



Universidade Federal  
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS  
UNIDADE ACADÊMICA DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA DJANETE GOMES CARNEIRO DE SOUSA

**COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL JOÃO PAULO II, DA CIDADE DE  
SOUSA(PB)**

SOUSA – PB  
2015

MARIA DJANETE GOMES CARNEIRO DE SOUSA

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL JOÃO PAULO II, DA CIDADE DE  
SOUSA(PB)

Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação de Serviço Social da  
Universidade Federal de Campina Grande  
(UFCG), como requisito para obtenção do  
Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Ms. Maria da  
Conceição Silva Felix

MARIA DJANETE GOMES CARNEIRO DE SOUSA

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL JOÃO PAULO II, DA CIDADE DE  
SOUSA(PB)

Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação de Serviço Social da  
Universidade Federal de Campina Grande  
(UFCG), como requisito para obtenção do  
Grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em //2015.

---

Prof<sup>a</sup>.Ms. Maria da Conceição Silva Felix  
Orientadora

---

Prof<sup>o</sup>. Ms.Luan Gomes dos Santos  
Examinador

---

Assistente Social Tercina Queiroga de Oliveira  
Examinadora

A Deus e a toda a minha família, em especial meu pai Francisco de Andrade Carneiro, minha mãe Maria Djanira Gomes Carneiro, meus filhos Dayane, Luana e Vicente e a meu esposo Francisco Luciano, pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

A Professora Conceição Felix pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

Aos meus pais, filhos e esposo, pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares.

Ao meu tio Lirinha (*in memoriam*), embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força.

As minhas Avós Preta e Teté (*in memoriam*) pelos exemplos de dedicação e entrega incondicional a família.

Aos professores do Curso de Graduação de Serviço Social da UFCG, em especial, aos que contribuíram ao longo de todo o curso, por meio das disciplinas e debates, para a conclusão do curso.

Aos funcionários da UFCG, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio, em especial as amigas Beliza, Fabiana, Camila, Rayssa, Danielle e Katia.

“A única diferença entre a loucura e a saúde mental é que a primeira é muito mais comum.”

Millôr Fernandes

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo discutir as atribuições e as competências do Assistente Social desenvolvida no CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil João Paulo II, da cidade de Sousa-PB. Esse trabalho foi desenvolvido a partir de indagações despertadas no período de Estágio sobre as atribuições e competências do Assistente Social que se deu na referida instituição durante dois períodos do curso de Serviço Social da UFCG, com duração de 8 meses. Este objeto de estudo fará um breve histórico da política de saúde e da política de saúde mental dando maior ênfase às mudanças que ocorreram nessas duas políticas, a partir da década de 1970. Abordará ainda leis e portarias que regulamentam os serviços públicos em Saúde mental, após a reforma psiquiátrica brasileira, a se destacar os CAPS, como também os direitos conquistados dos acometidos de transtornos mental. A metodologia utilizada foi a qualitativa, empregando a pesquisa bibliográfica e conseqüentemente a experiência de estágio vivenciado no Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil, na cidade de Sousa PB. Será debatido a importância do Assistente Social nesse espaço sócio-ocupacional, como também a sua participação no tratamento do acometido de transtorno mental junto aos familiares.

**PALAVRAS CHAVES:** Assistente Social, reforma psiquiátrica, saúde mental, CAPS.

## **ABSTRACT**

This paper aims to discuss the duties and responsibilities of the social worker developed in CAPSi - Psychosocial Care Center of Children John Paul II, the city of Sousa PB. This work was developed from questions aroused in my internship period on the responsibilities and powers of the social worker that took place in that institution during two periods of the Social Service course UFCG, lasting eight months. This work will make a brief history of health policy and mental health policy a greater emphasis on the changes that occurred in these two policies from the 1970. Address decade still laws and ordinances regulating public services in mental health after the psychiatric reform Brazilian, to highlight the CAPS, as well as the rights of the mentally conquered disorders. The methodology was qualitative, using literature and consequently the internship experience experienced in Children and Youth Psychosocial Care Center in the city of Sousa PB. Will be discussed the importance of the social worker in this occupational social space as well as its participation in the carrier treating mental disorder with relatives.

**KEYWORDS:** Social Worker, psychiatric reform, mental health, CAPS.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 METODOLOGIA .....	12
3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
3.2 O embate entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.....	21
3.2.1 O Projeto Privatista.....	26
3.2.2 O projeto da reforma sanitária .....	28
4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES.....	29
4.1 Saúde mental: aspectos históricos.....	29
4.2 Competências e atribuições da prática do assistente social na saúde mental.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS.....	47

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema surgiu diante da minha experiência como estagiária no centro de Atenção psicossocial Infante juvenil CAPSi, João Paulo II, na cidade de Sousa PB.

A temática abordada tentará descrever a importância e a relevância das práticas desenvolvidas pelo o assistente social na instituição, como também a importância da presença deste no tratamento dos sujeitos acometidos de transtorno mental que chega até o Serviço Social.

Os objetivos desse trabalho buscarão identificar em quais aspectos sociais atua o Assistente social no CAPSi João Paulo II, no município de Sousa, tentando descrever as possíveis demandas que é considerada indispensável para a atuação do assistente social na referida instituição e analisar a prática profissional deste e sua relevância em relação aos usuários e familiares.

Esse tema é considerado de extrema importância, pois trata da reforma psiquiátrica que ocorreu no Brasil, tendo o seu início na década de 1970, sendo considerada como a maior conquista dos direitos de pessoas acometidas de transtorno mental, em que o assistente social passa a ter um importante papel nessa transformação que ocorreu na política de saúde mental no país, o qual tem a investigação como instrumento técnico operativo de intervenção, em que o profissional de acordo com Bisneto (2011), pode construir novas possibilidades de práticas emancipatórias junto à família, às redes sociais, à entidades de terceiro setor que forem progressistas, à associações autônomas e combativas de portadores de transtorno mentais[...] sendo indispensável a atuação do assistente social na identificação do conjunto das necessidades política, social, materiais e culturais.

Do ponto de vista metodológico o presente trabalho se constitui numa revisão bibliográfica das políticas de saúde do Brasil, dos CAPS, inserção do Serviço Social nessa área como suas funções e das observações e reflexões que surgiram no campo de estágio que se deu no Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil, João Paulo II, na cidade de Sousa PB, que integra um conjunto de atividades na área da saúde mental.

Nesse sentido, o trabalho está dividido em dois capítulos que tratará dos seguintes pontos: o primeiro capítulo tratará das transformações que ocorreram na

política de saúde brasileira a partir da década de 1970, levando em consideração a crise mundial que se instalou em todos os países, e que no Brasil os seus desdobramentos se deram em torno de dois projetos antagônicos em disputa, o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, estes tiveram várias repercussões na sociedade por vias das políticas sociais, inclusive na saúde.

O segundo capítulo abordará a reforma psiquiátrica brasileira e suas conquistas no âmbito da política de saúde mental reconhecendo o acometido de transtorno mental como sendo um sujeito de direitos e incluindo-o na sociedade, como também tratará das competências e das atribuições do Assistente Social no CAPSi, da cidade Sousa- PB, e no âmbito geral da profissão que ganhou grande significância diante dos princípios da reforma psiquiátrica por compartilharem de ideais semelhantes.

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho de conclusão de curso trata-se de uma pesquisa bibliográfica e conseqüentemente da experiência de estágio vivenciado no Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil, na cidade de Sousa PB.

A pesquisa bibliográfica se deu por parte de leituras de livros periódicos que abordam a temática estudada como também de artigos científicos, leis e portarias ministeriais, o que possibilitou a aproximação da fundamentação teórica do tema abordado.

A pesquisa foi fruto de minhas inquietações no período do estágio supervisionado, na instituição Centro Atenção psicossocial Infante juvenil João Paulo II, na cidade de Sousa PB.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa por entender que esta trata de assuntos muito particulares, como diz Minayo (2009,p.21), ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Ao se juntarem, todos esses fenômenos humanos são entendidos como parte da realidade social.

