

Dentre as diversos espaços ocupacionais que o serviço Social está inserido, está o campo da Saúde Mental, pois com o passar dos anos e sob as bases da Reforma Psiquiátrica, este tem se constituído um dos principais mercados empregadores de assistente Social no Brasil. (ROSA, 2016, p. 18).

Tendo como objeto de trabalho a questão social, o Assistente Social tem a tarefa de buscar meio de intervenção nas expressões da questão social que estão sempre presente na sociedade, essa intervenção deve se dar por meio de um trabalho positivo, tendo como objetivo a superação das desigualdades sociais, e a contribuição para a formação de uma sociedade mais justa e igualitária. Diante disso também se faz necessário que o profissional não adote uma postura messiânica, mas busque, por meio de uma intervenção pautada em preceitos ético-político construído coletivamente e através da articulação com projetos macro societários contra hegemônicos. O projeto ético político profissional vem afirmar essa essencialidade de pensar e repensar o cotidiano de forma totalizante, haja vista que o profissional de Serviço Social está inserido no contexto Neoliberal e sofre a mesma problemática que os demais trabalhadores.

Conforme afirma IAMAMOTO (1998):

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 1998, p.28)

Desse modo, a população usuária,(pacientes e familiares), dos serviços de assistência psicossocial, constitui o público alvo a ser atendido pelo assistente social na Saúde Mental. A ação do profissional deve seguir em direção a mediação dos direitos dessa parcela da população que historicamente e por longos e terríveis anos foi excluída do convívio social em uma sociedade onde o indivíduo é cada vez mais cobrado a se padronizar, a fim de responder as expectativas do mercado. Quando

isso não acontece, são estigmatizados pelos “açóites” desse severo sistema. Analisando a realidade apresentada, entende-se, que o assistente social no espaço sócioocupacional do CAPS, dispõe de mecanismos necessários para um trabalho que contribua com o expansionismo do projeto da Reforma Psiquiátrica.

2.2 Competências e Atribuições Profissionais do Assistente Social do Espaço Do CAPS III em Campos dos Goytacazes: O Trabalho Cotidiano, Desafios e Perspectivas.

O CAPS III em CAMPOS DOS Goytacazes, denominado, Dr. Romeo Casarsa, foi inaugurado em 29 de Março de 2009. Atualmente está situado na Rua Baltazar Carneiro N° 90 - Centro de Campos dos Goytacazes³ - RJ. E compõe a rede municipal de atenção psicossocial do município juntamente com outros serviços de saúde mental, tais como:

- P.U. Psiquiátrico - Atendimento 24h para pessoas em situação de crise psiquiátrica.
- CAPS-i Dr. João Castelo Branco - Atendimento intensivo, Semi-Intensivo e não intensivo a crianças e adolescentes com sofrimento mental.
- CAPS AD - Dr. Ari Viana - Atendimento intensivo e não intensivo para adultos em uso abusivo de álcool e outras drogas.
- CAPS II - Dr. João Batista de Araújo Gomes - Atendimento intensivo, Semi-Intensivo e não intensivo a adultos com sofrimento mental.
- UAI - Centro de assistência infantil.
- Ambulatório Psiquiátrico no Hospital São José - Acompanhamento ambulatorial com prévio agendamento.

³Segundo o Plano Municipal de Saúde (2014-2017), Campos dos Goytacazes é o Centro Econômico da Região Norte do estado do Rio de Janeiro e a maior cidade do interior fluminense, com uma população de 463.731 habitantes (2010). É também o município com a maior extensão territorial do estado, com uma área total de 4.026.696 km². Dividido em cerca de 106 bairros em 14 distritos.

Também estão inserida nessa rede, instituições particulares e filantrópicas, que participam em caráter complementar, como o hospital Henrique Roxo e o Abrigo João Viana.

O atendimento prestado no CAPS III, DR. Romeo Casarsa, segue as regulamentações estabelecidas na legislação vigente que regulamenta os serviços de Saúde Mental, nas quais são: A portaria GM/ 336/02, e Lei 10.216, que estabelecem a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Assim, o atendimento no CAPS III, está direcionado a pacientes psiquiátricos crônicos graves, maiores de 18 anos, da população campista dentro do seu território de abrangência. (ROSA, 2016, p.50).

