



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
(ILAESP)**

SERVIÇO SOCIAL

**INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS II: LIMITES
E POSSIBILIDADES**

ISABELLE DEOLINDA FONTELES

FOZ DO IGUAÇU

2022



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
(ILAESP)**

SERVIÇO SOCIAL

**INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS II: LIMITES
E POSSIBILIDADES**

ISABELLE DEOLINDA FONTELES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto Latino-Americano de Economia,
Sociedade e Política, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Domingues

FOZ DO IGUAÇU

2022

AGRADECIMENTOS

Á Deus que esteve comigo em todo o processo, à minha família em especial meu pai, Domingos Fonteles que me apoiou desde a escolha do curso e se fez presente nas adversas situações com as quais me deparei no meio acadêmico. À minha avó Lucia de Fátima que me motivou a encerrar bem este ciclo. Ao meu noivo Luiz Henrique que acreditou em mim.

Á minha supervisora de estágio, Alessandra Lopes Zavelinsk que me mostrou o caminho pra me tornar uma excelente profissional. À minha orientadora Juliana Domingues que esteve disponível de forma proativa para a elaboração deste documento. Aos professores e colegas da Unila essenciais para a minha formação crítica. Aos pacientes do CAPS II que me acolheram enquanto estagiária e com os quais aprendi coisas que a literatura não seria capaz de contemplar.

FONTELES, Isabelle Deolinda. Intervenção **Profissional do Assistente Social no CAPS II**: Limites e possibilidades. 2022. 44 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

A intervenção profissional do assistente social no CAPS II é permeada pelas contradições do sistema capitalista que atualmente no Brasil tem repercutido no desmantelamento de políticas públicas, comprometendo o funcionamento do sistema de atenção a saúde mental de base comunitária e gratuita. O objetivo geral desse trabalho é refletir sobre o exercício profissional do Assistente Social no CAPS II, enquanto os específicos consistem em apresentar a Política de Saúde Mental e caracterizar o CAPS II, visitar os fundamentos de desenvolvimento do Serviço Social e sua interlocução com a Política de Saúde Mental, evidenciar e refletir sobre o exercício profissional do Assistente Social nos CAPS II, tendo em vista os limites e possibilidades na intervenção profissional. A metodologia empregada foi a pesquisa bibliográfica qualitativa e quantitativa dentro da perspectiva crítica marxista. As propostas de intervenção e transformação social se fazem mais eficientes quando apreendidas e desenvolvidas de forma coletiva, entendendo que a superação das contradições não depende de um assistente social, mas as diversas categorias afetadas pela questão social. Limites: avanço do neoliberalismo, limites institucionais, estigma; Possibilidades: articulação com a rede, educação permanente, promoção de orientações e reflexões sobre a atenção a saúde mental, de políticas e avaliação de políticas públicas.

Palavras chave: Saúde Mental; Serviço Social, Intervenção profissional no CAPS II;

FONTELES, Isabelle Deolinda. **Professional Intervention of Social Worker in CAPS II: Limits and potential.** 2022. 44 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Social Service) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The professional intervention of the social worker in CAPS II is permeated by the contradictions of the capitalist system, which, nowadays in Brasil, generates the dismantling of public policies, compromising the functioning of the mental health care system based on community and free of charge. The general objective of this work is to promote reflections of professional Intervention of Social Worker in CAPS II. While the specific objectives are presented the Politic of Mental Health and mark CAPS II; review the fundamentals of development of Social Work and this relationship with the Politic of Mental Health; emphasize and promote reflections of the exercise of Social Worker in CAPS II. Considerate the limits and potential of professional Intervention. For such reflection, the work used a bibliographic search in a qualitative way centered in marxist critique. The proposals of Intervention and social transformation are more effective when they are apprehend and developed at collective way, understanding the Exceeding of capitalist contraditos don't depend of one social worker, but the various categories effected by social question. Limits: advance of neoliberalism, institutional limits, stigma; Possibilities: articulation with the network, permanent education, promotion of guidelines and reflections on mental health care, policies and evaluation of public policies.

Keywords: Mental Healthy; Social Work; Professional intervention in CAPS II.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANL	Aliança Nacional Libertadora
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social (SP)
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CISS	Conferencia Internacional de Serviço Social
OIT	Organização Internacional do trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel Urgência
SESI	Serviço Social da Indústria
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UCISS	União Católica Internacional de Serviço Social
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL, LATINO AMERICANO E BRASILEIRO.....	11
2.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL E LATINO AMERICANO.....	11
2.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL	17
Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial – Raps (estrutura organizacional)...	23
3 SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	25
3.1 O SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO MUNDIAL E LATINO AMERICANO.....	25
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	29
4 LIMITES E POSSIBILIDADES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS.....	35
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental no mundo teve início no século XVII, na França, com a implantação das instituições manicomiais/hospitalocêntricas de longa permanência, marcada por exclusão social e violação dos direitos humanos dos indivíduos em sofrimento mental. Com o passar do tempo passaram a ser implementados pela América Latina e Brasil.

Esse modelo de atenção à saúde mental perdurou até o final da II Guerra Mundial (1939 - 1945) quando a população mundial, perplexa pelo ocorrido nos campos de concentração, passa a refletir sobre abordagem realizada nos manicômios. Nesse período, partindo da Itália, iniciam-se os movimentos da Reforma Psiquiátrica Mundial repercutindo na instauração de diretrizes para um novo modelo de atenção a saúde mental no contexto mundial através da Declaração dos Direitos dos Retardados Mentais, proferida pela ONU em 1971 e posteriormente desdobrando-se na América Latina por meio da Declaração de Caracas de 1990, da qual o Brasil foi signatário.

No Brasil, Os CAPS são criados no final de 1980, em São Paulo, tendo como cenário Reforma Sanitária atrelada a Luta Antimanicomial e a crise econômica do Estado. Emergiram como serviços de base comunitária, substitutivos aos manicômios. Tendo em vista o Estado como responsável pelo desenvolvimento e financiamento de políticas públicas na área de saúde mental, em 2001 é criada a Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira vinculada a Política Nacional de Saúde Mental, regulamentando o funcionamento dessas instituições no país.

Os CAPS são subdivididos e classificados e implementados de acordo com o número de habitantes da cidade em que estão estabelecidos. Os CAPS II são um dos objetos de estudo desse trabalho e vale ressaltar o recorte da autora para os serviços prestados nessas instituições a indivíduos em sofrimento mental de medida e alta complexidade, maiores de 18 anos e sem o agravante de álcool e drogas.

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho situada na reprodução das relações sociais, participa da reprodução da relação de classes a qual possui caráter contraditório. Surgiu no mundo, no continente europeu, após a Primeira Revolução industrial (1760-1850) atrelada a Igreja Católica, como uma resposta às expressões da questão social no contexto do desenvolvimento capitalista industrial e de expansão urbana. A profissão passou a

ser organizada na América Latina na década de 1920 com desdobramentos na área da saúde.

No contexto brasileiro teve início na década de 1930 por meio da aproximação entre a Igreja e o Estado. No final da década de 1970 influenciado pelo Movimento de Reconceituação latino-americano, o qual aproximou o Serviço social do marxismo, emerge um perfil profissional comprometido com os interesses da classe trabalhadora ratificado em 1990 através da formulação do Código de Ética e de seu Projeto Ético Político.

A intervenção do assistente social no CAPS II, alvo desta pesquisa, utiliza-se da Política de Saúde Mental e dentre suas competências é responsável por construir o perfil socioeconômico dos usuários, com intuito de formular estratégias de intervenção que possam ser articuladas com a Rede de Assistência para o suprimento de suas demandas.

Visto a importância do Assistente Social para ratificar os princípios difundidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribuindo para a manutenção e ampliação dos serviços do CAPS II, o qual tem sofrido ataques do Estado nos últimos seis anos, os quais paralisaram a ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, e aproximando representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares da esfera pública (DESINSTITUTE, 2021).

É nesse ambiente de redução da militância á ação local frente à necessidade de avanços na área da saúde mental comprometida com os princípios da Luta Antimanicomial, o distanciamento das pautas atreladas ao movimento sanitário, a não avaliação das políticas públicas empregadas e os limites impostos pela instituição (LUCENA; SILVA) que o profissional atrelado ao proposto em seu Projeto Ético Político mediante sua autonomia profissional permanece como um dos pilares fundamentais na proteção dos direitos dos usuários do CAPS II.

A metodologia empregada para coleta de dados foi a pesquisa bibliográfica que “implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 38), enquanto para análise utilizou-se da abordagem qualitativa a qual “não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.” (FANTINATO, 2015, p. 11).no âmbito materialista histórico dialético.

O conteúdo deste TCC foi formulado mediante informações disponibilizadas em artigos acadêmicos e teses de autores e universidades reconhecidos pela excelência na área da pesquisa, além de publicações em revistas especializadas e sites Governo, do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social. Também foram utilizados livros clássicos, ou seja, de grande expressão para o Serviço Social Com intuito de atender aos objetivos propostos por essa pesquisa o estudo foi estruturado em três capítulos. Também contou com a apreensão da autora frente a materiais estudados sobre os CAPS II e sua experiência em capo de estágio.