Em se tratando da experiência de estágio, este foi de extrema importância, pois permitiu um contato direto em relação ao tema, contribuindo assim, para uma pesquisa satisfatória, em que foi possível presenciar ações feitas pelas profissionais da instituição consideradas importantes e necessárias para se obter informações do tema proposto. A pesquisa bibliográfica assim como a experiência de estágio proporcionaram a coleta de dados necessários para o embasamento teórico e técnico do trabalho.

No entanto, para a realização dessa pesquisa foi utilizada leituras de autores que abordam o tema proposto como: Eduardo Mourão Vasconcelos, José Augusto Bisneto, entre outros, que dão sua contribuição na construção teórica desse trabalho sobre as competências e atribuições do Assistente Social no âmbito da saúde mental.

Outra modalidade utilizada nesse trabalho foi a observação que se deu nos dias de estágio na instituição, de acordo com Minayo(2009) a observação é considerada como um instrumento na construção de uma pesquisa. O diário de campo foi utilizado na pesquisa, como um documento, que continha informações das

demandas e das ações praticadas pelas as Assistentes Sociais no período de estágio.

Com as informações contidas no diário de campo, foi possível identificar as demandas que se davam na instituição, as formas como se davam a prática das Assistentes Sociais junto aos usuários que são acompanhados pelos os profissionais da unidade. De início, o primeiro contato que o responsável pelo usuário tem com a instituição é um processo denominado de triagem, em que no desenvolvimento desta pode ser percebido que ocorre uma ação investigativa do histórico de vida da criança ou do adolescente, em que se registra as principais queixas que levaram os responsáveis a procurar por estes serviços na instituição. A Assistente Social fica encarregada de encaminhar a criança ou o adolescente para uma avaliação que é feita pelo psiquiátrica da instituição para, a partir do laudo emitido pelo profissional, saber se o paciente necessita de intervenções que são realizadas na instituição que é composta por uma equipe multiprofissional. Foram observados ainda a evolução de prontuários pela a Assistente Social que se davam quando esta realizava grupos operativos, tendo a estagiária observado que esse é um processo cotidiano em relação à cada prática realizada pelas profissionais da instituição.

Portanto, o desenrolar da pesquisa se deu pelas leituras bibliográficas referentes ao tema, assim como pelo o estágio supervisionado através da observação e anotações contidas no diário de campo, o que possibilitou a coleta de dados e informações para a construção deste trabalho voltado para o referido tema.

### 3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A forma como a política de saúde no Brasil foi sendo estruturada está diretamente ligada à forte pressão da classe trabalhadora durante o processo de industrialização e surgimento da classe operária que reivindicava por melhores condições de trabalho e vida que incluíam as condições sanitárias, as demandas por acesso a serviços de saúde, à saúde do trabalhador, entre outros (Soares, 2010).

Neste período, o Estado se utilizava da repressão para combater os grupos que resistiam ao regime ditatorial, onde a política social, mais uma vez, foi utilizada como instrumento de controle das massas populares.

O golpe de 1964 fica conhecido como sendo um desfecho da crise, em que a burguesia passaria a dominar o Brasil. Esta classe dominante tinha a industrialização como base para o seu desenvolvimento. O sistema não agradava a população no seu modo de acumulação, pois este ia contra os ideais democráticos, nacionais e populares da sociedade.

A ditadura criou um novo aparelho estatal, porém este só veio a favorecer o capital financeiro nacional e estrangeiro garantindo a estabilidade social e política. Ficou conhecida como sendo um regime repressivo, opressivo e despótico com um Estado antidemocrático, o que excluiu totalmente o exercício da cidadania e da política.

O mecanismo utilizado pelo o Estado, nesse período, era a repressão, em que segundo Bravo (2011), o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, que tinha a finalidade de aumentar o poder sobre a sociedade, como também de amortecer as tensões sociais para conseguir legitimar o regime vigente e de favorecer a acumulação do capital.

Em relação às políticas assistenciais neste regime, ocorreu o processo de unificação das instituições previdenciárias, fato que culminou com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A união das instituições previdenciárias se deu pelo fato de que o Estado era o maior interventor na sociedade, tirando de cena os trabalhadores do jogo político na gestão da instituição, ficando agora estes só como financiadores do INPS.

Em relação à saúde na década de 1970, para o Estado, as deficiências na saúde pública se caracterizavam, de acordo com Bravo (2011, p. 59):

Pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas da saúde deveriam ser resolvido pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob a responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública, quanto na previdência social.

Entretanto, o que podemos perceber com essas propostas impostas à saúde é que o setor tinha que se adequar ao sistema capitalista com as modificações ocorridas no exterior, especialmente na área tecnológica. Neste período, a saúde pública teve um dos maiores declínios de toda a sua história, e em contra partida a medicina previdenciária cresceu em grandes proporções.

Nesse período, a atenção à saúde não era dada de forma coletiva à população e era notória a dicotomia entre a saúde pública e saúde curativa, os gastos com as endemias foram reduzidos, porque se constatou um crescente aumento de mortalidade geral como infantil, em 1970 a mortalidade por mil habitantes passou para 9,7% e a mortalidade infantil por mil nascidos vivos indicava 89,5%, como aponta Bravo (2011). Como se ver, os gastos públicos não foram reduzidos por melhores condições na saúde, não foram considerados os fatores sociais, e sim políticos, pelo qual vai se levar a implantação de um novo sistema de saúde no país pautado na medicina previdenciária.

A saúde, nesse período, não obteve grandes mudanças, sendo constatado que foi criado a integração de programas setoriais de atenção médica que era financiado e organizado pela previdência social. O discurso privatista estatal é implementado no país com o desenvolvimento do complexo previdenciário de assistência médica, esse modelo se dá pelo privilegiamento do produtor privado. Cinco características são consideradas marcantes para a implantação do complexo previdenciário.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986, p. 207-234 *apud* Bravo, 2011, p. 61-62):

- Extensão de cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da produção urbana, incluindo, após 1973, os

trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos.

- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalar.
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços.
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que essa prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Portanto, o que ficou claro é que a saúde era usada como uma forma de lucrar, passando a ocorrer uma diferença entre sua clientela, que agora era vista como um negócio de mercado a quem por ela podia pagar.

O regime político que se instalou no país em 1964, nos seus 10 anos de governo, não conseguiu sua consolidação junto à sociedade, isto porque a sua forma de governar era um governo que atendia as necessidades do capital e excluía os seus próprios correligionários o que os levaram a entrar em conflitos e tensões por lutas e causas diferentes nas áreas sociais, econômicas e políticas. Na correlação de forças, quem ganhou foi o bloco que representava o capital.

Como os atores ligados ao golpe de 1964 se sentiam traídos pelo o próprio partido, é que vai se configurar o processo de distensão política brasileira, que ganhou mais força quando a crise do milagre econômico brasileiro se evidenciou sobre a população com a alta taxa de inflação, o alto número de desemprego, o que levou a um processo de pauperização das classes trabalhadoras com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas em 1974, o que permitiu o aparecimento de forças sociais no cenário político que tentavam um espaço que foi vedado pelo o golpe de 1964, sem esquecer do aprofundamento da dívida externa do país neste período.

Diante das dificuldades expostas, os movimentos operários e populares se uniram porque havia uma grande insatisfação dos grandes setores como: camadas



médias urbanas e pequena burguesia, segmentos das forças armadas, da burocracia, da tecnocracia e da igreja o que levou a caracterizar o movimento como sendo uma crise social e política. Diversos grupos da sociedade civil, através de suas organizações, aliaram-se à oposição parlamentar, questionando o regime militar e exigindo o retorno ao estado de direito (Bravo,2011,p.66). Não resta dúvida que todas essas organizações tiveram fundamental importância no processo de distensão do país, porém, outra classe de extrema importância irá compor o cenário de lutas que são: a classe operária que vem com força total, com uma visão social e política, fortalecendo a sociedade civil em busca dos direitos mínimos da cidadania junto ao Estado.

A política social, nessa época, surgiu como forma de enfrentamento da questão social, com o objetivo de satisfazer as necessidades da sociedade e impedir os movimentos populares de se manifestarem em forma de protesto. A forma que o governo passou a tratar o social com medidas sociais em torno da questão social não agradou o bloco do poder que atendia ao capital, nasceu então, as contradições impostas ao governo, antes ele atendia os interesses do capital e não o social, o que aumentou muito a demanda para o Estado por conta da insatisfação da sociedade. Nasce então, a partir desse período, as facções de força entre o bloco do poder e também entre a classe dominada.