A renda per capita do paciente não se constitui condição necessária para ele ser atendido, visto que a constituição defende a saúde como um direito universal, porém, por meio da experiência vivenciada nos 2 anos de estágio no CAPS, pode-se concluir que a maioria das pessoas que frequentam os CAPS são pessoas de classe média baixa ou em situação de extrema pobreza.

A fonte de recursos financeiros da instituição, advém de doações de voluntários e também da verba enviada pela secretaria estadual de saúde ao município, que por sua vez repassa aos CAPS em forma de serviços necessários para a atuação da instituição, como alimentação, manutenção de serviços gerais.

Conforme expresso na Portaria 245:

§ 2º Os incentivos repassados deverão ser aplicados na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, podendo ser utilizados para reforma do local em que funcionará o CAPS, compra de equipamentos, aquisição de material de consumo e/ou capacitação da equipe técnica e outros itens de custeio. (BRASIL, 2005, s.p.)

O trabalho de atendimento aos pacientes do CAPS III, é feito pelo equipe multiprofissional, que durante no período de estágio era composta por 2 médicos psiquiatra, 2 psicólogos, 4 assistente sociais, 9 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 1 farmacêuticos, além da equipe de apoio como, 2 assistentes administrativos, 1 porteiros, 4 vigilantes, e 2 funcionários de serviços gerais.

O atendimento no CAPS III, sobretudo o atendimento chamado de porta de entrada, é feito mediante agendamento, podendo ser por demanda espontânea ou por encaminhamento de outras instituições de assistência social ou jurídica, e o técnico que faz o atendimento pela primeira vez, passa a ser o técnico de referência do paciente. Caso seja concluído que a pessoa não apresenta perfil para ser atendido na instituição, ele imediatamente é encaminhado para um ambulatório da rede pública de saúde ou para a rede particular, caso seja de seu interesse. Porém ser for concluído que tem-se o perfil de portador de transtorno mental grave, essa pessoa é cadastrada e passa a ser assistida pela equipe multiprofissional do CAPS.

A inserção do Serviço Social na instituição ocorreu em concomitância à abertura do CAPS III no município, sobretudo devido à necessidade de fazer valer o projeto político proposto pela Reforma psiquiátrica, buscando garantir os direitos de cidadania, prestando aos pacientes e a sua família os atendimentos que se fizeram necessários para a democratização do acesso a ações de políticas públicas que consistem no reconhecimento de direitos sociais.

Assim, o trabalho do assistente social na instituição se materializa por meio de instrumentos como os atendimentos individuais, os atendimentos em grupos de família, Os encaminhamentos intersetoriais para outros serviços sócio assistenciais, envio de parecer social dos pacientes, para fim de respostas aos órgãos judiciais, sobretudo ao Ministério Público e outros órgãos como o INSS, além de participação em eventos culturais, à realização de visitas familiares, dentre outras ações, visando assim, promover um trabalho que contribua para a inclusão social e a construção de um cotidiano fundamentado na dignidade do indivíduo.

Analisar o trabalho do Serviço Social no CAPS III em Campos dos Goytacazes exige uma reflexão sobre a direção social, ética e política das intervenções que vem sendo desenvolvidas pelo Serviço Social na instituição mediante a relação do trabalho de acompanhamento do ser humano com sofrimento psíquico e de suas respectivas famílias.

Para cumprirmos com esse objetivo, faz-se necessário a construção de mediações que possibilitem decodificar o lugar do Serviço Social, analisando as contribuições do trabalho profissional a partir dos CAPS, e os desafios colocados

mediante a dimensão psicossocial, desenvolvendo assim, uma análise das competências e atribuições do assistente social a partir do projeto terapêutico na direção política do projeto profissional buscando repensar essa contribuição a partir da instrumentalidade do trabalho profissional.