No capítulo I apresenta-se uma contextualização histórica da luta antimanicomial no mundo, na América Latina e no Brasil e do surgimento do sistema comunitário de saúde mental brasileiro, apresentando o CAPS II. Também aborda alguns dados atuais sobre o sofrimento psíquico e trás breves reflexões sobre os desafios enfrentados quanto à consolidação do projeto ético político da Reforma Psiquiátrica brasileira na atualidade.

O II capítulo discorre sobre a formação do Serviço Social brasileiro perpassando pela sua gênese mundial e latino-americana, apresentando alguns princípios norteadores do Código de Ética e do Projeto Ético Político atual da profissão, os quais norteiam a intervenção profissional frente as expressões da questão social no âmbito da política de saúde mental e no CAPS II. Também sintetiza alguns dos desafios da categoria na atualidade.

No capítulo III são enfatizados alguns dos limites e possibilidades do exercício profissional do Assistente Social nos CAPS II, descrevendo e refletindo sobre o fazer profissional respondo as perguntas: como se caracteriza a intervenção profissional do Assistente Social no CAPS II? Quais os limites e possibilidades que se colocam em seu exercício profissional?

As considerações finais permitiram um retorno às questões trabalhadas, promovendo reflexões sobre a necessidade de profissionais críticos e eticamente comprometidas com os princípios da profissão mostrando-se criativos frente aos desafios evidenciados e explorando a autonomia profissional como possibilidade de enfrentamento as condições impostas.

2 A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL, LATINO AMERICANO E BRASILEIRO

A atenção a saúde mental no contexto mundial se inicia em um processo de exclusão e violação dos direitos humanos dos sujeitos que se materializava através das instituições manicomiais/hospitalocêntricas de longa permanência que privava a convivência social e comunitária.

No século XX, após a II Grande guerra partindo da Itália, iniciam-se os movimentos reformistas contrários a proposta vigente. Na década de 60, esse movimento toma força, aliado a reforma antipsiquiátrica mundial, possibilitando o cenário para a reflexão de um novo olhar de concepção e tratamento da pessoa com sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, este capítulo irá abordar a atenção em saúde mental no contexto mundial e latino americano, e posteriormente detalhará como as ações em saúde mental se implementaram no Brasil.

2.1 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL E LATINO AMERICANO

Na idade Clássica os espaços destinados a atendimento médico possuíam forte vínculo religioso conduzindo tratamentos baseados em misticismo. As pessoas com alguma doença mental ¹ nesse momento eram socialmente excluídas assim como os leprosos, sendo denominados “loucos”. Foucault (1997) apud Botelho e Lima (2015).

No século IV, durante a Idade Média, constituem-se os hospitais cristãos com a função e prestar serviços de cunho caritativo e religioso a desabrigados e doentes caracterizando abordagens de tratamentos ligadas à espiritualidade (BRASIL, 1944).

Os hospitais confundiam-se com os santuários que se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa. As seitas religiosas

¹ Embora a terminologia transtorno mental esteja registrada na maior parte das legislações da área de atendimento em saúde mental, nos utilizaremos neste trabalho da expressão sofrimento psíquico para designar os indivíduos historicamente tratados como incapazes, doentes mentais ou transtornados, por entendermos que essa forma de vocabulário evoca simbolismos pejorativos a pessoa que apresente algum quadro de enfermidade psíquica. Registramos que os termos problema, doente, doença mental e transtorno psíquico somente serão utilizados para que não haja repetições de expressão no texto.

determinavam que, ao lado da igreja, das habitações de comunidades religiosas, se construíssem enfermarias ou organizações de assistência aos enfermos. [...] O advento da era cristã trouxe grande incremento e multiplicidade das instituições hospitalares. O decreto de Constantino em 335 depois de Cristo fechou as Asclepiéia e estimulou a criação dos hospitais cristãos que durante o IV e V séculos. Surgiram tais organizações cristãs no Oriente, de onde se transportaram para Roma (BRASIL, 1944, p. 29).

Do início dessa época até o final das cruzadas (1095 – 1291) evidenciou-se o aumento de casos de lepra nas cidades, o que influenciou ainda mais a expansão dos hospitais visando à segurança pública.

Essas percepções sobre a loucura foram se desenvolvendo com o próprio caminhar da humanidade, juntamente as práticas desumanas a que esses indivíduos foram submetidos por longo tempo em função da cotidiana violência e segregação através de exorcismo, privação de água e comida, queima nas fogueiras pela Inquisição, castigos, abusos e tratamentos dolorosos, especialmente na Antiguidade e Idade Média (DOMINGUES, 2018, p. 92).

A partir do Renascimento (XIV-XVI) a tentativa de desvinculação do setor religioso e da medicina, emerge à possibilidade de novas abordagens com relação aos cuidados da doença mental, transacionado do caráter espiritual religioso em direção a ciência.

No século XVII surge o Hospital Geral na França após a revolução francesa uma nova tendência de transformar o hospital em uma instituição médica. Nesse contexto surge a psiquiatria tendo como figura central Philippe Pinel ². Inicialmente Pinel funda o primeiro hospital psiquiátrico e institui o primeiro modelo terapêutico para o cuidado da pessoa com doença mental, o qual Pinel denominava “alienado”, e conduzia o tratamento dentro de uma perspectiva moralista, baseava-se no isolamento através da hospitalização tendo em vista o propósito de cura dos pacientes por meio de mudanças de hábito (AMARANTE, 2007).

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. (FOUCAULT, 1972, p. 12).

² Philippe Pinel (1745-1826) médico francês, que ganhou destaque no âmbito da psiquiatria, marcando de forma decisiva a conduta com os pacientes em sofrimento psíquico que passam a receber tratamento moral baseado em repressão, intimidação e filantropia com intuito de gerar uma mudança de hábitos no sujeito, dessa forma, estimulando o surgimento do que viriam a ser os manicômios. (PEREIRA, 2004).

Após a promulgação da lei francesa de 30 de junho de 1838 considerado o primeiro marco legal aos “alienados” que incentivou diversos países a implementarem hospitais psiquiátricos seguindo a mesma linha de atuação (AMARANTE, 2007).

Na reforma promovida por Pinel da instituição hospitalar do século XVIII para o tratamento moral instaurado no século XIX, o próprio “já havia acentuado o fato de haver contradições entre a prática psiquiátrica, que as instituições do grande enclausuramento apontavam, e o projeto terapêutico/assistencial original da medicina mental” (Amarante, 1999, p.28). Também, é possível afirmar, segundo Desviat (1999), que as críticas ao asilo surgiram desde seu primeiro momento, enquanto ocorria o processo de constituição da ciência psiquiátrica, entretanto foi só na primeira metade do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, que as críticas ao modelo psiquiátrico clássico atingiram um status de necessidade de ruptura com o manicômio. (ROCHA, 2017, p. 23).

A Segunda Grande Guerra (1939-1945), possibilitou uma mudança drástica no olhar da população em geral quanto à saúde mental devido às “experiências científicas” e ao trabalho forçado e assassinatos em massa ocorridos em campos de concentração que mais pareciam formas de “violência gratuita” baseadas em estigma contra alguns grupos sociais que a Europa democrática desse período não mais tolera conviver. (AMARANTE, 1995).

Após o final da guerra surgiram comparações quanto ao quadro anteriormente mencionado ocorrido nesse período e as denúncias das abordagens dentro dos manicômios, questionando os métodos de identificação de “doenças” de ordem psicológica, a superlotação das instituições, e as denúncias de maus tratos e assassinatos nesses locais.

Esse período sócio-histórico, demarcado pelo fim da Segunda Guerra Mundial, tornarse-á o campo para o desenvolvimento do projeto de reforma psiquiátrica tal qual é conhecido hoje, isso acontece pela colocação de novas questões no cenário mundial a época relatada. (AMARANTE, 1995). As reformas que sucedem esse período terão como alvo, segundo Amarante (1995, p.28) “questionar o papel e a natureza ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico” e se desdobrarão até os dias de hoje, a sua maneira em cada país. (ROCHA, 2017, p. 24).

Nesse contexto ocorrem as primeiras experiências de “reforma psiquiátrica” nos Estados Unidos. Dentro dessas experiências, três linhas de atuação de origem norte-americana são destacadas por Amarante (2007):

- a) composta pela Comunidade Terapêutica e Pela psicoterapia institucional que criticava a gestão do hospital;
- b) formada pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria preventiva que acreditavam que esse modelo estava ultrapassado e que deveria aos poucos ser substituído através da construção de serviços assistenciais;
- c) a corrente da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática as quais questionam o modelo científico psiquiátrico como um todo.

Na Inglaterra, Main e Bion Reichman, do Monthfield Hospital em meio à adversidade do pós-guerra, onde muitos soldados voltaram da guerra de alguma forma perturbados com a realidade vivenciada, resolveu promover rodas de conversas, projetos e assembleias nas quais eles poderiam participar ativamente, desenvolvendo suas potencialidades nesse processo. (AMARANTE, 2007).

Na Itália, a partir da década de 1960, Franco Basaglia³ diretor do hospital psiquiátrico em Gorizia influenciado pela a Psicoterapia Institucional inglesa, e Gramsci resolve substituir o serviço prestado pelo hospital por serviços comunitários, aproximou-se da fenomenologia existencial colocando o sujeito à frente da doença, dessa forma adentrando na dimensão subjetiva envolvendo sociedade, cultura e economia. (LUCENA; SILVA; LYRA, 2017).