Entretanto, em face do pouco interesse pelas políticas sociais no pós 1964, com a perda da legitimidade do mesmo, o Estado passou a buscar novos mecanismos que pudessem atender de forma mais rígida as demandas impostas pela sociedade, o que se percebia que um novo modelo político estava no poder do Estado.

A crise econômica que se formou no país obrigou o governo a modificar algumas coisas na área da saúde. Essas mudanças não alterou em nada a forma como a saúde era assistida no país, pois permaneceu os dois ministérios, da saúde e da previdência social continuando aquela velha dicotomia entre a assistência médica e a saúde coletiva, porém o que se percebeu foi a alteração na arena política que foi ampliada com a inclusão de diversos segmentos da sociedade. O governo focou na questão social e viu na previdência social a forma de amenizar as múltiplas expressões da mesma.

O governo, no final do ano de 1974, cria o Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento (FAS), com o objetivo de dar um suporte financeiro aos programas

e projetos voltado ao social. Até 1977, os recursos da FAS estavam comprometidos com a área de saúde e previdência, sendo que 20,5% se destinaram ao setor público e 79,5% ao setor privado. De acordo com os números, percebe-se que esse fundo se destinou quase na sua totalidade ao financiamento hospitalares com fins lucrativos (Oliveira e Teixeira,1986).

As mudanças que ocorreram na área da saúde se deram em reformas institucionais porque, de acordo com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), os problemas de saúde e assistência médica eram de ordem gerencial e administrativa, e não focavam nos determinantes estruturais. Seguindo o quadro de mudanças, a legislação previdenciária também passou por algumas modificações aproximando-se do modelo de seguridade social.

De acordo com Bravo (2011, p.72) as mudanças foram:

Inclusão do salário maternidade entre as prestações da previdência social; amparo previdenciário para os maiores de 70 anos e para os inválidos que tenham contribuído ou exercido, mesmo sem contribuir, atividades vinculadas à previdência; atribuição ao fundo de assistência ao trabalhador rural (FUNRURAL), de concessões de prestações por acidentes ao ruralistas; restabelecimento do pagamento da aposentadoria integral aos aposentados que retornaram às atividades.Com essas ampliações, a legislação expandiu a cobertura da assistência para fora da população economicamente ativa, estendendo seus benefícios.

Mesmo diante dessas mudanças ocorridas na legislação, a assistência médica previdenciária mostrava-se desorganizada por conta do novo modelo que foi implantado e por conta da crise econômica que o país passava fazendo crescer a demanda dos serviços médicos. Essa conjuntura abriu espaço para a criação de novos mecanismos de correção dentro do complexo previdenciário, que foram: a empresa de processamentos de dados da previdência social (DATAPREV) e a ampliação do setor conveniado. O setor privado não ficou satisfeito com a ampliação do setor conveniado por achar que ele fortalecia o setor público, por este abrir espaço de acordo com novos parceiros como: sindicatos, universidades, governos estaduais, prefeituras e outras entidades.

Outra mudança bastante importante que se deu em 1974 foi a medida de normatizar as ações de saúde, em que foi destacado o Plano de pronta Ação e a Lei do Sistema Nacional de Saúde.

O Plano de Pronta Ação foi implantado em 1974, com o objetivo de organizar os vários tipos de assistência médica, incluindo os conveniados que se davam pela previdência social e buscava universalizar e desburocratizar o atendimento de emergência.

O Sistema Nacional de Saúde foi implantado em 1975, o seu objetivo era disciplinar a articulação dos órgãos atuantes na área da saúde, o mesmo era contra a forma que o governo tratava o público e trazia proposta em que o Estado se visse como responsável pelo setor estatal e não da iniciativa privada como vinha ocorrendo. Os sanitaristas do primeiro grupo ocuparam cargos no Ministério da Saúde, e passaram a criticar os sanitaristas campanhistas. O projeto original sofreu fortes pressões políticas e só restou ao sistema a adotar a solução pluralista que não discriminou as regras básicas de convivência da prática médica privada e empresarial.

A década de 1970 é marcada por várias mudanças que ocorreram na área da saúde, em que pode-se incluir a importância das Conferências Nacional de Saúde (CNS), que nesse período voltou a ser espaço de debate mesmo com o número reduzido de prioridades, em relação ao governo com o setor. Nesse mesmo período, aconteceu a V CNS, essa conferência teve como tema o Sistema Nacional de saúde, em que a lei nº.6.229, já havia sido aprovada em caráter de urgência pelo congresso, essa mesma CNS, consagrou a possibilidade da medicina simplificada, como também a participação popular com o intuito de assegurar maior êxito nas ações integradas. Foi a partir dessa CNS, que o Ministério da Saúde começou a implementar programas de extensão que passaram a cobrir as áreas rurais e continuou com os seus programas já existentes que eram: imunizações, vigilância epidemiológica e materno infantil.

A VI Conferência Nacional de Saúde, aconteceu em 1977, com o objetivo de discutir e criar estratégias de enfrentamento às grandes endemias que vinham afetando a população, através da interiorização dos serviços de saúde e discutir a política nacional, que já tinha sido aprovada e de como ia se dar a sua operacionalização.

Na década de 1970, ocorreu na área da saúde a difusão das propostas de medicina comunitária, como o apoio da Organização mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde, o que permitiu a criação de novos programas voltados na área da saúde como: O Programa de Interiorização das

Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), em 1976; o Sistema Integrado de Saúde no Norte de Minas e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

Em 1978, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), essa ação está ligada ao processo de institucionalização que já tinha sido iniciado com a criação do Ministério da Previdência Social (MPAS). O SINPAS, na sua criação, foi composto por novas instituições como: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social,(IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência (DATAPREV), Fundação Abrigo Cristo Redentor (FACR), e Central de Medicamentos (CEME).

De acordo com Bravo (2011,p.75)

O SINPAS pode ser compreendido no processo de crescente universalização e de adoção do modelo de seguridade, em vez de seguro social. A criação do INAMPS é a expressão dessa tendência ao aglutinar a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, desvinculando o atendimento médico da concessão de benefícios. Essa modificação não foi acompanhada de medidas de suporte financeiro, permanecendo a contribuição dos segurados como esteio da previdência.

Entretanto, mesmo com todas essas reformas implementadas, estas não foram capazes de universalizar o atendimento à saúde, devido ao sistema de controle contar com um baixo valor nas contribuições e por não manter um controle nos produtores privados dos serviços médicos.

As reformas que a Política Nacional de Saúde passaram no período de 1974 a 1979, contaram apenas com alguns profissionais da área de saúde que insatisfeito com o modo operante atual, tentaram transformar o sistema atual que se caracterizava, (Bravo,2011), pela dicotomia das ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no atendimento hospitalar e corrupção, porém os profissionais de saúde enfrentaram embates constantemente com o setor que era privilegiado, os empresários e as indústrias que, além de tudo, ainda contava com o apoio da Federação Brasileira de Hospitais.

Portanto, o que pode-se analisar é que na década de 1970, a área da saúde passou por constantes transformações e foi um período que deixou claro que existia dois projetos antagônicos em disputa, um cuja sociedade era baseada numa democracia restrita, que diminuiu os direitos sociais e políticos, que foi denominado de regime político autocrático e o outro projeto cuja a sociedade seria fundada na democracia de massas, com ampla participação social, denominado de Estado de direito.

É a partir desses dois projetos, em disputa, que vai nascer o Movimento Sanitário, que nasce justamente dos descontentamentos de como a saúde era oferecida à população e pela falta de responsabilidade que o Estado tinha com o social. Só foi possível o surgimento do Movimento Sanitário porque na década de 1970, ocorreu no Brasil um crescimento considerável de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva, incorporando instrumental das ciências sociais (Bravo, 2011.) Essas transformações só foram possíveis devido à crise econômica que o país passava, uma crise caracterizada por ser centralizadora que trouxe efeitos perversos à população, como o agravamento das condições de vida, o que dificultava o acesso da população a bens essenciais, por isso a população se via cada vez mais vulnerável às enfermidades e a outros danos à saúde.