Rosa (2016, p.29) considera que uma das maiores desafios dos assistentes sociais que atuam na Saúde Mental, está relacionado à dificuldade que muitos profissionais tem em apreender como as múltiplas manifestações do seu objeto de trabalho, a saber a questão social, se expressam nesses espaços, visto que o Serviço Social é uma profissão que tem características singulares e não atua sobre uma única necessidade humana (NETTO E CARVALHO, p.52 apud ROSA, 2016, p 30), logo o trabalho do Assistente Social não deve se limitar ao espaço institucional, sendo necessário o desenvolvimento de um olhar crítico sobre a realidade que está posta.

Conforme mencionado acima à maioria das pessoas que acessam os serviços públicos de saúde geridos pelo SUS, são de classe média baixa e em condições de vulnerabilidade social, isso nos remete ao entendimento de que as pessoas que recebem assistência no CAPS III, apresentam necessidades que estão agregadas ao seu modo de vida como um todo, o que as coloca na situações de vulnerabilidade social, são questões que estão ligadas à baixa escolaridade, por exemplo, pois embora no CAPS III, Dr. Romeo Casarsa tenham pacientes com formação de ensino superior, ou médio, em uma pesquisa realizada na instituição, os dados mostraram que, estes são uma pequena minoria de 20%, enquanto a grande maioria (80%) não chegaram a concluir nem mesmo o 3º ano do Ensino fundamental.

Outros fatores que contribuem para o agravamento da vulnerabilidade do paciente e se constitui em demandas para o serviço social, estão relacionados, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e aos medicamentos.

Não poucos são os casos que familiares de pacientes acionam o Serviço Social para solicitar que o assistente social providencie os medicamentos necessários, ambulância, ou o benefício do passe para transporte público, para que assim, este possa acessar os bens e serviços.

O fator moradia também se constitui um agravante e um desafio para o trabalho do assistente social. Existem famílias que embora estejam dentro do território de abrangência do CAPS, moram longe da instituição e não tem condições de arcar com as despesas de transporte para o paciente chegar até o respectivo CAPS. Fatores como os mencionados acima, se tornam rotineiros, devido à ausência ou precariedade da intervenção estatal em políticas públicas de corte social (ROSA, 2003, p.190), contribuindo assim, em grande escala para que o assistente social, busque em meio aos desafios e as precárias condições, desenvolver um trabalho que atenda as demandas colocadas desde que essas sejam de sua competência.

Como já mencionado acima, todo trabalho de assistência psicossocial realizado no CAPS III, é feito pela equipe multiprofissional. Analisar esse acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional nos remete ao entendimento de que cada profissional tem um “papel” e uma área de atuação específica que contribui ao atendimento qualificado do paciente, dentro da dinâmica de suas competências.

Nesse sentido, cada profissional tem sua área de atuação específica, logo o assistente social nesse espaço de cunho psicossocial conforme institui a Política Pública de Saúde Mental a partir de sua Portaria 336/02 e da Lei 10.216/01 não deve lançar mão de um trabalho psicologizante como meio para atender as demandas, uma vez que o objeto de trabalho do assistente social são as expressões da questão social.

Sendo assim, o trabalho do Assistente Social no espaço do CAPS, bem como em toda rede de saúde mental, deve ser um trabalho voltado para identificar as necessidades sociais do paciente. Como menciona, (ROSA, 2016 p.24) “era de se esperar que tivesse um acúmulo em termos de levantamentos de perfis sócio demográficos e estudos socioeconômicos e metodologias de ação.”, ter esse entendimento não significa que o Assistente Social vá “fechar os olhos” para as demais necessidades, mas significa que ele terá uma atuação baseada nos princípios éticos da profissão, conforme explicito no código de ética dos assistente social no que tange as competências do Assistente Social. Conforme descrito no Art.

4º São competências do Assistente Social: II. Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com a participação da sociedade civil. (CFESS: 2002, P. 17)

As demais necessidades do paciente devem ser analisadas pelo profissional que possui competência para tal. Um trabalho onde um profissional realiza práticas que não é de sua competência está fadado ao fracasso, e a perda da identidade profissional.

2.3 O Trabalho do Serviço Social no CAPS III em Campos dos Goytacazes com as Famílias: Desafios, Possibilidades e Instrumentalidade.

