



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

THAYZA DOS SANTOS CASTELO

UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO E CONDIÇÃO DE TRABALHO DO(A)
ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS FRENTE
A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO RECÔNCAVO DA BAHIA.

CACHOEIRA- BA
2013

THAYZA DOS SANTOS CASTELO

UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO E CONDIÇÃO DE TRABALHO DO(A)
ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS FRENTE
A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO RECÔNCAVO DA BAHIA.

Monografia, apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

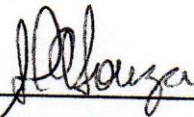
Orientadora: Prof^ª. Ms. Sílvia Cristina Arantes de Souza.

THAYZA DOS SANTOS CASTELO

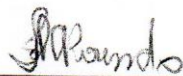
UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO E CONDIÇÃO DE TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS
NO RECÔNCAVO DA BAHIA FRENTE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
MENTAL.

Cachoeira – BA, aprovada em 23/10/2013.

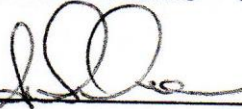
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Silvia Cristina Arantes de Souza
(Orientadora – UFRB)



Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Ms. Albany Mendonça Silva
(Membro Interno – UFRB)

THAYZA DOS SANTOS CASTELO DA CONCEIÇÃO

UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO E CONDIÇÃO DE TRABALHO DO(A)
ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS FRENTE
A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO RECÔNCAVO DA BAHIA.

CACHOEIRA/ BA, APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Albany Mendonça Silva
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof. Ms. Sílvia Cristina Arantes de Souza
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Dedico este trabalho a Deus por ter sido minha fonte suprema de conhecimento e a minha família pelo seu amor e confiança. Sem vocês este sonho não teria se concretizado.

Se os homens são os artífices de sua própria história por que
construíram um mundo tão desumano? Se a história é feita pelos
homens, por que eles não têm sido capazes de construir uma
sociedade autenticamente humana? Prates, Bueno (2010, p.188)
Apud Sergio Lessa (2008, p. 17).

AGRADECIMENTOS

Sou grata ao meu Mestre por excelência **Jesus Cristo** que me permitiu crescer intelectualmente oportunizando-me vencer os obstáculos postos no decorrer da minha trajetória acadêmica e, sobretudo por fazer-me compreender que a humildade sobrepuja o orgulho. Portanto a Ele confiro o meu maior reconhecimento.

Agradeço a minha mãe **Telma Ferreira**, que por inúmeras vezes abdicou dos seus sonhos para que os meus não fossem interrompidos pela doação gratuita do seu amor e apoio nos momentos mais difíceis.

Ao meu pai **Pedro Castelo** pelo seu carinho e amor.

A minha irmã **Mayra Freitas** pelas palavras de incentivo, pelo conhecimento compartilhado e por ter celebrado comigo a minha aprovação no vestibular. Essa vitória é nossa minha irmã!

Ao meu amado esposo **Luiz Claudio Conceição** que fez dos meus ideais seus próprios objetivos, obrigada por ter colaborado para a realização deste sonho. Te amo!

Aos amigos construídos na universidade no decorrer desses longos quatro anos (2009.2) bem como as amigadas anteriores a este processo, saibam que cada um de vocês tem um lugar generoso não apenas nas linhas que se seguem, mas em meu coração.

Aos meus **Tios (as), Primos (as) e Avós** pela força transmitida compartilho com vocês o mérito dessa conquista. Obrigada a todos (as)!!!!

Sou grata também a minha orientadora **Sílvia Cristina Arantes** pela simplicidade, dedicação, responsabilidade e carinho ao qual conduziu todo o processo de avaliação e correção deste trabalho monográfico. Muito obrigada querida pelo apoio, força e experiência compartilhada.

Estendo os meus agradecimentos as **Assistentes Sociais** inseridas nos CAPS do Recôncavo da Bahia por ter tornado possível a materialização desta pesquisa. Enfim muito obrigada a **todos (as)** que oraram e torceram por mim.

RESUMO

O presente trabalho tem por cerne contribuir para o adensamento do conhecimento inerente a inserção do Assistente Social no âmbito da saúde mental com enfoque nas condições de trabalho e atuação profissional nos serviços substitutivos de saúde, elencando os desafios e/ou entraves à efetivação do exercício profissional do Assistente Social nos CAPS do Recôncavo da Bahia. Dessa forma o foco do trabalho é compreender as condições concretas de trabalho do (a) assistente social frente à Política de Saúde Mental e de que forma essas ações estão sendo desenvolvidas e materializadas na atualidade considerando as relações sociais e demandas institucionais postas na realidade. Nessa perspectiva as discussões aqui empreendidas, serão no sentido de conhecer a dinâmica da instituição bem como vislumbrar o grau de entendimento que os Assistentes Sociais dispõem no tocante a Política Pública de Saúde Mental e concomitantemente a noção de direito social como fator, fundante e basilar no cotidiano do fazer profissional. Nesse ínterim serão abordados: a consonância de infraestrutura, recursos e equipamentos nos CAPS do Recôncavo em relação ao que preconiza a legislação que regulamenta o funcionamento, pontuando a sua função estratégica na Saúde Mental Pública e, evidenciando, por conseguinte se os Assistentes Sociais possuem autonomia em suas ações, concernente a tomada de decisões e encaminhamentos conforme preconiza o Código de Ética do Assistente Social, além de ratificar o lugar do Serviço Social no âmbito da Saúde Mental no Brasil.