Com as mudanças que ocorreram nas políticas sociais em decorrência dos desdobramentos das lutas entre os dois projetos acima citados, a política da saúde foi a que ganhou mais destaque, em que pode-se destacar a presença de dois projetos políticos antagônicos que são: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista.

### **3.2 O embate entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista**

Não se pode começar a falar desses dois projetos sem antes abordar a transição democrática no país que se deu na década de 1980. A partir de 1988 com a promulgação da Constituição, que foi o marco da transição democrática do país, pois foi a partir desta que se puderam traçar os princípios políticos que dariam uma forma do Estado se organizar em relação ao seu poder e entre as relações entre Estado e sociedade civil. Nessa constituinte, conseguiu-se um fato inédito no Brasil, a presença da sociedade civil, mesmo de forma precária, colocando no espaço

público da política os seus desejos e anseios aos quais se tratavam das necessidades mais cruciais da população.

Os pontos de ruptura da transição democrática são evidenciados na esfera política, em que pode ser destacado na constituinte, esta esboçou propostas avançadas em relação a outras constituintes realizadas anteriormente, essa veio garantir a implementação de regras institucionais para reorganizar o jogo democrático, e um dos pontos que chamou bastante atenção foi a reforma tributária que passou a repassar as verbas ao município, descentralizando-as.

A transição à democracia ocorreu efetivamente com a promulgação da nova constituição e com as eleições diretas para a presidência da república. Ao tomar posse, o governo da Nova República se compromete em recuperar os desgastes que o social sofreu no regime autoritário e que se agravou com a crise econômica.

De acordo com Bravo (2011, p. 105):

A estratégia de intervenção foi organizada em dois níveis de temporalidade distintos. Por um lado, iniciou-se a implementação dos Planos de Emergência para o combate à fome, ao desemprego e à miséria. O outro nível de atuação previa a reformulação do Sistema de Proteção Social Brasileiro, com a intenção de realizar reformas em algumas áreas, como a Previdência, a Sanitária, o Sistema Financeiro da Habitação, a educação e a Tributária.

Percebe-se então que na constituinte, permaneceu o que a sociedade civil reivindicou como, por exemplo, a política social que foi implantada, a descentralização, com forte vertente de municipalização; a integração dos serviços e equipamentos sociais em nível local; a participação popular nos processos de decisão, implementação e controle das políticas; a distribuição direta de recursos em dinheiro às famílias. A questão da saúde nessa conjuntura teve avanços e recuos a partir da correlação de forças existentes (Bravo 2011, p.105).

O resultado final da constituinte, depois de vários acordos políticos e pressão popular, vêm atender na sua grande maioria as reivindicações do movimento sanitário, e por isso ela prejudica os interesses do setor privado de saúde, mas não altera em nada a situação da indústria farmacêutica, já que o interesse maior era a universalização da saúde por parte da reforma sanitária.

Para Teixeira (1989, p. 50-51 *apud* Bravo, 2011, p. 115-116), os principais pontos aprovados na nova constituição foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminação existentes entre segurado/não segurado, rural/ urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada à destinação de recursos públicos para subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantido ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

E foi nesse cenário de transição da ditadura para Nova República ou para um governo democrata, que no seu início a questão saúde passou a ser debatida e ganhou contribuições que visavam as propostas a serem implantadas no novo modelo político, o que demonstrava um verdadeiro descontentamento a respeito da real situação sanitária brasileira que era caracterizada pela predominância da participação da previdência social que se davam por ações curativas comandadas pelo setor privado.

Outro fato marcante que ocorreu na política de saúde foi a realização do V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde realizado pela Câmara dos deputados em Brasília, no ano de 1984. Esta contou com a participação de 500 pessoas das mais variadas esferas sociais como: técnicos, parlamentares, secretários, estaduais e municipais de saúde, entidades representativas e outras agências da sociedade civil.

No V Simpósio Nacional, foi incorporada grande parte das propostas apresentadas sobre política Nacional de Saúde, entre elas a criação do Sistema Unificado de Saúde, visando unificar, racionalizar, democratizar e descentralizar os recursos federais, estaduais e municipais. Ambos enfatizam a universalização do atendimento, considerando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (Bravo, 2011, p.107).

No início da Nova República, era notória a presença de correlação de forças, entre os representantes do movimento da reforma sanitária e os representantes do

projeto privatista mercadológico, porém a área da saúde foi contemplada com a presença de forças progressistas no segundo escalão do governo que passou a ser composto por atores importantes do movimento da reforma sanitária, o que só veio a contribuir com a política de saúde, pois estes passaram a tratar a política de saúde como prioridade no campo das políticas sociais.

Entretanto, apesar de na Nova República contar com blocos fortalecidos comprometidos com a política de saúde, não se pode negar a força também do bloco privatizante, mostrando assim, as divergências que seriam travadas entre ambos para que fossem preciso colocar em prática uma política de saúde voltada à população de forma democrata.

Não se pode esquecer que o fato considerado mais importante para o debate sobre a saúde no Brasil, nesse período, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em março de 1986, em Brasília, a qual teve o seu tema central, conforme aduz Bravo (2011,p.110):

I) a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II),reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação de serviços de saúde; III) financiamento setorial. Um fato que chamou bastante atenção nessa conferência foi a não participação do setor empresarial como forma de protesto em relação ao princípio da mesma, que se fundamentou no conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado e pela elevada participação de delegados.

O relatório final da Conferência foi divulgado pelos participantes e pelos delegados e de acordo Bravo (2011,p.110):

O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando a saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para a efetivação dessa reforma. A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.



Essa conferência representou um marco na história do país, pois esta conseguiu introduzir na sociedade os debates sobre a saúde. Os debates sobre saúde saíram dos fóruns específicos e chegaram até a participação de entidades representativas da população, em que esta via a saúde como um todo, propondo não somente a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, mas também a reforma sanitária. Ao final da VIII Conferência Nacional de Saúde, o governo assumiu a bandeira da reforma sanitária. O texto aprovado foi considerado um texto bom para a saúde, pois atendia as demandas do movimento sanitário.

A política de saúde no Brasil teve um grande avanço, quando o governo se comprometeu com a reforma sanitária, pois além de tratar assuntos na área da saúde, o governo também passou a ter compromisso com outras áreas em relação ao bem estar da população, como habitação, saneamento, alimentação entre outros, através das Ações Integradas de Saúde (AIS), contribuindo para uma melhor qualidade de vida da sociedade.

Devido a consolidação das AIS, se fez necessária a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde o (SUDS), que foi aprovado em julho de 1987, pelo o presidente da república. A constituição do mesmo ano foi um passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição dos papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal, dando início a uma reforma administrativa que começou pela previdência social, juntamente com a implantação do SUDS.

Em 1988, as superintendências regionais do INAMPS que existia em cada estado foram extintas e substituídas pelas secretárias de saúde. Estas foram criadas para ajudar no controle das ações que eram desenvolvidas como também fiscalizar os recursos financeiros repassados a cada esfera governamental. A implantação do SUDS, significa que a previdência social juntamente com o INAMPS, realizou uma grande reforma administrativa no serviço público brasileiro, conseguindo a descentralização financeira e de ter uma instituição centralizada que controlava tantos recurso. Em 1988, o SUDS é extinto e passa dar lugar ao Sistema Nacional de Saúde (SUS).

Na década de 1980, as mudanças que ocorreram na saúde, se deram por medidas de transformar as práticas institucionais e fazer com que o Estado se compromettesse com o setor público, com ênfase na universalização na área da saúde, tentar reduzir a força do setor privado, descentralização da política

administrativa que resultou com a criação de instituições importantes para o setor com o SUS.

Portanto, esses acontecimentos não resultaram como era esperado, pois estes não foram operacionalizados e desta forma não contribuíram em nada para melhores condições de saúde da população. Essas propostas se viram diante de limites estruturais, sem contar que representantes do movimento sanitário, em 1988, começaram a perder forças nas instituições do governo, em que muitos estavam implantados fazendo com que o retrocesso político na transição democrática repercutisse não só na área da saúde como também nas áreas da economia e na política.