Ao analisar especificamente quanto à atuação do assistente Social na Política Pública de Saúde Mental, e mais especificamente a partir dos CAPS, buscamos pensar sobre as estruturas desse trabalho e como este vem se desenvolvendo ao longo dos anos no que tange as políticas públicas e como o profissional do Serviço Social atua na intermediação dos direitos sociais no acompanhamento às famílias, por meio do seu trabalho.

Para maior compreensão, analisaremos as principais mudanças que ocorreram na família como um todo desde o meado do século XIX até os dias atuais, analisando os novos arranjos familiares e a forma como o assistente social vai se posicionar nesse contexto.

Antes do século XIX, o principal arranjo familiar que imperava, era o da família nuclear, formada por pai, mãe e filhos, demarcando um tempo em que se estabelecia as relações em torno do poder feudal, (FONSECA, 2002, p.212), as relações familiares se materializava em todas as formas de organizações como o trabalho, a política, a religião, a educação e a vida familiar em toda a sociedade, sempre sob o controle do patriarca. Somente a partir do século XX, que a família já passa a ser alvo de estudiosos que buscam estudá-la e desvendar sua dinâmica. De forma a pensar a família numa perspectiva para além de seus determinantes biológicos e teológicos (AZEREDO, 2015, p.91) demarcando um tempo de grandes avanços e de mudanças consideráveis que aconteceram no contexto social, estabelecendo novos conceitos e perfis de família em toda a parte do mundo devido

o processo de urbanização que trouxe para as famílias um caráter funcionalista, sendo considerado, segundo pesquisas de Talcott Parsons (1955), um subsistema do sistema social.

Nesse contexto de transformação econômica no modo capitalista de produção, acontecem mudanças em algumas áreas do campo do “psi”, onde a família por vezes foi à única responsável pelo cuidado com o PTM, e culpabilizada pela emergência de um portador de transtorno mental, ao mesmo tempo é transformada em paciente (ROSA, 2003, p.30).

Ao analisar a possível mudança do familiar enquanto cuidador/auxiliar da pessoa PTM, para paciente, somos levados a entender que fatores internos a essa família contribuíram para o adoecimento de outros membros da composição familiar, tanto na esfera psicológica quanto nas questões sócio econômicas, colocando esse agrupamento em situação de vulnerabilidade social, visto que o principal cuidado com portador de transtorno mental quase sempre advém dos familiares que precisam estar inseridos no mercado de trabalho para atender as necessidades econômicas da família.

Todavia muitas vezes essa necessidade de cuidado se apresenta como um desafio para o familiar que tende a oferecer um cuidado ineficiente, carregado de falta de informação e o despreparo dos sujeitos que compõem a vida família para lidar com as expressões do sofrimento psíquico e o novo contexto. (ROSA, 2003, p. 29). Fator que resulta em um cuidado inexperiente, acompanhado da cobrança social, de preconceito, limitação, e estigma como determinantes culturais do modelo econômico de sociedade que acabam por ser reproduzidos pelos sujeitos no contexto das relações familiares.

Muitos são os casos onde o próprio familiar não sabe como lidar com a doença e com as mudanças que ela traz na rotina da família, e por vezes cobram do paciente uma postura ou comportamento que este devido o seu comprometimento psíquico não consegue dar em resposta ao que lhe está sendo demandado.

No CAPS III em Campos dos Goytacazes, encontramos mediante os registros dos atendimentos efetuados durante o estágio supervisionado, “casos” em que a

família devido ao esgotamento físico e psicológico se afastou, deixando o paciente somente sob os cuidados, das instituições que trabalham com a política de saúde mental.

E nessa perspectiva que Rosa (2003) vai referenciar o transtorno mental como algo que “provoca deslocamentos na perspectiva e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código do grupo”. Provocando diversos abalos no grupo familiar, sobretudo de ordem psicossocial. (ROSA, 2003, p.28)

É nesse contexto de conflitos, e desafios que envolve o relacionamento entre as famílias do PTM, que o assistente social no CAPS III- Dr. Romeo Casarsa-, busca por meio das políticas públicas darem respostas às demandas existentes. O desafio é fazer convergir os olhares e práticas para a construção de algo novo, dando uma direção às diferentes intervenções sem perder o foco das especificidades entre as áreas e profissões.