A partir da Reforma Psiquiátrica Italiana, o tema saúde mental passou a ser incorporado como pauta de organismos internacionais na defesa dos Direitos Humanos dos portadores de Enfermidades Mentais, instaurando diretrizes para o atendimento, destacando-se a Declaração dos Direitos dos Retardados Mentais, proferida pela ONU em 1971; a Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em 1978; Programa de Ação Mundial para os Impedidos, em 1981; o conjunto de normativas denominado Princípios, Directrices y Garantias para La Protección de Personas Detenidas a Título de Padecer de Enfermidades Mentales, criado pela Comissão Internacional de Direitos Humanos e expedido no ano de 1984; e a Resolução da ONU, em 1991, que aprovou a Declaração sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência em Saúde Mental (MARAZINA, 2011).

³ Franco Basaglia, italiano de formação marxista, criador da Psiquiatria Democrática, acreditava que o sistema manicomial deveria ser substituído por serviços comunitários. Influenciado por Gramsci, aproximou-se da fenomenologia existencial, apropriou-se do dispositivo de *epoché* de Husserl. Para ele a dimensão subjetiva do sujeito, considerando seus aspectos sociais, econômicos e culturais, e não apenas biológicos traria um olhar mais humanizado sobre o sujeito. (LUCENA; SILVA; LYRA, 2017).

No final da década de 1980 evidencia-se na América Latina a ampla progressão dos transtornos psíquicos, os altos índices de violação de direitos de estigmatização e segregação dos indivíduos em sofrimento psíquico, fatores que levaram a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a promover um estudo para avaliar a atenção no âmbito da saúde mental dos países membros.

Os preocupantes resultados da pesquisa que identificaram diversos casos de violação dos direitos humanos no continente e atraiu a atenção da Organização Mundial de Saúde que em parceria com a Organização Panamericana de Saúde a convocar uma Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, nos anos 1990 Nessa conferência propõe-se a declaração de Caracas da qual o Brasil foi signatário. (DOMINGUES, 2018).

A Conferência acabou se tornando um marco para a proposição de novas práticas assentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica Mundial, com a emissão da Declaração de Caracas, firmada pela maioria dos países do continente latinoamericano em 1990. Os países signatários se propõem a executar drásticas mudanças na atenção em saúde mental, constituindo leis e políticas que possibilitem a implementação de uma rede comunitária de serviços de assistência em saúde mental, em substituição ao modelo hospitalocêntrico, com vistas a garantir a proteção dos direitos humanos, a progressiva reinserção comunitária, familiar e social dos institucionalizados nos hospícios e manicômios, assim como promover capacitação contínua dos trabalhadores da área, oferecendo atenção integral aos usuários e acompanhamento social e terapêutico aos familiares, ficando expressamente proibidas as internações com características asilares (OMS, OPAS, 1990). (DOMINGUES, 2018, p. 18)

Após a emissão da Declaração de Caracas a atenção em Saúde Mental na América Latina passou a ser gradativamente transformada, rompendo com o sistema manicomial e fornecendo as diretrizes para um modelo de atenção a saúde mental de base comunitária, pautada em ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. (DOMINGUES, 2018).

Nesse contexto de mudança, a OMS, reconhecendo dos Direitos Humanos (1948), adequa o conceito biológico de saúde, que passa de “ausência da doença”, de caráter higienista, para abranger o contexto físico, mental e social no âmbito do bem-estar, ocasionando a transição do conceito de higiene mental para saúde mental. (DOMINGUES, 2018).

Todos os 194 Estados Membros da OMS assinaram o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, que os compromete com metas globais para transformar a saúde mental. Os progressos parciais alcançados na última década provam que a mudança é possível. Mas a mudança não está acontecendo rápido o suficiente e a história da saúde mental continua sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental são destinados a hospitais psiquiátricos independentes – mais que a serviços de saúde mental comunitários, onde as pessoas recebem melhor atenção. Durante décadas, a saúde mental tem sido uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebendo uma ínfima parte da atenção e dos recursos de que necessita e merece. (OPAS, 2022).

Em fevereiro de 2017 foi publicado o Organização Mundial da Saúde – Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde, constatando um aumento de 18% entre 2005 e 2015, 322 milhões de pessoas no mundo. A prevalência de transtornos psíquicos na população mundial gira em torno de 4,4%, em sua maioria mulheres. (DOMINGUES, 2018).

Conforme dados da OMS, a pandemia do COVID-19⁴ contribuiu para o aumento de 25% dos índices mundiais de ansiedade e depressão, entre os fatores de estresse a necessidade de isolamento social na tentativa de evitar a contaminação dos indivíduos pela doença, comprometendo a rotina de trabalho, o contato com entes queridos, e o contato social em geral, além do terror causado pelos milhares de casos de sofrimento e morte pela doença.

O último Global Burden of Disease study, que, após a pandemia, aumentaram os casos de suicídio e autoflagelação nos jovens. O estudo também registra que mulheres foram mais severamente afetadas do que homens, e portadores de asma, câncer e doenças do coração tiveram maior propensão a desenvolver sofrimento psíquico. As pessoas com transtorno psíquico mais severos como psicoses, ou jovens com algum tipo de doença tinham mais riscos de hospitalização e morte do que os indivíduos que não faziam parte desse grupo. Em 2022, a OMS propõe novos planos para os países membros com estratégias de atenção a saúde mental. (WHO, 2022).

Nas Américas a situação em saúde mental é preocupante, visto que entre os anos de 2000 e 2019 a taxa global de suicídio havia caído 36% enquanto No continente aumentaram 17% entre os jovens de 15 a 29 anos. O abuso de álcool e

⁴ A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. (OPAS). De 2019 até a atualidade a doença se tornou uma pandemia, alcançado diversos países e ocasionando internamentos e morte de milhares de pessoas. Como forma preventiva, foi aderido o isolamento social, o uso de máscaras e álcool gel.

outras drogas tem sido um fator desencadeador da depressão, e representa de 36% a 37% dos casos de suicídio. (BRASIL, 2022).

Diante do exposto é possível ressaltar que a trajetória da atenção à saúde mental na no contexto mundial e latino americano sofreram transformações quanto ao modelo de atenção á saúde mental por meio do desenvolvendo de legislações internacionais a fim de impulsionar um olhar mais humanizado para as pessoas em sofrimento psíquico. Apesar dessas iniciativas ainda residem muitas barreiras sociais e estruturais no âmbito da saúde mental.

2.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil os indivíduos em sofrimento psíquico historicamente foram sujeitos a estigma, violação de direitos humanos, isolamento social e, sobretudo internações de longa permanência, situação esta que perdurou até a década de 60, quando ocorre a Reforma Psiquiátrica em nível mundial.

Seguindo o modelo francês, no Brasil é inaugurado em 1852, o Hospício D. Pedro II, primeira instituição psiquiátrica no país. Machado de Assis publicada em 1882 a obra “O alienista”, a qual faz uma critica referente às internações sem respaldo, traçando uma linha tênue entre padrões de comportamento considerados “comuns” e “atípicos”, e gerando questionamentos sobre a conduta abordada pela categoria médica em nome da “pesquisa”. Amarante (2007).

Nesse período, Basaglia, precursor e defensor da Reforma Psiquiátrica na Itália, visita o Brasil e divulga as novas tendências na assistência psiquiátrica, reafirmadas pela ampla discussão mundial em torno da assistência em saúde mental, nos anos de 1960, eleito “Ano Internacional da Saúde Mental”, levando a disseminação das propostas de psiquiatria comunitária e preventiva nos países da América Latina, especialmente no Brasil (DOMINGUES, 2005 apud DOMINGUES, 2018, p. 115).

Durante a ditadura militar no Brasil (1964-1985), se inicia um período de forte repressão a liberdade de expressão que se utilizou de instituições psiquiátricas como recurso político para incapacitar a participação política dos opositores. Esse governo também diminui os recursos destinados a saúde mental e incentivou a ampliação dos manicômios através de convênios com o setor privado. (DOMINGUES, 2018).

Esse estímulo à busca por tratamento psiquiátrico tornou-se lucrativo e impulsionou a criação de Campanhas de Saúde Pública, também foi implantada a Campanha Nacional de Saúde Mental, que, ironicamente, demarcou o início da psiquiatria preventiva e comunitária que prevaleceu até o início dos anos 2000 quando cria-se uma lei proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos. (DOMINGUES, 2018).

Em 1973 a Conferência de Alma Ata cujo slogan era – Saúde para Todos no ano 2000, incentivou a atenção primária nos cuidados básicos em saúde. Através de suas proposições foram criados ambulatorios e centros comunitários de saúde mental, aos quais outros profissionais, entre eles os assistentes sociais, além da categoria médica foram sendo inseridos no âmbito da atenção a saúde mental. (DOMINGUES, 2018).

Em 1978, eclode uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, provocada por denúncias de estagiários e profissionais, que relatavam casos de estupro, ameaça, morte, trabalho escravo e agressões dentro de instituições 120 psiquiátricas. A situação de bolsistas, contratados com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, assumindo cargos de chefias, trabalhando em precárias condições, aliado ao fato da não realização de concurso público desde 1957, acaba gerando um movimento de greve, no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, provocando a mobilização dos atores sociais, na busca pela melhoria na atenção psiquiátrica. (DOMINGUES, 2018, p. 120).