No final da década de 1980, já era notório a dificuldade da implementação do projeto da reforma sanitária, tendo em vista a fragilidade das reformas em curso, vários segmentos que apoiava o movimento que se encontrava insatisfeito com a falta de resultados positivos, como também os setores conservadores que estavam altamente organizados e contrários ao movimento da reforma sanitária. Essas dificuldades impostas ao movimento sanitário só vieram a prejudicar a sociedade, pois esta estava excluída do processo político e só vieram a despolitizar o processo (Bravo, 2009). Considera-se que a construção democrática é a única via para conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política, uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado, na década de 1990.

Portanto, o que se pode concluir com todas essas mudanças que ocorreram na política de saúde brasileira foi que a saúde passou a ser uma arena de disputa entre os dois projetos que se formaram que são: o projeto de reforma sanitária construído na década de 1980 e inscrito na constituição brasileira de 1988 e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990, estes apresentam interesses diferentes e classes diferentes.

### **3.2.1 O Projeto Privatista**

Na década de 1990, o Estado passa a ser influenciado pela política de ajuste Neoliberal, e o governo tenta desconstruir o que está contido na constituição de

1988, que é a Seguridade Social. Seguridade que virou previdência e previdência que virou seguro. Ato que foi denominado de contra reforma do Estado que foi usado como estratégia para desresponsabilizar o órgão nas ações públicas, em favor da sociedade, alegando um esgotamento do modelo proposto pela constituição, centrado numa administração pública burocrática estatal e propondo um modelo gerencial que tem por base a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

A política de ajuste Neoliberal tem reafirmado sua hegemonia no Brasil, sendo esta a principal responsável pela redução dos direitos sociais trabalhistas, como também o aumento do desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública, o sucateamento da saúde e da educação. Na área da saúde, esta fica vinculada ao mercado, em que a sociedade civil passa a ser culpabilizada pela crise. Outra característica presente nessa política é a refilantropização que tem por objetivo aproveitar os agentes comunitários e cuidadores para fazer atividades que é de competência de outros profissionais para reduzir os gastos.

Em relação ao SUS, verifica-se nesse modelo o descumprimento dos dispositivos legais e constitucionais e uma total falta de interesse nas ações na área da saúde, em geral.

De acordo com Bravo (2009, p. 101) algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social:

O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção a atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de reforma do Estado na área da saúde era de dividir o SUS em dois \_\_\_o hospitalar e o básico.

Portanto, explicita-se acima algumas características do projeto de saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista que se fez hegemônica, na década de 1990, o qual está pautado na política de ajuste.

Segundo Bravo (2009, p.101), as principais tendências desse projeto são: a contenção de gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com

isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Portanto, o que vem dificultando esse projeto e a sua total hegemonia é a universalidade do direito, que é um dos fundamentos centrais do SUS, e que está contido no projeto de reforma sanitária. Esse projeto tem como premissas concepções individualistas e fragmentadoras da realidade.

### **3.2.2 O projeto da reforma sanitária**

O desenrolar desse projeto foi citado no discorrer desse capítulo e tem como uma de suas estratégias, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais da área de saúde, articulado com o movimento popular (Bravo, 2009). Esse projeto considera o Estado como único responsável direto no desenvolvimento econômico e social nas ações desenvolvidas em prol da sociedade, em que este é pautado na concepção de um Estado democrático e de direito, cabendo ao Estado se comprometer com as políticas sociais como também pela saúde, visando a coletividade e a universalização no direito ao atendimento público de qualidade e sem discriminação.

Portanto, o que se percebe é que na luta travada entre esses dois projetos antagônicos que se formou na área da saúde brasileira é que a proposta de política de saúde construída da década de 1980 vem sendo desconstruída pelo o desmonte Neoliberal em que os valores que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (Bravo, 2009).

## **4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES.**

### **4.1 Saúde mental: aspectos históricos.**

No Brasil até a década de 1970, o tratamento do acometido de transtorno mental era realizado através da psiquiatria clássica, que isolava o “indivíduo patológico” do convívio comunitário expondo-o a tratamentos arcaicos, violentos, voltados para a patologia e não para o sujeito.

Neste contexto, a reforma psiquiátrica tem o seu início na década de 1970, precisamente no ano de 1978, período que ocorre a emergência de outros movimentos sociais no país, em decorrência do regime militar que tratava a sociedade civil com repressão, a reforma psiquiátrica surge justamente dos descontentamentos dos profissionais da área de saúde mental e dos familiares dos acometidos de necessidade especiais, em relação à forma de tratamento pelo os quais eram submetidos, que eram internações por longos tempos em manicômios, fortalecendo assim a indústria hospitalar da loucura e o sofrimento mental do sujeito, que era considerado um modelo de tratamento curativo, tortuosos e desumano.

A luta do movimento de reforma sanitária reflete na Constituição de 1988 e na elaboração do SUS (Sistema Único de Saúde), que leva em conta a saúde como um direito humano, reconhecendo a determinação social do processo saúde versus doença. Há de se destacar também que pela primeira vez na história de nosso país a saúde é entendida como um direito universal de cidadania, inerente a todos os brasileiros e fruto de uma sociedade democrática.

Neste cenário, o movimento da reforma psiquiátrica se articula ao movimento sanitário sob a perspectiva de desmercantilização da saúde no país e em sua constituição como direito social universal. Portanto, o movimento de reforma psiquiátrica reafirma que a construção de uma sociedade democrática passa pela constituição de sujeitos livres e iguais perante a lei, ou seja, a desinstitucionalização significa o resgate da cidadania e da possibilidade de vivência democrática para os acometidos de transtorno mentais, através do seu protagonismo no tratamento e na comunidade.

Segundo Vasconcelos (2008, p. 23): os principais objetivos e palavras de ordem no período foram:

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

No ano de 1978, o MTSM, juntamente com outros movimentos sociais populares, consegue um resultado favorável de articulações prévias em congresso de psiquiatria e do movimento de renovação médica e ganha maior ênfase com a vinda de grandes lideranças mundiais da psiquiatria crítica, em especial de Francisco Basaglia, que tinha conseguido recentemente a aprovação da Lei 180, a qual estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália.

A proposta da reforma psiquiátrica coloca o sujeito no centro do atendimento, tratando não só a patologia deste, mas se voltando para um tratamento preocupado em saber em quais condições sociais o sujeito que busca tratamento está inserido.

Na década de 1980, teve início no Estado do Rio de Janeiro um processo chamado de “CO-GESTÃO”, que era desenvolvido pelo o ministério da saúde e o ministério da previdência, que passou a administrar os hospitais públicos. Esse processo permitiu aos líderes do MTSM, um espaço político, em que implementariam novos processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos.

Este processo foi de extrema importância, pois serviu de base para o plano CONASP, em 1982-83. O CONASP foi um passo positivo dado a favor da reforma psiquiátrica, porque possibilitou a implementação do modelo sanitário em todo o

país, o qual foi denominado “Ações Integradas de Saúde”, mais tarde essas ações se transformaram no Sistema Único de Saúde (SUS), que mais adiante foi reconhecido e consagrado na I Conferência de Saúde, de 1986 e também na Constituição Federal, de 1988.

Lideranças do MTSM contaram com o apoio de políticos nos estados de São Paulo e Minas Gerais, isso ocorreu porque os políticos dos estados citados eram opositora do Presidente da República, na época Tancredo Neves. Com a entrada de líderes do movimento MTSM, nas secretárias Estaduais de Saúde desses Estados, o movimento se desenvolveu o suficiente, tendo em vista que os líderes do movimento aproveitaram bem a oportunidade e desenvolveram estratégias que eram implementadas ações de intervenção nos hospitais psiquiátricos estatais e privados. Com a implementação do CONASP, líderes do movimento viram a possibilidade de expandir a rede ambulatorial em saúde e saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2008, p. 24-25), os principais objetivos da plataforma política do MTSM naquela conjuntura foram:

- Não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- Regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- Controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH nos serviços de emergência do setor privado;
- Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos, e Assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- Humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais.