O trabalho do serviço Social junto às famílias no CAPS III, inicia no primeiro atendimento na “Porta de entrada”. Este primeiro contato consiste, em um atendimento específico para conhecer um pouco da realidade e do cotidiano dessa família, nesse espaço a família compartilha o histórico do paciente, são abordadas questões como primeiros surtos (idade do 1º surto, como ocorreu, quais foram os procedimentos para conter o paciente, etc.), rotina diárias do paciente, (Se faz alguma atividade cotidiana, se faz uso de alguma substância psicoativa) seguidas de um levantamento da situação sócio econômica da família, (se possui, algum benefício social, como BPC, questiona-se sobre as condições de moradia, renda familiar) e mediante as respostas são as expressões as orientações do profissional, bem como a conclusão se o paciente possui perfil para ser atendido na instituição.

Para além da porta de entrada, o Assistente Social pode apreender a realidade vivenciada pelos pacientes do CAPS, por meio dos atendimentos individuais e por meio dos grupos de família. No CAPS III, o grupo de família, acontece todas as Segundas Feiras, constituindo um espaço aberto em que as famílias vão nele ingressando mediante convite realizado pela equipe técnica. A seleção das famílias é feita de modo a reunir aquelas que vivenciam situações

semelhantes (COSTA; ALMEIDA; RIBEIRO; PENSO; 2009). Nesse “espaço” juntamente com os profissionais da psicologia, o assistente social busca identificar as demandas apresentadas pela família contribuindo para um trabalho de mapeamento dos direitos violados (civis, políticos e sociais) e de fortalecimento dos laços familiares.

Visando contribuir para que as famílias consigam entender de forma mais ampla o seu papel junto ao seu familiar com sofrimento psíquico. O apoio aos familiares se constitui parte importante no projeto terapêutico previsto pela política de Saúde Mental a partir dos Centros de Atenção Psicossocial.

A contribuição do Assistente Social no âmbito das políticas públicas realizadas a partir da experiência do trabalho é de suma importância, para reafirmar a condição do PTM, como cidadão de direito. É importante frisar que o assistente social nesses grupos não deve usar de técnicas terapêuticas para atender as demandas, tais práticas terapêuticas como instrumento de trabalho para o serviço social, é vedado por meio da resolução 569/10. Referida resolução está entre as deliberações do 38º encontro nacional CFESS, CRESS/2010. Frente a isso Rosa (2016, p 25) apresenta como razão para essa resolução o fato de muitos Assistentes Sociais, sobretudo na região sudeste (RJ e SP) ainda utilizar de práticas terapêuticas no cotidiano profissional.

As práticas terapêuticas não compõem o conjunto de atribuições privativas do assistente social, conforme estabelece a Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão. Baseado na sua competência teórico- metodológica o assistente social trabalha com as famílias questões voltadas para a condição de cidadão de direito de cada indivíduo, articulando suas atribuições e objetivos profissionais ao que está assegurado na Lei 10.216/01 que em seu artigo 2º assegura que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados acerca dos direitos garantidos pela Lei citada acima, por em prática tais direitos, não se constitui tarefa fácil mediante os aparatos estatais que ampliam a limitação ao acesso as políticas sociais no “Estado dos monopólios”, Estado esse, que preserva e controla a força de trabalho ocupada mediante regulamentação da relação capital/trabalho. (SILVA E SILVA 2007, p. 3)

Nesse sentido, embora haja direitos que já estão garantidos por lei, há também uma limitação no acesso dos mesmos, tais aparatos não deve se constituir motivo suficiente para o Assistente Social compreender uma realidade como definitiva e reter-se a uma práticas messiânicas ou fatalistas, na verdade o profissional deve buscar compreender as questões apresentadas dentro de uma totalidade e por meio do método dialético desenvolver uma ação que vá a caminho da singularidade rumo à universalidade para compreender uma determinada situação.(SOUZA, 2006, p.123).