Nesse contexto surge o Movimento Popular em Saúde que fundamentou o Movimento Sanitário, precursor da Reforma Sanitária que posteriormente se atrelou a Luta Antimanicomial. Mesmo com os incentivos à atenção primária, ainda persistiam as internações, no ano 1979, sem dinheiro para financiar as internações, O ministério da saúde fez uma tentativa de prevenção e educação, indo as comunidades, essa articulação coma sociedade civil contribuindo para o processo de organização popular na saúde. (DOMINGUES, 2018).

Como princípio norteador da Luta Antimanicomial no Brasil está o entendimento de que a pessoa com transtorno mental deve ser cuidada em seu território, compreendido como espaço potencial de criação da vida e da reprodução social, uma vez que é na vida cotidiana no território que se estabelecem as relações familiares e sociais dos sujeitos. (GONDIM et al., 2008). Portanto, deve-se pensar a pessoa com transtorno na qualidade de ser social, que é capaz de exercer sua cidadania, sendo necessário lutar pela garantia de sua autonomia e liberdade. (LUCENA; SILVA; LYRA, 2017, p. 525).

Os CAPS foram criados no final dos anos 80 em São Paulo, como serviços substitutivos aos internatos locais de maus-tratos e mortes de pacientes. Eles são parte do SUS destinados a pessoas em sofrimento psíquico, ou abuso do uso de álcool e outras drogas. (DESINSTITUTE, 2021)

Os Centros de Atenção Psicossocial são parte do SUS e são financiados pelo Ministério da Saúde. Atendem indivíduos portadores de doenças mentais graves e persistentes e os usuários de álcool e drogas com debilidades decorrente do uso dessas substâncias. Quanto as modalidades de tratamento são elas: intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (BRASIL PORTARIA N. 3.088)

O atendimento aos usuários é realizado de forma personalizada, na qual se desenvolve um Projeto Terapêutico Individual para cada um em consonância com a equipe, a família e sua autonomia. As atividades realizadas priorizam a abordagem coletiva que ocorre por meio de oficinas, assembleias de usuários, reunião diária de equipe, de forma articulada com as outras esferas da rede. (BRASIL PORTARIA N. 3.088).

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões

com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL PORTARIA Nº 3.088)

Os CAPS II possuem as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº e 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, PORTARIA Nº 336, 2002)

Em 1990 o Brasil ratifica o compromisso com a Declaração de Caracas comprometendo-se a implementar as novas propostas na assistência em saúde mental propostas no documento. (DOMINGUES, 2018).

Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. No governo Lula, o programa transforma-se em Política Nacional de Humanização, ampliando sua área de ação passando a contemplar a gestão e a atenção. (BRASIL, 2010.p. 39)

Dentro desse tema é importante ressaltar a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, chamada Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, aprovada de forma conjunta a Política Nacional de Saúde Mental, proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos, colocou o Estado como responsável em desenvolver políticas públicas, assistenciais e a promoção de saúde as pessoas indivíduos que necessitem de cuidados no campo da saúde mental, através da criação de uma rede de assistência em saúde mental de base comunitária visando sempre a reinserção desse indivíduo em sociedade. Prevê a proteção dos direitos desse grupo social, colocando o internamento como último recurso (DOMINGUES, 2018).

Marcando uma diferença radical com a lógica, e com a prática anteriormente estabelecidas a Lei nº 10.216/01 torna diretriz nacional a finalidade do tratamento psiquiátrico ser a reinserção social e comunitária da pessoa com transtorno, a fim de evitar os abandonos e as longas internações em hospitais psiquiátricos. Em função de um reconhecimento da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, a lei também preconiza que o tratamento seja conduzido da maneira menos invasiva possível e livre de abusos. Discute ainda as formas de internação, abrindo discussões sobre voluntariedade e autonomia. (LUCENA; SILVA; LYRA, 2017, p. 527).

Em novembro de 2005 em Brasília realizou-se pelo governo brasileiro em parceria com a Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana da Saúde a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, com o tema era “15 anos depois de Caracas”, buscando refletir as conquistas e desafios vivenciados na América Latina após a inclusão dos princípios da Declaração de Caracas. (DOMINGUES, 2018)

No relatório final da Conferência foi registrado que os serviços de saúde mental deve se defrontar com novos desafios técnicos e culturais que tornaram-se mais evidentes nos últimos anos, como a vulnerabilidade econômica e social, que incluem a problemática das populações indígenas

e as consequências adversas da desorganizada ocupação das grandes cidades; o aumento d mortalidade e de problemas psicossociais da infância e adolescência; acréscimo na demanda de serviços que adotem medidas de prevenção e abordagem precoce do suicídio e do abuso de álcool e o crescente aumento de diferentes modalidades de violência, que exige uma participação ativa dos serviços de saúde mental, em especial com atenção as vítimas. Por seu impacto social esses quatro problemas devem se converter nos próximos anos no centro de atenção e prioridade na área de saúde mental em toda a América (OMS, 2005). (DOMINGUES, 2018, p. 103).

Em 2005, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde emitiu outro documento sobre Prevenção de Transtornos Mentais prevendo a implementação de políticas gratuitas de prevenção ao adoecimento psíquico. Em 2008, os conselhos da OMS e da OPS, promoveram um encontro em Washington para tratar do Plano Estratégico em Saúde 2009-2012 com o objetivo de prevenir e reduzir diversas doenças abrangendo também a área da saúde metal. A Agenda de Salud para las Américas 2008–2017 também merece destaque, visando orientar ações coletivas tanto nacionais quanto internacionais que queiram contribuir com melhorias na área da saúde. (DOMINGUES, 2018)

No ano de 2009, os documentos sobre a Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental 2009-2012 e a Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe produzidos pela OPAS/OMS. constituem um marco no planejamento e definição de estratégias em nível macro das ações em saúde mental na América Latina assim como os estudos sobre Epidemiología de Los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe Sistematizando a atenção saúde no continente (DOMINGUES, 2018).

A mais recente alteração na assistência psiquiátrica, ocorreu nos anos de 2010, no âmbito da organização do Sistema Único de Saúde, com a implementação das Redes de Atenção em Saúde – Ras, sugerida pela Organização Panamericana de Saúde para promover a reforma da atenção básica de saúde nos países da América Latina(BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde – Ras são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, “[...] de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). (DOMINGUES, 2018, p.23).

Estruturada pela Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, foi criada como um instrumento para os cuidados da saúde mental no país. Promovendo desenvolvimento e expansão de diversos

estabelecimentos especializados em disponibilizar cuidados efetivos com a saúde mental que trabalham de forma articulada para melhor prestação de serviço população.

Além disso, a atual política de saúde mental pressupõe o pacto e o estabelecimento de redes municipais de atenção, no modelo da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria nº 3.088/2013, para o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A Raps é constituída por componentes como: Unidade Básica de Saúde; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; Samu; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos. (BRASIL, 2011 apud LUCENA; SILVA; LYRA, 2017, p. 528).

Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial – Raps (estrutura organizacional)

Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório na Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes Modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgências e emergências/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; •Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidade Terapêuticas).
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Domingues (2018)

Atualmente a concepção de saúde mental da OMS e mundialmente está estabelecida a perspectiva de tratamento ambulatorial as pessoas em sofrimento psíquico, sendo a internação psiquiátrica a última medida adotada.

Vários avanços foram constatados no Brasil, apesar disso ainda existe a priorização do tratamento as doenças físicas, estigmatização dos indivíduos em sofrimento psíquico e o não reconhecimento na vulnerabilidade desses sujeitos, as faltas com relação a proteção dos mesmos, ocasionando a necessidade de medidas judiciais, por exemplo ainda são fatores relevantes a serem refletidos na área da saúde mental.

Outros desafios que se fazem presentes ao movimento da Luta Antimanicomial brasileira são a redução da militância á ação local, o distanciamento das pautas atreladas ao movimento sanitário, a não avaliação das políticas públicas empregada, os limites impostos pela instituição a influencia quanto a dimensão política de ataques as políticas públicas e as crises economias. (LUCENA; SILVA; LYRA, 2017)

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública. (DESINSTITUTE, 2021).

O Brasil está entre os países que mais apresentam pessoas ansiosas (63%) e depressivas (59%), devido ao isolamento social preventivo ocorrido no período de pandemia de COVID-19, cujo ápice se deu entre 2020-2021 no país, esse quadro de sofrimento psíquico se agravou ainda mais. (CONEXA SAÚDE, 2022).

Posto isto pode-se destacar a atenção a saúde mental brasileira de base comunitária como um fenômeno recente, ainda permeado por muitos resquícios da lógica manicomial. Tendo em vista a possibilidade de enfrentamento da exclusão e estigmatização dos indivíduos em sofrimento psíquico e a promoção da proteção quanto a seus direitos e incentivos a ampliação de serviços mais humanizados faz-se necessário ressaltar o exercício profissional do assistente social na saúde mental, o qual será retratado no próximo capítulo.

3 SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O Serviço Social surge como uma resposta às expressões da questão social no contexto do desenvolvimento capitalista industrial e de expansão urbana. É uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho situada na reprodução das relações sociais, participa da reprodução da relação de classes a qual possui caráter contraditório.