Nos anos de 1987-1992, ocorreram vários processos e movimentos históricos na área da saúde mental, por um tempo percebeu-se o desinteresse politicamente com as políticas voltadas para a saúde mental, esse desinteresse se dava por parte

da esfera federal, que tinha na época o presidente Sarney, nos estados de São Paulo e em Minas Gerais, com exceção o Estado do Rio Grande do Sul, que através do governo do Estado proporcionou um avanço significativo nas políticas da saúde mental, no ano de 1986.

Ainda nesse período, consta a consolidação da constituição de 1988 e a aprovação em 1990, da Lei Orgânica de Saúde, que apontam para uma construção do Sistema Único de Saúde (Vasconcelos, 2008). Nesse período, vivenciou-se também ao mesmo tempo a aliança do movimento da saúde mental com os outros movimentos populares.

Percebendo as dificuldades de se implantar os objetivos da reforma psiquiátrica que é centrado no modelo sanitarista, que visa o controle e a humanização dos hospitais psiquiátricos pautado na difusão de serviços ambulatoriais, os líderes do MTSM, propõem que os integrantes do movimento se inspirem no modelo proposto por Basaglia e pelo movimento de psiquiatria democrática da Itália.

De acordo com Barros (1994, *apud* Vasconcelos, 2008, p. 26)

Colocar em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico, através da bandeira "por uma sociedade sem manicômios" lutando-se pela implantação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional.

A partir da nova estratégia lançada, a saúde mental brasileira vai vivenciar novas experiências. O primeiro ponto a ser observado foi o lançamento do projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989, que propunha o fim dos manicômios e a criação do novo tipo de tratamento aos pacientes da área de saúde mental. O segundo foi a relação da Conferência de Caracas, em 1990, que foi proposto um consenso entre os governos Latinos Americanos com o movimento da reforma psiquiátrica. O terceiro, foi o período que se deu início a discussão da nova estratégia da assistência na saúde mental ser financiada pelas três esferas governamentais, municípios, Estados, e o Federal, que culminou na II Conferência Nacional de Saúde Mental que foi realizada, em dezembro de 1992, considerada um marco na história da psiquiatria brasileira que abre o período da consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil.



São implementadas no país as primeiras experiências de rede de cuidados em saúde mental, a partir do novo modelo proposto pela reforma psiquiátrica (Vasconcelos, 2008). O principal exemplo dessa experiência foi iniciado, em 1989, na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, sobre a administração de um governo municipal pertencente ao partido dos trabalhadores, que foi considerado na época como sendo o principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial os NAPS.

De acordo com Vasconcelos (2008, p. 26), inspirados na experiência de Trieste, Itália, os Núcleos de Atenção psicossocial são:

Um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana, e capaz de atender praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais.

Essa experiência na capital de São Paulo foi considerada de extrema importância, pois foi a partir do sucesso que esta obteve no seu desenvolvimento, que mais tarde no Brasil, os Centros de Convivência e os Centros de Atenção Psicossocial serão implantados.

Nos anos de 1992-1995, a política de saúde mental brasileira passou por grandes mudanças. Neste período, aconteceu a desinstitucionalização psiquiátrica, o que levou o Brasil, segundo Vasconcelos (2008), aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica. Esse fato histórico foi possível mesmo tendo no poder um governo conservador na presidência do Brasil, o então presidente, Fernando Collor de Melo.

O movimento MTSM ganha mais forças políticas, frente a coordenação da secretária de saúde mental a nível de ministério da saúde, esta por sua vez responsável pelas principais mudanças políticas formais ocorridas na reforma psiquiátrica, até 1996. Não se pode esquecer da II Conferência Nacional de Saúde Mental e o lançamento de portarias ministeriais, a partir de 1991-1992 (Vasconcelos, 2008, p 27). Estas estabeleceram a normatização e o financiamento (antes restrito apenas aos hospitais psiquiátricos convencionais) para os novos serviços de saúde mental, particularmente os de atenção Psicossocial, e o processo rigoroso de controle e supervisão da melhoria da assistência dos hospitais psiquiátricos,

estabelecendo critérios e patamares sucessivos de qualidade (conhecidos como psiquiatria I, II, III e IV) aos quais os hospitais foram se enquadrando.

Com as mudanças que ocorreram na política de saúde mental, se concretizou o que Vasconcelos denominou de “desospitalização saneadora”, o que levou a uma redução nos números de leitos em hospitais, tanto no público como no privado.

Entretanto, foi a partir da desospitalização que foram implantados no país mais de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de duzentos centros de serviços de atenção psicossocial (hospitais-dias centros (CAPS) e núcleos (NAPS) de atenção psicossocial, segundo dados do Centro de Ciência da Saúde (CCS).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Isso mostra que a substituição dessa nova forma de assistência psiquiátrica atende a uma das reivindicações do processo da reforma psiquiátrica, com o novo sistema de assistência de psiquiatria instalado no país, profissionais de outras áreas são chamados a fazer parte das equipes multiprofissionais mobilizadas.

Apesar da Lei Paulo Delgado não ter sido aprovada quando ela surgiu no ano de 1989, a partir de 1992, ocorreu no país um significativo avanço da luta do movimento MTSM, em relação a luta antimanicomial no plano legislativo. Vários Estados como o Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, e Ceará e ainda vários municípios, introduziram leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica que são: redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação e a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. A partir deste período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Mesmo com a experiência positiva em relação ao bom funcionamento do CAPS e NASP, estes só foram regulamentados oficialmente no ano de 1992, com a

criação da portaria GM 224/92. Esta regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde.

Algumas conquistas na área da saúde mental foram alcançadas recentemente em nosso país como a legislação federal sobre cooperativas sociais, estas servem de inclusão ao trabalho de indivíduos dependentes.

Considerando a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social das pessoas em situação de desvantagem por condição física, sensorial, mental ou situação social específica;

A portaria/GM, nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da saúde que regulamenta os serviços residenciais terapêuticos também é uma conquista recente da Saúde mental brasileira, atendendo aos princípios da reforma psiquiátrica, elas são caracterizadas como sendo moradias ou casas e geralmente são inseridas nas comunidades tendo o compromisso de atender a um público alvo que são os acometidos de transtornos mentais, que necessitem de internações consideradas de longa permanência, que não dispõem de condições financeiras e social, é destinados aqueles que não tenham laços familiares e a instituição tem o compromisso de fazer a inserção social do paciente na sociedade.

Entretanto, em meio a tantas lutas e dificuldades a saúde mental brasileira conquistou importante espaço nas políticas de saúde mental, mas a regulamentação da Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) só foi sancionada no país no ano de 2001. A mesma foi mudada em relação ao texto original e traz mudanças significativas.

A Lei 10.216 de 2001 é conhecida como a lei de reforma psiquiátrica representa, no Brasil, um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais.

No Relatório Final da III Conferência é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica e são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, esse evento consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

A 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 CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Os CAPS I são os centros de menor porte, existentes em municípios entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes se utilizam de uma equipe mínima de nove profissionais; têm como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS II são os centros de médio porte e atendem a municípios com uma população com mais de 50.000 habitantes. Os usuários deste centro são os adultos com transtornos mentais severos e persistentes e contam com uma equipe mínima de 12 profissionais.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. São capazes de dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Os serviços disponibilizados são de grande complexidade, uma vez que funcionam 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados. Com no máximo cinco leitos, realizam acolhimento noturno quando necessário (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). Dispõe de, no mínimo, 16 profissionais (nível médio e superior), além da equipe noturna e de final de semana, e têm capacidade de atender cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi são centros especializados em atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais. São instituições, geralmente necessárias, para dar resposta à demanda em Saúde Mental em territórios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm suporte para acompanhar cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estas instituições é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad são especializados em atender pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e atendem cidades com mais de 200.000 habitantes, assim como municípios de fronteira (rota de tráfico) ou cenários epidemiológicos importantes. Sua equipe mínima é de 13 profissionais.

O Art. 1º da Lei de Reforma Psiquiátrica afirma que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental 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 outro.

#### **4.2 Competências e atribuições da prática do assistente social na saúde mental.**

Já na década de 1920, existia no Brasil uma política social voltada a saúde mental, esta foi denominada de higiene mental, ou movimento de higiene mental que dava ênfase na adaptação e ajustamento do paciente na comunidade.