Essa análise se torna possível, por meio de suas múltiplas competências e atribuições, tendo em vista a luta por uma nova ordem societária (SANT'ANA, 2000 p.81) traçar estratégias de intervenção para intermediar os direitos do cidadão, visto que os direitos são conquistas históricas e devem ser acessadas pelos indivíduos de forma direta, sem discriminação, sem exclusão, fortalecendo assim os princípio de igualdade, liberdade, e fraternidade na sociedades.

Vale ressaltar que:

As múltiplas competências e atribuições para as quais é chamado a exercer no mercado de trabalho exigem uma interferência prática nas variadas manifestações da questão social, tal como experimentadas pelos indivíduos sociais. Essa exigência, no âmbito da formação profissional, tendeu a ser unilateralmente restringida ora aos procedimentos operativos, ora à qualificação teórica como se dela automaticamente derivasse uma competência para a ação. (IAMAMOTO, 2007, p. 240)

Para atender as demandas apresentadas pela população usuária dos serviços substitutivos do CAPS III, assistente social conta com alguns instrumentos técnico operativos para concretizar a ação. Os instrumentais técnicos operativos são “um conjuntos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional” (MARTINELLI, 1994 p. 137). Dentre os principais instrumentos utilizados pelo assistente social do CAPS III, está a folha de produção diária e as folhas de encaminhamentos e registros de acompanhamento social, onde são anotadas todas as atividades realizadas no referido dia, as providencias tomadas mediante a demanda apresentada pelo paciente, pela família, ou por algum outros órgão da saúde pública, da assistência (CRAS) e de instituições sócio jurídicas, (Ministério

Público, por exemplo). Uso de folhas cadastrais, encaminhamentos, observação, que segundo Souza (2000) é um processo mental e ao mesmo tempo técnico.

Os atendimentos individuais acompanhados de relatórios e quando necessário às visitas domiciliares, para fim de se conhecer melhor a realidade cotidiana do paciente, também constituem instrumentos de trabalho do Assistente Social no CAPS III. Outros instrumentos utilizados são as anotações em prontuários, os atendimentos individuais com finalidade de registrar possíveis mudanças (avanços/retrocessos) no contato com o paciente.

Souza (2008, p.131) referencia ao instrumental como o resultado da capacidade criativa e da compreensão da realidade, para que algumas intervenções possam ser realizadas. Nenhum profissional consegue exercer sua função sem a presença de instrumentos de trabalho seguido de conhecimentos técnicos na área a qual vai atuar, assim também, o assistente social dispõe de instrumentos para a execução do seu trabalho.

Da instrumentalidade das respostas profissionais, no que se refere à sua peculiaridade operatória, ao aspecto instrumental-operativo das respostas profissionais frente às demandas das classes, aspecto este que permite o reconhecimento social da profissão, dado que, por meio dele o Serviço Social pode responder às necessidades sociais que se traduzem (por meio de muitas mediações) em demandas (antagônicas) advindas do capital e do trabalho. Isto porque as diversas modalidades de intervenção profissional tem um caráter instrumental, dado pelas requisições que tanto as classes hegemônicas quanto as classes populares lhe fazem. Nesta condição, no que se refere às respostas profissionais, a instrumentalidade do exercício profissional expressa-se: nas funções que lhe são requisitadas: executar, operacionalizar, implementar políticas sociais; a partir de pactos políticos em torno dos salários e dos empregos (do qual o fordismo é exemplar) melhor dizendo, no âmbito da reprodução da força de trabalho no horizonte do exercício profissional: no cotidiano das classes vulnerabilizadas, em termos de modificar empiricamente as variáveis do contexto social e de intervir nas condições objetivas e subjetivas de vida dos sujeitos (visando a mudança de valores, hábitos, atitudes, comportamento de indivíduos e grupos). (GUERRA, 2000, p. 8)

Embora o Assistente Social se depare com limitações cotidianas de enfrentamento das expressões da questão social, o trabalho do profissional deve ser

marcado por comprometimento com o projeto ético político e com as diretrizes que regem a profissão, de forma atender as demandas apresentadas pela população usuária dos serviços assistenciais.