Corroborando, de forma antagônica, com os interesses de controle da classe dominante e ao mesmo tempo responde as necessidades da classe trabalhadora. Os profissionais da área podem, através de sua autonomia relativa, fortalecer os interesses do capital ou do trabalho.

Este capítulo irá abordar de forma breve as relações sociais que contribuíram para a organização do Serviço Social no contexto mundial e latino americano, e posteriormente detalhará sobre a sua aproximação com a Política de Saúde Mental no Brasil.

3.1 O SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO MUNDIAL E LATINO AMERICANO

Tendo em vista a compreensão do exercício profissional do Serviço Social e seu alcance na atualidade, faz-se necessário perpassar pelas suas origens no contexto mundial e latino americano, posta a influencia internacional na repercussão da profissão no Brasil. Essa gênese foi marcada pelos parâmetros moralizadores da doutrina igreja emergiu a partir de um ideário vocacional, voluntário, caritativa.

O Serviço Social surge mundo sob influencia católica, após o final da Primeira Revolução, industrial (1760-1850) junto à expansão urbana, com a formação de uma nova ordem social permeada por contradições na qual duas classes a trabalhadora e aburguesa passam a coexistir de maneira antagônica. Essas contradições na reprodução cotidiana das relações sociais originou a questão social. (IAMAMOTO, 2000)

O primeiro marco de organização da Assistência Social no contexto mundial acontece em Londres em 1869 com a fundação da sociedade de organização da caridade. Em 1899 surge, em Amstardã, a primeira escola de

Serviço Social do mundo como um mecanismo de controle e de otimização da exploração do trabalho assalariado. (SANTOS, 2013).

O Desenvolvimento de Comunidade, outra forma de resposta às demandas emergentes, começou através da experiência inglesa em suas colônias na África e na Ásia e passou a ser implementado pelos Estados Unidos no período de descolonização implementando o Serviço social como forma de responder aos levantes operários e das minorias no território nacional. (Castro, 2000)

No início da década de 1920 surge nos Estados Unidos os Conselhos de Planejamento de Comunidade ou Conselhos locais para o Bem-estar comunitário. Após a Grande Depressão a Conferencia Nacional de Serviço Social dos Estados Unidos cria a sessão de Organização de Comunidade. (Castro, 2000)

A partir do pós Guerra essas Conferencias Internacionais passaram a prestar consultoria às Nações Unidas, Unesco e OMS dessa forma favorecendo a expansão das experiências norte-americanas do Serviço Social no mundo, essas experiências pautadas no Desenvolvimento de Comunidade foram pulverizadas na América Latina, com seu caráter funcionalista e com um complexo método de execução por meio de investigação preliminar, diagnóstico preliminar e planejamento preliminar. (Castro, 2000)

Em 1948 comemorou-se o 75º aniversário da Conferencia Nacional de Serviço Social dos Estados Unidos e a Conferencia Internacional de Serviço Social (CISS) reuniu-se em Nova Iorque tendo como principal pauta as atividades internacionais do Serviço Social. Os Congressos Internacionais de Escolas de Serviço Social (CIESS), atuantes na esfera do ensino e da formação profissional, a Conferencia Internacional de Centros Sociais e a Federação Internacional de Assistentes Sociais fundada em 1950 e União católica de Serviço Social (UCISS) de 1925 também recebem destaque. (Castro, 2000)

No final da década de 1960 e início de 1970 decorrente de uma nova crise do capital nos Estados Unidos e países aliados da Europa Ocidental, que acaba por desgastar o modo de produção fordista/keynesiano, com a reestruturação produtiva e o neoliberalismo no processo de globalização e financeirização do capital e a expansão do toyotismo (modelo japonês) para o mundo, otimizando a produção implicando na precarização do trabalho e no aumento do desemprego estrutural e retrocesso no poder sindical. (CAVALCANTE, 2010).

Com o advento neoliberalista ocorre a contrarreforma do Estado. No âmbito privado a mercantilização dos serviços como saúde, educação e previdência, nesse contexto o Estado passa a prestar um serviço mínimo e de baixa qualidade nas áreas de interesse social áreas aqueles que não conseguem comprar o ofertado. (CAVALCANTE, 2010).

Essas experiências acumuladas no contexto internacional pautadas no exercício profissional conivente com a ordem vigente, sem o aprofundamento teórico na origem dos fenômenos de pauperização, emergentes como respostas imediatas a insatisfação operária mediante as expressões da questão social se desdobra no contexto latino-americano tendo como contexto a industrialização no continente.

Em 1925, na América Latina é fundada por Alejandro del Río a primeira Escola de Serviço Social, o médico havia ido a Bélgica conhecer os centros de formação acadêmica, essa viagem repercutiu na ida de René Sand ao Chile. O Serviço Social surge como subprofissão vinculada à categoria médica, mediante a necessidade de expansão do Estado, possuindo caráter técnico-caritativo de influencia europeia. (Castro, 2000)

A Igreja Católica apresenta forte influencia como precursora de obras de caridade e difusora de sua doutrina constituindo a base das protoformas de Serviço Social. Em 1929 a Igreja funda a Escola Elvira Matte de Cruchaga, de influencia europeia, com intuito de profissionalização de agentes sociais capazes de responder as demandas da época e a internacionalização da moralização católica na criação de escolas de Serviço Social como ocorreu no Uruguai, Peru e Brasil. (Castro, 2000)

Em 1931 foi comemorado os quarenta anos da *Rerum Novarum*, encíclica de Leão XIII a qual centralizou a questão operária e forneceu as diretrizes para várias práticas da Igreja, avaliava as relações operário-patronais, a função do Estado, as manifestações da Igreja e a ameaça da ideologia socialista. Nesse ano é instituída a encíclica *Quadragesimo Anno* de Pio XI pautada na reforma das instituições e na moralização social. (Castro, 2000)

A Escola Elvira Matte passa a organizar as “Semanas de Estudos” destinada a reciclagem das diplomadas. Essas Semanas contribuíram para a criação da Associação das Visitadoras Sociais do Chile em 1933. Em 1936 a Junta Nacional de Ação Católica e a Comissão Episcopal atribuíram a Escola a organização do Secretariado de Obras de Caridade e Ação Social, tendo como

pretensão a ajuda e a educação da classe operária, criando uma ativa demanda das profissionais no mercado de trabalho. (Castro, 2000)

União Católica Internacional de Serviço Social (UCISS) sediada em Bruxelas, escolhe a Escola de Serviço Social Elvira Matte de Cruchaga como centro privilegiado de operações, toando-se o foro Secretariado da instituição internacional, incumbida de fomentar o Serviço Social Católico, para a América Latina em 1938. (CASTRO, 2000)

Com a II Grande Guerra se expande a ideologia norte-americana para a América Latina, com a metodologia do Desenvolvimento de comunidade, com os pilares da investigação, diagnóstico e planejamento ambos de forma preliminar no âmbito da ação, contribuindo para a substituição o Serviço social de influência europeia (caso e grupo). (CASTRO, 2000)

Em 1945 ocorre, no Chile, o primeiro Congresso Pan-Americano de Serviço Social, contemplado oficialmente por membros de 14 delegações dentre elas Brasil, ratificando predominantemente o posicionamento favorável a neutralidade e conciliação entre capital e trabalho, ação educativa e valorização integral do homem como fundamento do Serviço Social. Dissemina uma homogeneização da formação profissional pela América Latina pautada na influência norte-americana, dando continuidade ao abordado no Congresso Inter-Americano de Atlantic City de 1941 nos Estados Unidos. Atrai a atenção da ONU expondo sobre a necessidade de criação de organizações voltadas ao bem-estar social. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014)

Outros eventos importantes foi a Associação Latino-Americana de Escolas de Serviço Social a qual passa a chamar-se Associação Latino-Americana de Escolas de Trabalho Social. Entre 1950 e 1951 Os Seminários Regionais de Assuntos Sociais da OEA disseminam toda a experiência internacional do Desenvolvimento Comunitário experimentado na América Latina cujo foco era discutir sobre as cooperativas, educação operária, Serviço Social e habitação e planejamento sob uma perspectiva multidisciplinar e buscando uma intenção intimamente legada as políticas sócias desenvolvidas na América Latina. (CASTRO, 2000)

O II Congresso Pan-Americano de Serviço Social ocorreu no Brasil em 1949 com a temática “O Serviço Social e a Família”, com intuito de promover reforma social em prol do bem estar-social. O III se deu em Costa Rica, 1961, e

fomento a vinculação do Serviço Social aos programas nacionais de desenvolvimento. (CASTRO, 2000)

Em 1968 Ocorre o IV Congresso em Caracas cuja nomenclatura passa para Conferencia Interacional de Bem-estar Social. O tema abordado foi “Planejamento para o Bem-estar social, o Planejamento no Serviço Social” tendo como um dos focos a formação profissional, nesse período já vista como tal e não mais como subprofissão, embasada no Desenvolvimento Integral se opondo ao caráter filantrópico. Esse evento marca um consenso sobre o profissional ser um agente de transformação no campo da moral e do humanismo. Sem vinculação política, muito do abordado não alcançou caráter pratico. (CASTRO, 2000).