No Brasil, o Serviço Social, no seu início, tinha a função de dar assistência aos trabalhadores no intuito de amenizar os conflitos que ocorriam entre os capitalistas e os trabalhadores, o setor responsável pelas práticas dos assistentes sociais desenvolvia o seu trabalho nas mais diversas expressões da Questão Social, em que estes que eram contratados pelo o capital tinham que resolver de imediato as reivindicações dos trabalhadores.

No Brasil as primeiras práticas em saúde mental dos assistentes sociais, se deram nas instituições denominadas de Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ), no ano de 1946, experiência considerada como sendo de grande importância na formação do modelo do “Serviço Social Clínico”.

Para Bisneto,(2011),o modelo de Serviço Social Clínico não pode ser confundido com práticas tradicionais, em Serviço Social, nem tampouco o Serviço Social Psicossocial, pois este se trata de metodologia que tinha aplicação em todas as áreas de atuação do Serviço Social.

De acordo com Bisneto (2011,p.21):

Nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social, no Brasil não havia muitos Assistentes Sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínica, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos de 1960(ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde). Havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil [...].

Nessa época, o número de assistentes sociais era muito pouco, porque não havia muitos hospitais públicos e os privados que existia eram voltados a atender a famílias que tivessem dinheiro e não contratavam Assistentes sociais.

Depois de uma exigência que veio por parte do INPS nos anos de 1970, é que se teve no Brasil uma real inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos. Essa exigência parte do Ministério da Previdência e Assistência Social(MPAS), que enfatiza a importância de uma equipe interprofissional para dar assistência a pessoas com transtorno mental, na ênfase de procurar melhorar o atendimento aos usuários.

No entanto, os hospitais psiquiátricos passaram a contratar Assistentes Sociais apenas para cumprir a lei do ministério, porém o assistente social era mal remunerado e não tinha funções definidas nas respectivas instituições.

Portanto, vale ressaltar que várias determinações contribuíram para a resolução do INPS, que foram: a pobreza, o abandono, a miséria, que era notória pela sociedade, que gerava na população um sentimento de indignação, que só veio a aumentar depois que a previdência passou a tratar a saúde mental dos trabalhadores como também as de seus dependentes.

De acordo com Bisneto (2011, p.25):

O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo o Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados [...]”.

Portanto, o Serviço Social em Saúde Mental no Brasil, na década de 1970, foi implantado visando os aspectos econômicos, políticos e ideológicos com o intuito de favorecer a acumulação capitalista, controlar os trabalhadores e legitimar o modelo social, tentando com isso, repetir a história do Serviço Social, na década de 1930 e 1940 juntamente aliado ao Estado, o empresariado e a igreja.

Durante minha experiência de estágio que se deu na instituição CAPSi Centro de Atenção psicossocial Infante juvenil- João Paulo II, na cidade de Sousa PB, despertou-me uma indagação sobre as competências e as atribuições dos assistentes sociais da unidade.

O estágio ocorreu no período de 13/11/2013 a 19/09/2014, correspondente a dois períodos do curso, cujo o mesmo é obrigatório para a formação profissional dos estudantes do curso de Serviço Social da UFCG, Universidade Federal de Campina Grande.

Os CAPs, em geral, representam um grande papel na reforma psiquiátrica e neles é constituído a principal estratégia desse processo. E é através dos CAPs, que o trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional que tem a possibilidade de mostrar que pode existir uma rede substitutiva do hospital psiquiátrico no Brasil.

Como o estágio se deu em um CAPs, será tratado as atribuições e competências do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional. As assistentes sociais que se encontravam presente no período de estágio realizavam funções como: atendimento individual e em grupos, realizavam visitas domiciliares, faziam grupos operativos, emitiam declarações escolares como as de transporte, faziam visitas a outras instituições e realizavam assembleias e reuniões com as famílias dos usuários, entre outras funções.

O estágio realizou-se no CAPSi, Centro de atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - João Paulo II, que está localizado na rua Basílio Silva,56 Bairro da Estação, Sousa - PB. Esta instituição é referência para oito municípios da região polarizada por Sousa, oferece atividades variadas que vão desde o atendimento às crianças e adolescentes, referente aos seus respectivos tratamentos como atividades extras com as famílias dos usuários, e atividades internas na instituição.

O CAPSi é uma instituição que atende a pacientes com transtornos mentais de ordem leve, moderado ou grave, que estejam na faixa etária de 0 a 18 anos, por isso está relacionado à área da saúde mental. Atualmente é composto por uma equipe multiprofissional incluindo assistentes sociais, que nesse período de estágio contava com a presença de três, que executava o trabalho social da unidade. A população usuária da instituição é muito vareada, tendo em vista que na região não existe outro centro de tratamento com o seu perfil. Os usuários que são atendidos na unidade fazem parte de todas as classes sociais, comprovando assim que a instituição preza em primeiro lugar em dar um atendimento de qualidade a quem dele realmente precisa.

O CAPSi João Paulo II, funciona de segunda a sexta. Pelas manhã, as atividades têm início às 7h30min horas e se estendem até às 11h e a tarde funciona das 13h30min às 17h. Atende por média trinta usuários por dia. A instituição oferece aos seus usuário refeições nos horários em que estes são atendidos, oferece ainda acompanhamento psiquiátrico, psicológicos, sociais, nutricional, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagoga, além de atividades físicas, orientação

farmacológica, oficina de autos-cuidados, grupos operativo, atendimento individual, reuniões e assembleias com as famílias.

O serviço social prestado pela unidade vai de acordo com a demanda desta. Percebe-se a grande procura por atestados sociais, encaminhamento para a rede sócio assistencial, informação e orientação social, regulamentação de documentação, declaração de acompanhamento escolar e de transporte para que o usuário se locomova de sua residência até a instituição para dar continuidade ao tratamento, sendo este um direito de todo aquele que necessite de um tratamento na instituição. Ainda pode-se contar com os serviços sociais de visitas domiciliares e institucionais, supervisão de estágio, além de orientações às famílias dos usuários.

Atualmente o CAPSi, tem no seu quadro 723 usuários ativos, sendo 252 do sexo feminino e 471 do sexo masculino, com idade entre 0 a 15 anos, podendo se notar por ser o único centro de atenção psicossocial da região, atende a usuários das mais variadas classes sociais

Todas essas competências citadas acima entre outras estão contida na lei 8.662/93 art. 4º que regulamenta a profissão do Assistente Social que são:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;



- Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- Realizar estudos sócioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Portanto, ainda no campo de estágio pude observar que as Assistente Sociais atuavam conforme o Projeto ético-político da profissão que tem relação semelhantes com a reforma psiquiátrica, que busca tratar o sujeito de forma democrática tendo a liberdade como valor central e defendendo os direitos de todos, tratando a todos por igual sem discriminação, tendo como visão uma nova ordem societária, onde o que prevalece é a universalização ao atendimento e aos benefícios que os usuários e familiares têm direito, entre outros princípios.

O Código de Ética Profissional de (1993), também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional e contém os seguintes princípios:

- Reconhecimento da liberdade como valor central;
- Defesa intransigente dos direitos humano;
- Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso como constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem discriminação.

Ainda na experiência do estágio, foi notória a boa relação que as Assistentes Sociais tinham com a equipe interdisciplinar, atuando junto a elaborações de

projetos sociais como também na elaboração de atividades programadas para serem aplicadas na unidade durante o mês planejado. As Assistentes sociais, de acordo com o código de ética da profissão quando se fazia necessário, passavam informação de determinado paciente para o profissional componente da equipe, quando notava que o paciente necessitava de uma intervenção mais específica, o que fez perceber que era ali naquela forma de atuar na equipe multiprofissional que se encaixa a interdisciplinaridade.

Segundo Vasconcelos (2008, p.47):

A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.

Portanto, o que se pode entender é que interdisciplinaridade é um conjunto de saberes, em que vários profissionais de diferentes áreas se juntam numa troca de reciprocidade de informações, levando a uma tendência de campos de saberes tanto na teoria como na prática.

De acordo com Bisneto (2011. P.199):

É necessário grupabilizar, analisar, construir todo processo interdisciplinar. A equipe precisa trabalhar, mas também precisa "se trabalhar". Os integrantes de equipes interdisciplinares em Saúde Mental podem contribuir com seu ramo de conhecimento não só para atingir os objetivos da equipe como também para construir a própria equipe. Nesse sentido o Serviço Social pode mostrar o lado social e institucional desse processo grupal.