Diante disso pode se ampliar o campo de proposição das ações também por meio de mobilização dos grupos e por meio do manuseio das competências teórico-metodológicas, técnico operativas e ético-político, visto que o Assistente Social, não é detentor da sua força de trabalho e o campo saúde mental se estabelece como um espaço de correlação de forças. Nesse campo a necessidade de um profissional competente e comprometido se amplia mediante o novo Modelo de Assistência em Saúde Mental, consistindo em um campo preenchido de desafios para os trabalhadores da área, exigindo o manuseio de novas técnicas e a adoção de novas perspectivas teóricas e éticas.

A realidade vivenciada pelo usuário dos serviços de atenção em saúde mental exige uma intervenção profissional crítica e competente, que só poderá se concretizar através de uma análise dialética da realidade e compromissada com a democracia e a cidadania contempladas pelo projeto ético político profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho monográfico teve por objetivo principal analisar as contribuições e desafios experimentados pelos Assistentes Sociais a partir do Trabalho do Serviço Social na Política de Saúde Mental: Contribuições e Desafios ao projeto profissional a partir do CAPS III em Campos dos Goytacazes. O presente trabalho foi realizado, a partir de pesquisa bibliográfica e da experiência de estágio no espaço de Assistência Psicossocial do CAPS III, onde se demonstra que a defesa democrática da universalização ao direito a saúde se articula a um trabalho de resistência, defesa e militância que vai requer dos profissionais envolvidos, grande comprometimento, pois, somente o comprometimento ético, político poderá orientar o assistente social a uma intervenção crítica, criativa e proativa, na direção de contribuir para menor índice de desigualdade sofrida por esse sujeito PTM e suas famílias.

O debate atual do estudo em tela foi impulsionado como já relatamos ao longo desse trabalho pela Política de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica e o Serviço Social num estudo do trabalho cotidiano da atuação da Assistente Social no CAPS III, tendo em vista que o mesmo apresenta a prática profissional como espaço legítimo de atuação e, sobretudo de inclusão dos PTM como cidadãos plenos de direitos.

A Assistente Social luta pela garantia dos direitos dos usuários dentro do CAPS III, porém a falta de capacitação e de recursos necessários vem se constituindo um desafio identificado ao produzir esse trabalho.

Ao analisar as condições sub-humanas que viviam as pessoas com algum tipo de transtorno mental, somos levados a analisar que muitos avanços já ocorreram. A Reforma Psiquiátrica se apresenta para essas pessoas como um novo tempo de possibilidades e esperança, visto que por meio da Reforma, novos modos de tratar a loucura se estabeleceram, visando conceder a estes uma vida “fora dos muros” dos manicômios por meio da desinstitucionalização de pacientes, sobretudo aqueles com longos históricos de internações psiquiátricas. Daí se iniciou a criação de projetos e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas distintas modalidades, Residências

Terapêuticas (R.T) e abertura de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, para atender as demandas e ao mesmo tempo trabalhar com os pacientes e com aos seus familiares as novas possibilidades de tratamento, bem como os novos modelos assistenciais.

Portanto, o contato do profissional com o PTM, não deve ser apenas um trabalho burocrático, imediatistas ou de tratamento moral, baseado em pré conceitos, ou limitações dadas às condições desfavoráveis da políticas públicas, é preciso exercer um trabalho que contribua para a inserção do paciente no cotidiano social, que desperte nele a sua condição de direito, respeitando assim a dignidade da pessoa com sofrimento psíquico.

Considerando que o PTM, por anos foi desprovido de sua condição de cidadão, sendo excluído a um cenário de fraude aos direitos humanos e que por meio da Reforma Psiquiátrica este passou a ser um espaço sócio ocupacional do Serviço Social, este trabalho visa contribuir com a categoria dos assistentes sociais que estão inseridos nos espaços subordinados a política de saúde Mental, numa perspectiva teórica para se pensar a realidade e os desafios, inerentes ao trabalho do profissional, sobretudo nos espaços substitutivos dos CAPS III, refletindo acerca do papel do Assistente Social enquanto um trabalhador inserido na divisão sócio técnica do trabalho.