O movimento de reconceituação do Serviço social que surgiu na metade da década de 1960 foi um fenômeno latino-americano representando um marco decisivo no processo de autocrítica do Serviço Social baseado na análise marxista da crítica a economia política e a filosofia clássica alemã, gerando a noção de “Serviço Social tradicional” em confronto com a tipificação “Serviço Social Clássico”. (IAMAMOTO, 2000). Esse fenômeno teve significativa repercussão na atual configuração do Serviço Social brasileiro.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E SUA INTERLOCUÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Em 1936, é fundada pelo CEAS a primeira Escola do Serviço Social do país de influencia europeia e vinculada à doutrina moralizadora da Igreja. Ainda nesse ano ocorre primeira Semana de Ação Social no Rio de Janeiro, marco da introdução do Serviço Social na até então capital do Brasil, sendo realizando nesse ano o “primeiro intensivo de Serviço Social” com duração de três meses. Antes da institucionalização do Serviço Social brasileiro eram realizados ensinamentos aos trabalhadores organizados pela Igreja Católica pelas Senhoras Católicas em São Paulo e pela Associação das Senhoras Brasileiras no Rio de Janeiro. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

O trabalho do Assistente Social passa a ser contratado pelo Estado e por instituições privadas, tornando-se mercadoria e desvinculando-se de seu caráter originalmente vocacional motivado por questões voluntárias e pessoais e inserindo-se na divisão social e técnica do trabalho. Nesse contexto vincula-se ao interesse de

controle político-ideológico proveniente da classe dominante e tem por instrumento de trabalho as políticas sociais. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Em 1940 é criado o Instituto de Serviço Social como um Desmembramento da Escola, é introduzido o Curso de Preparação em Trabalho Social de Enfermagem Ana Ney o qual posteriormente dá início a Escola de Serviço Social da Universidade do Brasil, nesse período surgem diversas escolas de serviço social na Capital dos Estados. O projeto teórico do Serviço social, baseado no modelo europeu, orienta-se para a reprodução material e ideológica da Força de trabalho do proletariado, tendo por principais preocupações a família. Esse projeto se legitima através de sua formação religiosa. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Em 1945 o movimento operário reaparece através do combate ao fascismo e culmina com a deposição de Vargas. O Serviço Social da Indústria (SESI) é oficializado em 1946 com intuito de estudar, planejar e executar medidas que contribuam para o bem-estar do trabalhador na indústria, forma de aproximar o empresariado ao enfrentamento das expressões da questão social aprofundadas no pós Segunda Grande Guerra (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Na década de 1950 o Serviço Social começa a relacionar estudos psicossociais do participante com os problemas da estrutura social vinculando-se ao Desenvolvimento de Comunidade, com foco na agricultura e tendo por estratégia a Educação de Adultos (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). Em 1957 é criada a Lei n.º 3.252 que regulamentado o exercício da profissão no Brasil.

Nesse contexto de fortalecimento do movimento operário o conservadorismo católico, característico do Serviço brasileiro, passa a se tornar ineficaz na resposta as demandas emergentes da reorganização do sistema capitalista abrindo espaço para a implementação de novas estratégias de contenção operária norteadas pelas experiências norte-americanas a qual ainda representa uma perspectiva conservadora, sendo o serviço social utilizado como instrumento do Estado, coadjuvante da acumulação capitalista em prol da manipulação das massas. Esse olhar para a profissão constitui o serviço social tradicional.

Na década de 1960 ocorrem alguns importantes seminários como o II Congresso Brasileiro de Serviço Social realizado em 1961, sob influência janista, passando a olhar o bem-estar social do trabalhador, a dignidade humana permitindo a integração do Povo em todas as decisões da comunidade. Também foi uma preparação para a XI Conferencia Internacional de Serviço Social de 1962, que teve

como tema central “Desenvolvimento Nacional para o Bem-estar Social” o qual ainda nesse contexto se mantém dentro do projeto governamental, não ultrapassando uma perspectiva modernizante agudizada nos anos de Golpe Militar. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Em 1979 o II Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), também conhecido como “Congresso da Virada” marca o começo da transformação do projeto profissional mediante sua aproximação com o marxismo, apoiado por uma das vanguardas do Serviço social.

Esse congresso é um marco simbólico na recusa do conservadorismo de origem no serviço social brasileiro em favor de sua renovação histórico-crítica. O III CBAS articula, unifica e simboliza a “virada” dos compromissos políticos sociais com as classes dominantes e o poder político que presidiram sua institucionalização e desenvolvimento no país. Os assistentes sociais, como coletividade, passam a sintonizar-se com os interesses e necessidades de trabalhadores e trabalhadoras em luta pela democracia. O ‘Congresso da Virada’ expressa a luta pela hegemonia no universo de assistentes sociais: na sua atuação, na formação acadêmica e na produção de conhecimento na área de Serviço Social. (IAMAMOTO, 2020, p.5).

A partir da década de 1960 percebeu-se o estímulo a ruptura do serviço social tradicional que ganha forma no final da década de 1970 com a revisão do Serviço social brasileiro influenciado pelo Movimento de Reconceituação. Nesse momento se estabelece o processo de Renovação da profissão, o qual, não se deu de forma heterogênea, se instaurando o ecletismo ou o pluralismo profissional com a reatualização de três vertentes de análise do exercício profissional: a tendência modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

- a **vertente modernizadora** caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas (matriz positivista), voltadas a uma modernização conservadora e à melhoria do sistema pela mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração da sociedade. Os recursos para alcançar estes objetivos são buscados na modernização tecnológica e em processos e relacionamentos interpessoais. Estas opções configuram um projeto renovador tecnocrático fundado na busca da eficiência e da eficácia que devem nortear a produção do conhecimento e a intervenção profissional;
- a **vertente inspirada na fenomenologia** que emerge como metodologia dialógica, apropriando-se também da visão de pessoa e comunidade de E. Mounier (1936) dirige-se ao vivido humano, aos sujeitos em suas vivências, colocando para o Serviço Social a tarefa de "auxiliar na abertura desse sujeito existente, singular, em relação aos outros, ao mundo de pessoas" (ALMEIDA, 1980, p. 114). Esta tendência que no Serviço Social brasileiro vai priorizar as concepções de pessoa, diálogo e transformação social (dos

sujeitos) é analisada por Netto (1994, p. 201 e ss) como uma forma de reatualização do conservadorismo presente no pensamento inicial da profissão;

- **a vertente marxista** que remete a profissão à consciência de sua inserção na sociedade de classes e que no Brasil vai configurar-se, em um primeiro momento, como uma aproximação ao marxismo sem o recurso ao pensamento de Marx (NETTO, 1994, p.164 apud VITALI; POLTIS. p. 17).

Com a redemocratização política a intenção de ruptura avançou nos anos 1980 e consolidou-se em 1990. Vale ressaltar a Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993 que regulamentou profissão tal como é hoje. Nesse contexto ocorre a reformulação do Código de Ética da profissão.

Nesse sentido tem-se a formulação do Código de Ética da profissão tendo como princípios o reconhecimento da liberdade como valor ético central, defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, a favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, em prol do pluralismo, visando a construção de uma nova ordem societária, sem dominação. (BRASIL, 2012).

O Projeto Ético Político do Serviço Social confere uma identidade coletiva para a categoria, possui caráter político em defesa dos interesses da classe trabalhadora e a perspectiva de transformação da sociedade. As bases para a elaboração do documento foram a formulação de princípios e valores ético-políticos, matriz teórico-metodológica, crítica radical à ordem social vigente, e as manifestações nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria junto aos setores mais progressistas da sociedade brasileira.

Tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. (NETTO, 1999, p. 104-5).

Conforme a Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997 ratificada pela Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 o assistente social se tornou um profissional da saúde colocando como premissas para tal a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das

condições de vida e de trabalho; a interdisciplinaridade da mediação entre os interesses do usuário e a prestação de serviços.

Ainda consoante ao exposto nessa Resolução o assistente social foi incumbido de intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos visando otimizar a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde.

Entre os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde estão à compreensão e apreensão do Código de ética e do Projeto Ético Político do Serviço Social, bases norteadoras para refletir as expressões da questão social que comprometem a saúde dos indivíduos. Intervindo, através de políticas públicas e nas esferas como: renda, alimentação e moradia. (CEFESS, 2010).

Na Saúde Mental os profissionais devem contribuir para a materialização dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, refletindo no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios. (CEFESS, 2010).

Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social. (CEFESS, 2010),

Nos anos 1990 percebeu-se o enfraquecimento das categorias e dos sindicatos e do exercício de greve, declínio da consciência de classe dos trabalhadores, com a financeirização e globalização do capital inspirado no modelo toyotista crescem as terceirizações e o trabalho autônomo informal, no âmbito das relações de produção. (CAVALCANTE, 2010).