As bases teórico-metodológicas é consideradas recursos essenciais que o profissional aciona ao efetivar o seu trabalho, é o conhecimento que vai direcionar a ação profissional e clarear a condução do trabalho, por estes motivos o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridas pelo o Assistente Social, no seu processo de formação, são considerados como acervo de seus meios de trabalho.

A profissão dos Assistentes Sociais é regulamentada como uma profissão liberal, que dispõe de autonomia ética e técnica e ainda é resguardada pelo o código de ética da profissão. Mas infelizmente em se tratando de liberal, a profissão não se caracteriza como tal em algumas circunstâncias, tendo em vista que o profissional é contratado como assalariado para satisfazer as necessidades do capital. Ao ser contratado o Assistente Social depende do Estado da empresa privada ou das ONGS, pois são os órgãos que vão estabelecer prioridades e metas a serem cumpridas.

O assistente social não realiza o seu trabalho individual,mas ele faz parte de uma equipe que é composta por diferentes profissionais gerando assim, um trabalho coletivo. O trabalho do Assistente Social só é transformado em trabalho quando ele é consumido ou acionado quando realmente há necessidade, daí é que o trabalho se efetiva com os meios e os objetos de trabalho. O trabalho coletivo dos Assistentes Sociais contribui para desmistificar a ideia de trabalhador individual e a relação de profissional usuário, ou seja, o produto obtido dos resultados da ação profissional depende única e exclusivamente do trabalho desenvolvido pelo o coletivo,que foi organizado pelo o órgão que norteia a ação dos trabalhos desenvolvidos em coletivo.

Portanto, o que se percebe é que estas ações do Serviço Social tem se caracterizado como as principais demandas que chegam ao serviço social nessa instituição.

Em relação às formas de registro, as mais utilizadas pela profissão são as atas das reuniões, os relatórios, os registros nos prontuários, os diários de campo e um livro de ponto onde fica registrado as atividades realizadas pelas profissionais com o seu carimbo.

Os instrumentais técnicos mais utilizados na ação profissional das assistentes sociais junto ao CAPSi são: assembleias e reuniões realizadas com as famílias dos usuários, pareceres sociais, estudos socioeconômicos, visitas domiciliares e institucionais (escolas, hospitais, projetos sociais), contatos com a rede intersetorial, entrevistas, encaminhamentos, acolhimentos, atendimento individual e em grupo e preenchimento de prontuários.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação, enquanto especialização do trabalho. Portanto, o Assistente Social deve desenvolver uma postura ética, com capacidade crítica e reflexiva que vise o enfrentamento da

questão social, tendo por base a investigação da realidade das pessoas com as quais estão desenvolvendo sua ação profissional, colaborar para a promoção social das famílias e indivíduos, para o avanço das situações intrafamiliar que agravam as situações de vulnerabilidade social, fortalecer os vínculos familiares e comunitários, potencializando a rede sócia assistencial e conseqüentemente, ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades, contribuindo assim, para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas do sujeito sociais, bem como para a viabilização do Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142 ambas datadas de 1990.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica apresenta o que há de mais avançado no tratamento do Acometido de Transtorno Mental (ATM), esta tem os CAPS como estratégia para a mudança do modelo de assistência, direcionado a um atendimento humanizado e sem longas internações, substituindo o modelo que era centrado nos manicômios e nos asilos que se dava por tratamentos tortuosos e desumanos.

Nesse trabalho buscou-se analisar as práticas e as atribuições do Assistente social no Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil, o CAPSi, da cidade de Sousa- PB. O referido tema tornou-se relevante diante da experiência de estágio realizada na citada instituição, os objetivos do estudo foram alcançados de forma positiva, levando em consideração o que foi observado em relação à prática do Assistente Social e compreendendo que as práticas deste o considera como sendo um viabilizador de direitos para os usuários.

Quanto à prática do assistente Social no CAPSi, da cidade de Sousa é notória a presença das expressões da questão social junto aos usuários e seus familiares que são acompanhados pelos profissionais na unidade. Os Assistentes sociais chegam a essa conclusão quando é feito todo um levantamento investigativo que os levam a uma realidade concreta do contexto social e histórico, qual seja, a constatação da pobreza, problemas intrafamiliares, falta de informação e a conseqüente dificuldade de cobrar os seus direitos, tudo isso atrelado ao preconceito social, que na maioria dos casos, parte do seio familiar o qual o indivíduo está inserido. Portanto, esta é uma das competências do Assistente Social considerada indispensável na sua ação profissional e de grande contribuição na equipe multiprofissional do CAPSi, levando em consideração que esta contribui para a construção de uma nova ordem societária, constrói uma relação justa e democrática atendendo aos interesses do seus usuários e seguindo princípios conforme o projeto ético-político da profissão.

Os instrumentos técnico-operativo utilizados pelos Assistentes Sociais que atuam no CAPSI, são: realização de assembleias e reuniões internas na instituição com os familiares dos usuários, pareceres sociais, estudo sócio econômicos, visitas domiciliares e institucionais (escolas, hospitais, projetos sociais, contatos com a rede intersetorial) entrevistas, encaminhamentos, acolhimentos, atendimento individual e em grupos e preenchimento de prontuário

Esses instrumentos técnico-operativo utilizados pelo a Assistente Social visa fortalecer os vínculos entre a instituição, usuários e seus familiares no intuito de manter boas relações com estes e mostrando o comprometimento e a responsabilidade que a instituição e os profissionais têm firmado com eles que é de prestar um bom atendimento, atendendo assim as suas demandas de forma democrática, prezando sempre pelo o bem estar dos usuários, atuando de forma correta visando a atender as necessidades dos usuários.

Portanto, as atribuições e as competências realizadas pelas assistentes sociais do CAPSi, da cidade de Sousa correspondem aos parâmetros de atuação dos assistentes sociais na política de saúde, como também ao código de ética da profissão instituídos pelo Conselho Federal de Serviço Social (CEFSS) e demonstra que as profissionais atuam em conformidade com o projeto ético-político da profissão em busca da igualdade perante todos.

Embora o Serviço Social seja considerado como uma profissão liberal, o Assistente Social vem encontrando dificuldades para executar seus projetos sociais nos órgão empregador seja em nível de Estado, terceiro setor ou empresariado, que vem limitando a prática do serviço social. Conforme diz lamamoto(2008), é necessário um perfil profissional, crítico, propositivo, capaz de propor alternativas socialmente viáveis aos limites conjunturais e estruturais do sistema capitalista.

## REFERÊNCIAS

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

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

BRASIL. **Lei nº 6.229**, de 17 de julho de 1975. **Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.** Revogada pela Lei nº 8.080, de 19.9.1990. Brasília: Senado Federal, 1975.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.662**, de 07 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.** Brasília: Senado Federal, 1993.

BRASIL. **Lei nº 9.867**, de 10 de novembro de 1999. **Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica.** Brasília: Senado Federal, 1999.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília: Senado Federal, 2001.

BRASIL. Portaria GM, n. 106/2000, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a Criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

BRASIL. Portaria SNAS, n. 224/92, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre as Normas para o Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CEFSS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. (Versão Preliminar). Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília: CFESS, 2009b.

CEFSS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS, n. 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n. 290/94 e n. 293/94.

CEFSS. Resolução CFESS, n. 493/2006, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

CEFSS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. (Versão Preliminar). Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília: CFESS, 2009b.

CEFSS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS, n. 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n. 290/94 e n. 293/94.

CEFSS. Resolução CFESS, n. 493/2006, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 9ª edição. São Paulo: Cortez, 2005.



IAMAMOTO, M V. **O Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: 3 Edição. Cortez, 2008.

ITÁLIA. **Lei nº 180**, de 13 de maio de 1978. **Dispõe sobre o Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios**. Itália. 1978.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **A pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PSICOLOGADO. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. Disponível em <<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial/>>> Acessado em 03/02/2015

SAÚDE MENTAL NO SUS. **Os centros de atenção psicossocial**. Disponível em <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>> Acessado em 05/02/2015