Por fim entendemos que este profissional, embora esteja entre os profissionais que atuam nos CAPS, principalmente, no sentido de proporcionar aos portadores de transtorno mental o acesso aos seus direitos e a garantia da efetivação da cidadania, não pode perder de vista seu objeto de trabalho, a saber, as expressões da questão social, preservando assim sua identidade profissional e deixando sua marca como um profissional competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Revisitando os Paradigmas do Saber Psiquiátrico: Tecendo o Percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica. In: **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.

BOBBIO, Noberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro, Campus, 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica** de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

_____. *Constituição Federal de 1988*. 26. ed. Seção II — Da Saúde (arts. 196-200). Brasília, 2012. p. 55.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil** - Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: 07 a 10 de novembro de 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Amostra por domicílios. IBGE, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

BRASIL. Lei 10216 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. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

BRASIL. **Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. **Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas.

BRASIL. **Portaria nº 246 de fevereiro** na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

BRASIL. **Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003**. Institui o auxílio reabilitação psicossocial - Projeto de Volta para casa. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 245 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2005.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **“Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”**. Brasília, 2009.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei 8662/1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acessado em: Maio de 2017.

_____. Código de Ética do Assistente Social e Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. 3. ed. Brasília, 2012.

_____, Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética do/a Assistente Social e dá outras providências. Fonte: www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf - Acessado em 29/11/2014

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERNANDES, Flora e MOURA, Joviane A. **A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental** (parte II) in: <http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/> 2009. Acesso em: Maio de 2017

FOUCAULT, M. **A História da loucura na idade clássica**. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. **Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ditos & Escritos, 5).

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. *Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, "Capacitação em Serviço Social e Política Social", Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais*, CFESS/ABEPSS- UNB, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983. Parte II – Aspectos da História do Serviço Social no Brasil (1930-1960).

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão social no capitalismo**. Temporalis: Brasília, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social**: ensaios críticos. 6ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 14. ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 34º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2011.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967, p. 57-144.

MARX, Karl. *O capital, Volume I* – Trad. J. Teixeira Martins e Vital Moreira, Centelha - Coimbra, 1974.

PARSONS. Talcott. The American Family: Its, Relations to Personality and to the social Structure. In: PARSONS; BALES, R.F. (org.). **Family, Socialization and interaction**

PEREIRA. Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01).** / Rosemary Corrêa Pereira. Rio de Janeiro: s.n., 2004. 244 p.

PEREIRA, Aline do Nascimento. **Desinstitucionalização: Um desafio posto a política de Saúde Mental de Campos dos Goytacazes.** Campos dos Goytacazes: *Revista Vértice*, v.16, nº 1, jan – abr, 2014, p.9-38.

RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz, **TENDÊNCIAS DA SEGREGAÇÃO SOCIAL EM METRÓPOLES GLOBAIS E DESIGUAIS: Paris e Rio de Janeiro nos anos 80.** Rev. bras. Ci. Soc. vol.14 n.40 São Paulo Jun. 1999

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Serv. Soc. Soc., Jun 2010. Nº102, p.339-351. ISSN 0101-6628.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO; Tânia Maria Ferreira Silva. **Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII-VIII, n. 7-8, DEZ, 2009. p. 75 a 105.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Atenção Psicossocial e Serviço Social.** Campinas: papel social, 2016.

SILVA, Danielle B. Marinho; SILVA, Amanda Alves da. **A reforma Psiquiátrica e o trabalho do assistente social.** São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007. Universidade Federal do Maranhão Programa de pós-graduação em políticas públicas III Jornada Internacional de Políticas Públicas Questão Social e desenvolvimento do século XXI.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, Cortez. Parte II. 2000 (p.127- 180).

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (Org.). **Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares.** V.II, São Paulo; Hucitec; 2008. 335 p

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da cidadania no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. In: ROSA, Lúcia C. S. ***Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade***. São Paulo: Cortez, 2010.