Atualmente, no século XXI, visto as consequências do neoliberalismo (do desemprego, privatizações e cortes dos gastos públicos), algumas das respostas do Estado aos interesses do capital tem sido o estímulo ao investimento privado via expansão do crédito e redução dos custos tributários para o setor privado. (Moraes, 2016)

Essas medidas vem fortalecendo a perpetuação da dependência externa e reprodução estrutural da desigualdade social, fragilizando a proteção do trabalho. Esses fatores incidem na formação e atuação profissional devido à reconfiguração

do mercado de trabalho e no processo de criação e formulação das políticas sociais. (MORAES, 2016)

Esses processos não apenas podem arruinar a dimensão política, construída pelo Serviço Social a partir do Movimento de Reconceituação no Brasil (o que é extremamente grave), como, dialeticamente, agridem de forma ofensiva a leitura de realidade, a produção de conhecimentos no âmbito do trabalho profissional e a construção de intervenções que fortaleçam os interesses e projetos da classe trabalhadora, ameaçando a dimensão intelectual do trabalho do assistente social na perspectiva do atual projeto ético-político do Serviço Social e incidindo diretamente na dimensão técnico-operativa, expressa no fazer profissional. (MORAES, 2016. p. 592)

No contexto contemporâneo, entre os desafios da profissão se encontram o desenvolvimento de propostas capazes de preservar e efetivar direitos demandados. Envolve compreensão da realidade e transcende o campo executivo. Romper no campo burocrático detectar e impulsionar as tendências que se apresentam e se opor a uma abordagem fatalista ou ilusória frente à realidade, mas entender os limites e possibilidades de ação profissional dentro e fora das instituições. (IAMAMOTO, 2000).

Tendo Visto a aproximação entre Serviço Social e Saúde mental e compreendendo o assistente social como um importante agente na defesa dos direitos dos usuários da Política de Saúde Mental, atuando nas expressões da questão social que repercutem nesse âmbito, o próximo capítulo abordará os limites e possibilidades do exercício profissional do assistente social nos CAPS II.

4 LIMITES E POSSIBILIDADES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS II

Nos CAPS II predomina o atendimento direto ao usuário promovendo ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas consideradas complementares e indissociáveis. A investigação, o planejamento e a mobilização, articuladas com a equipe e com o usuário, se faz essencial para o trabalho do assistente social nesse espaço. (CEFESS, 2010)

Tendo em vista a vastidão do território brasileiro e sua diversidade regional, será realizada uma abordagem mais generalista do perfil do assistente social, com foco em alguns aspectos fundamentais para a atuação profissional perpassando pelas demandas mais solicitadas nos CAPS II do país, delimitando o perfil dos usuários a pacientes maiores de 18 anos com transtornos mentais graves e persistentes.

O trabalho do assistente social no CAPS II consiste em primeira instancia na apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das reações sociais em uma perspectiva macro, ou seja, entendendo a demanda como uma expressão da questão social e, portanto vinculada a contradições estruturais que estabelecem limites à intervenção profissional. (CEFESS, 2010)

Vale ressaltar que, visto os avanços do neoliberalismo, o Estado brasileiro em vias de subdesenvolvimento, paralisou a ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, e aproximou representantes de entidades privadas-incluindo associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares - à esfera pública, remetendo ao retrocesso com relação à Reforma Psiquiátrica brasileira.

Reforçando que Serviço Social atua na política de saúde mental através da compreensão e apreensão do Código de ética e de seu Projeto Ético Político Intervindo, através de políticas públicas em prol da realização do projeto ético político da Reforma Psiquiátrica.

O Código de Ética do Assistente Social fundamenta-se no reconhecimento da liberdade, defesa intransigente dos direitos, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, a favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de

preconceito, em prol do pluralismo, visando à construção de uma nova ordem societária, sem dominação. (BRASIL, 2010).

O Projeto Ético Político do Serviço Social confere uma identidade coletiva para a categoria pautada no Código de Ética, em defesa dos interesses da classe trabalhadora, ratificando o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, também propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, materializada pela Lei nº 10.216 de 6 de maio, proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos, colocando o internamento como último recurso. Conferiu ao Estado a responsabilidade pelo suporte prestado para promoção de saúde aqueles que necessitem de cuidados no campo da saúde mental, através da criação rede de assistência em saúde mental de base comunitária e da criação de políticas públicas que contemplem esses indivíduos. Com a finalidade de reinserção desse indivíduo em sociedade, assegurando seus direitos e tendo em vista sua autonomia. (DOMINGUES, 2018).

Frente às contradições da atualidade e a ofensiva burguesa no Brasil o assistente social precisa ser criativo e propositivo, criando estratégias para aproximar os conhecimentos produzidos dentro do Serviço social ao proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Dentre as principais funções do profissional no CAPS II estão: elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais, elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos, encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais, coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social e prestar assessoria e consultoria à órgãos e movimentos sociais. (BRASIL, 2010)

No CAPS II o profissional atua através da política de saúde mental aproximando-se diretamente das políticas de assistência mediante a concessão de passe livre aos usuários que participam de grupos e oficinas terapêuticas. Cabe a ele construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com intuito de possibilitar a formulação de estratégias de intervenção que possam ser articuladas com a Rede de Assistência para o suprimento dessas necessidades.

O fortalecimento vínculo familiar mostra-se fundamental na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. (BRASIL, 2010)

Com base em materiais estudados e a observação da autora em campo de estágio em um CAPS II pode-se inferir que as principais demandas dos usuários são orientações quanto ao tratamento e procedimentos, aspectos culturais e religiosos, situações do cotidiano familiar. Em casos de discriminação e violência a responsabilidade pela notificação é função de toda a equipe. Nessas situações o profissional pode realizar uma abordagem socioeducativa com a família, orientando quanto aos recursos sociais existentes para obtenção de justiça e proteção social. (BRASIL, 2010)

Dentre as observações da autora algumas das carências dos usuários consistem na dificuldade ao acesso à educação principalmente por questões financeiras já que mesmo a educação sendo gratuita o transporte público, materiais didáticos e alimentação muitas vezes não são, o difícil acesso ao mercado de trabalho pelos usuários que podem e querem trabalhar mas não conseguem uma oportunidade devido a fatores como preconceito, para aqueles que não podem trabalhar o auxílio concedido muitas vezes não supre as necessidades básicas dos indivíduos como acesso a moradia, lazer, direito de ir e vir e acesso a uma alimentação saudável.

A humanização no atendimento também é um fator importante que deve transcender a escuta e redução de tensão tendo em vista a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, sendo debatido com a equipe este conceito visando o fortalecimento da autonomia dos usuários através do reconhecimento de sua diversidade. Cabe ao assistente social a reflexão dessa humanização junto aos usuários, para que estes possam contribuir com a ampliação desse conceito e da Política Nacional de Humanização frente a seus anseios e experiências. (BRASIL, 2010)

Nesse contexto é importante ressaltar o estigma dos usuários do CAPS II, tidos muitas vezes como incapazes, vítimas de preconceitos e violências por conta de sua saúde mental, agravadas por outros aspectos como: etnia, gênero e orientação sexual. (BRASIL, 2010).

[...] na sociabilidade do capital, a tendência prevalecente é que os indivíduos se reconheçam diversos na vivência da opressão que é determinada pelo não reconhecimento ético-político e jurídico da sua diferença. Ou seja, o processo inicial de identificação com sua diversidade é permeado pela violação dos direitos, pela negação da liberdade e extravio da igualdade (SANTOS, 2008, p. 78 apud BRASIL, 2010 p. 37).

O assistente social deve investir em sua educação permanente e incentivar a equipe a dar continuidade a sua formação visando repensar o modelo de atenção à saúde mental e avaliar, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho na área de forma propositiva, encontrando soluções práticas para a superação das mesmas.

Faz-se necessário que o profissional esclareça suas atribuições e compreenda as funções gerais e privativas dos outros membros da equipe pra que ambos possam exercer a sua autonomia profissional possam de forma interdisciplinar e multiprofissional pensar em um Projeto Terapêutico singular para cada usuário. E promover treinamento e capacitação do pessoal técnico administrativo com A finalidade de qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário (BRASIL, 2010)

Frente aos desmontes sofridos, os profissionais do Serviço social devem mobilizar os usuários, as famílias e a equipe dos CAPSII, para juntos construir proposições de enfrentamento tanto no âmbito político quanto da intervenção profissional. Apesar de a Instituição ser uma condicionante no cotidiano do assistente social, mobilizar, orientar e promover reflexões junto às outras categorias também representa uma forma de exercer a autonomia profissional e de criar meios para a transformação da sociedade.

O número de trabalhadores em vulnerabilidade de direitos passa a crescer e conseqüentemente a insatisfação da categoria também. O Estado precisa ampliar suas formas de controle visando à manutenção da ordem social protegendo os interesses da burguesia. (SANTOS, 2013).

De acordo com a Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 o assistente social deve focalizar suas atividades para uma ação técnicopolítica que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições. Essa perspectiva de atuação representa uma das potencialidades do assistente social que pode ser utilizada nos CAPS II, o qual por meio da informação pode orientar os usuários desses serviços sobre os direitos que estes já possuem.

Em um segundo momento, o profissional pode instigar através de oficinas reflexões sobre as demandas reprimidas desses usuários, as quais precisam ser organizadas a fim de servirem como base para criação e implementação de políticas públicas que viabilizem uma resposta palpável a essas reivindicações.

A avaliação das políticas públicas vigentes também pode ser realizada pelo assistente social, revisando o perfil dos usuários com intuito de expandir os critérios para concessão recursos, dessa forma promovendo inclusão dos indivíduos que ainda não foram contemplados pela política estudada.

Por meio das visitas o profissional pode verificar se o usuário do CAPS II está sofrendo algum tipo de vulnerabilidade e caso seja constatada, pode entrar em contato com a rede, sempre respeitando o sigilo profissional para o não comprometimento da imagem do sujeito, em concordância com ele sobre as informações que serão repassadas na tentativa de intervir na realidade desse indivíduo. Dentre os limites constam o avanço do neoliberalismo, limites institucionais, estigma; quanto as Possibilidades observou-se a articulação com a rede, educação permanente, promoção de orientações e reflexões sobre a atenção a saúde mental, de políticas e avaliação de políticas públicas.

Esses são alguns dos limites e possibilidades constatados pela autora durante a elaboração deste documento, com intuito de instigar profissionais do Serviço Social que atuam no CAPS II a repensarem sua postura profissional a fim de combater as adversidade advindas do modo de produção capitalista tendo em vista a transformação das relações sociais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente trabalho de conclusão de curso possibilitou responder II capítulo o primeiro objetivo específico: a apresentação da Política de Saúde Mental e a caracterização do CAPS II. Estas foram realizadas de forma clara, perpassando pela contextualização histórica do surgimento da atenção a saúde mental nos contextos mundial, latino-americano e brasileiro, chegando à implantação da Política e a regulamentação dessa instituição tal como ocorre hoje.

O III capítulo teve o intuito de responder ao segundo objetivo específico: revisitar os fundamentos de desenvolvimento do Serviço Social e sua interlocução com a Política de Saúde Mental, perpassando pela sua gênese conservadora de influencia religiosa, em um primeiro momento europeia segunda instancia influenciada pelos moldes norte-americana até sua vinculação com o atual Código de Ética revisado através da sua aproximação influenciada pelo Movimento de Reconceituação latino americano com a crítica marxista, o qual propões as diretrizes para análise da conjuntura capitalista, norteadora das expressões da questão social, alvo da atuação profissional.

Após essa conceituação é realizada aproximação da profissão a Política de Saúde, com recorte para a de Saúde Mental, entendendo o profissional como um importante agente na defesa dos direitos e interlocução com a população usuária para ampliação dos serviços de base comunitária em prol da humanização dos indivíduos.

No IV capítulo foram realizadas reflexões sobre o exercício profissional do Assistente Social no CAPS II abrindo a possibilidade de resposta do objetivo geral que era evidenciar os limites e possibilidades, sendo eles Limites: avanço do neoliberalismo, limites institucionais, estigma; possibilidades: articulação com a rede, educação permanente, promoção de orientações e reflexões sobre a atenção a saúde mental, de políticas e avaliação de políticas públicas. do profissional frente a atual conjuntura de desmantelamento do sistema de saúde e tendo em vista as possibilidades traçadas pela autonomia profissional vinculada ao seu Projeto Ético Político..

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. CFESS. Resolução N.º 383/99 de 29/03/1999. Ementa: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília (DF), 29 de março de 1999.
BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento nacional de saúde. Divisão de organização hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1944 Reedição de 1965. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 30 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. **Anualmente, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, segundo OMS**. 16 set. 2022. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/anualmente-mais-de-700-mil-pessoas-cometem-suicidio-segundo-oms>>. Acesso em: 30 set. 2022.
BRASIL. Portaria Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**.

CAVALCANTE, G. M. M.; PREDES, R. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do Assistente Social. Revista Libertas, Juiz de Fora, v. 4, n. 1, p. 1-24, jul. 2010.

CEFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> Acesso em: 07 dez. 2022.

CEFESS. **Perfil de assistentes sociais no brasil: formação, Condições de trabalho e Exercício profissional**. Brasília: 2022. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>> acesso em: 03 nov. 2022.

condições gerais para as atividades desempenhadas pelos Laboratórios dos prestadores de serviços públicos que realizam análises do controle da qualidade da água. Minas Gerais, Belo Horizonte, 19 de fevereiro de 2014.

CONEXA SAÚDE. Saúde mental no Brasil: entenda o que é, impactos e como prevenir. 30 mai. 2022. Disponível em: <<https://www.conexasaude.com.br/blog/saude-mental-no-brasil/#:~:text=Conclus%C3%A3o,cen%C3%A1rio%20ficou%20ainda%20mais%20ram%C3%A1tico>>. Acesso em 01 out. 2022.

conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Rev. katálysis, Florianópolis, v. DESINSTITUTE. RAPS e CAPS: O que são e como funcionam no Brasil?. 06 jul. 202. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/raps-e-caps-o-que-sao-e-como-funcionam-no-brasil/?gclid=CjwKCAjwp9qZBhBkEiwAsYFsb7NwaQd_vNY48FYDQzkQHyBFsbecL0Zuaje2iHUTLoHuqD8945p-wxoCcR8QAvD_BwE>. Acesso em: 30 set. 2022.

DOMINGUES, Juliana. A implementação da Política de Saúde Mental nas cidades gêmeas de Foz do Iguaçu(BR) e Ciudad del Este(PY). 2018. 287p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Política Social) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2018. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UCPe_f5e559629862261424c88ee8e3733b17>. Acesso em: 20 jul. 2022.

Esgotamento Sanitário. Resolução nº 44, de 17 de fevereiro de 2014. Estabelece as FALEIROS, Vicente de Paula. O que é política Social. Editora brasileira coleção primeiros passos 168 5.ed v1 n.8 1991.

FANTINATO, Marcelo. Métodos de Pesquisa. São Paulo: USP, 2015. Disponível em: **FERRAZ, Monica. O surgimento do Serviço Social na Europa e na América Latina.** Trabalho universitário 30 ago. 2012. Disponível em: <<https://www.trabalhosgratuitos.com/Sociais-Aplicadas/Ci%C3%A1ncias-Sociais/O-Surgimento-Do-Servi%C3%A7o-Social-Na-Europa-E-12802.html>>. Acesso em: 07 dez. 2022.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 1972. Disponível em: <<http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2022.

histórica dos movimentos da saúde mental. 2017. 65f. Trabalho de conclusão de curso. (Curso de Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2017. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/6924/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20-%20TCC.pdf;jsessionid=39E5797CC9E3FD91A4797660C6199782?sequence=2>> Acesso em: 03 ago. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 40 anos da virada do serviço sócia, historia, atualidade e desafios. Rev. libertas, Juiz de Fora, v. 20, jan/jun. 2020 issn 1980-8518
IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raúl de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação teórico-metodológica*. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do LUCENA, Mirella Mota; SILVA, Jorge Luiz da; LYRA, Jorge. O movimento de luta antimanicomial e os desafios em contextos de crise. The antiasylum movement and the challenges in crisis contexts. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 519-536, jul./dez. 2017. Disponível em:

<file:///C:/Users/Domingos/Downloads/LUCENA_MOTA_M._SILVA_J.L._LYRA_J._2017._O_movimento_de_luta_antimanicom.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2022.

MACHADO, Graziela Scheffer. O trabalho do Serviço Social nos CAPSs. *Revista Textos & Contextos Porto Alegre* v. 8 n.2p. 241-254. jul./dez. 2009. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/6342/4641>>. Acesso em: 08 dez. 2022.

MINAS GERAIS. Agência Reguladora dos Serviços de Abastecimento de Água e de MORAES, Carlos Antonio de Souza. O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: considerações sobre o trabalho profissional. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 127, p. 587-607, set./dez. 2016. Disponível: <file:///C:/Users/Domingos/Downloads/O_Servico_Social_brasileiro_na_entrada_do_s_eculo_X.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2022.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1*. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

OPAS. Folha informativa sobre COVID-19. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 29 set. 2022.

OPAS. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. 17 jun 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao#:~:text=Pessoas%20com%20condi%C3%A7%C3%B5es%20graves%20de,s%C3%A3o%20importantes%20causas%20da%20depress%C3%A3o.>>> Acesso em: 29 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. História da OIT. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/hist%C3%B3ria/lang--pt/index.htm> Acesso em: 04 dez. 2022.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A mania, O tratamento moral e o início da psiquiatria contemporânea. **Rev. Latirwam. Psicop.** Fund. VII, 3, 113-116. set. 2004. Disponível em: Acesso em: 03 ago. 2022.

PIANA, MC. *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9.

ROCHA, Rodrigo Carvalho. **Dos manicômios à reforma psiquiátrica: uma revisão**

SANTOS, Sandra Nascimento dos; TELES, Silvia Batista; BEZERRA, Clara Angélica de Almeida Santos. A origem do Serviço Social no mundo e no Brasil. Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais | Aracaju | v. 1 | n.17 | p. 151-156 | out. 2013.

SILVA, Jackeline Araujo et al. O trabalho do assistente social na saúde mental: um olhar a partir da experiência de estágio no CAPS II leste em Teresina-Piauí. UFMA: **VIII Jornada Internacional de Políticas públicas**, ago. 2015. Disponível em: TEIXEIRAS, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo-201608060407431902860.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2022.

VITALI, Kawana Isabeli; POLTIS, Samantha Ribas Palazzo. Reflexões sobre a intervenção profissional do assistente social na vara da infância e juventude: Desafios e potencialidades. 2021. 61 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2021. Disponível em: <<https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/6274/Reflex%20sobre%20a%20Interven%20a%20Profissional%20do%20Assistente%20Social%20na%20Vara%20da%20Inf%20e%20Juventude%3a%20Desafios%20e%20Potencialidades?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 11 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide 02 mar 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>> Acesso em: 29 set 2022.