Palavras – chave: Serviço Social. Saúde Mental. Política de Saúde Mental. CAPS.

ABSTRACT

The present work is to contribute to the core density of the inherent knowledge insertion of the social worker in mental health issues with a focus on working conditions and professional performance replacement services in health, listing the challenges and / or barriers to effective professional practice Social Worker in CAPS Recôncavo of Bahia. Thus the focus of the study is to understand the actual conditions of work (a) social worker opposite the Mental Health Policy and how these actions are being developed and materialized today considering the social and institutional demands put on reality. In this perspective the discussions here will be undertaken in order to understand the dynamics of the institution as well as glimpse the degree that social workers have in relation to Public Policy and Mental Health concomitant notion of social rights as fundamental and foundational factor in the daily make professional. In the meantime will be addressed : the line infrastructure , resources and equipment in CAPS in relation to the Recôncavo advocating legislation that regulates the functioning , scoring its strategic role in Mental Health and Public , showing therefore that the social workers have autonomy in their actions , concerning decision making and referrals as recommended by the Code of Ethics of the social worker , as well as confirming the place of Social Services under the Mental Health in Brazil.

Keywords : Social Services. Mental Health. Mental Health Policy. CAPS .

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CNCS- Conselho Nacional de Saúde

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

COFI- Comissão de Orientação e Fiscalização

CCC- Centros de Convivência e Cultura

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INSP- Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM- Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

MRS- Movimento da Reforma Sanitária

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OIT- Organização Internacional do Trabalho

SUS- Sistema Único de Saúde

SEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
I – OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS E SEU PAPEL ESTRATÉGICO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	14
1.1. A “Reforma Psiquiátrica” no Brasil como fundamento da Política de Saúde Mental	14
1.2. Os CAPS: sua constituição e suas especificidades na rede de atenção à saúde mental	19
II – O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	27
2.1. Serviço Social na Saúde: um breve panorama histórico da inserção do Serviço Social no âmbito da Saúde Pública.....	27
2.2. O lugar do Serviço Social na saúde mental	32
2.3. Os desafios contemporâneos para o exercício profissional no âmbito das Políticas Sociais	37
III – REFLETINDO SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	47
3.1. O Serviço Social nos CAPS do Recôncavo da Bahia: o percurso metodológico da pesquisa	47
3.2. Identificação dos Sujeitos da Pesquisa	49
3.3. Análise e resultados da pesquisa	50
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por cerne desvelar e evidenciar as condições de trabalho e atuação do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial do Recôncavo da Bahia-BA a partir da Política Nacional de Saúde Mental, na tentativa de descortinar os recorrentes desafios postos para a efetivação do exercício profissional dessa categoria bem como as perspectivas adotadas pelo profissional de Serviço Social de maneira que contemplem propositivamente aos usuários de saúde mental.

Diante desta assertiva, o trabalho ora apresentado compromete-se em conceber uma análise inerente ao exercício profissional do (a) Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial, tendo como impulsionador inicial as recorrentes indagações e inquietudes vislumbradas no Estágio Supervisionado I e II no CAPS, realizado no município de Conceição da Feira- BA, o que por sua vez evidenciou as problemáticas enfrentadas pelo corpo técnico em sua totalidade, atreladas aos processos de trabalho que envolve a atuação profissional e condições de trabalho de tais profissionais especialmente o/a Assistente Social tornando-se crucial para o despertamento em pesquisar essa temática bem como para a definição do lócus da pesquisa.

Nesse limiar a pesquisa se desenvolveu nos dispositivos de saúde mental (CAPS) do Recôncavo da Bahia tendo por protagonista as (os) assistentes sociais desse espaço sócio-ocupacional obedecendo aos critérios previamente estabelecidos à saber, porte do CAPS , número de habitantes, disponibilidade de tempo para aplicação dos questionários e sua análise e por fim o recursos financeiros a ser investido para a realização da pesquisa.

De acordo com as leituras que temos a despeito do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é oportuno destacar que a sua gênese fundamenta-se historicamente no processo investigativo, cuja finalidade propõe-se à questionar os conhecimentos e as práticas profissionais e sobretudo no que refere-se a elaboração de propostas de transformação e/ou mudanças do modelo clássico e do paradigma que envolve a psiquiatria.

Cabe ressaltar que o profissional de Serviço Social em suas inerentes atribuições, tem atuado na essência de um dos itens preconizado no Movimento da Reforma Psiquiátrica que é exatamente a redução do número de internações psiquiátricas propiciando aos usuários desse serviço melhores condições de vida.

Nessa direção, não se pode deixar de pontuar que o estigma social que envolve os usuários do CAPS, mesmo após o advento da Reforma Psiquiátrica continua sendo uma

realidade na atualidade. Dessa forma faz-se necessário que a sociedade os percebam e os reconheçam como sujeitos de direitos, principais vítimas da exclusão social em função da negação da sociedade no que toca aos indivíduos em situação de sofrimento psíquicos.

Para elucidar as problemáticas citadas, o caminho a ser percorrido e apreendido no primeiro capítulo será constituído preliminarmente da aproximação e discussão sobre a importância dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no processo de desinstitucionalização do indivíduo em relação aos hospitais psiquiátricos, bem como sua retirada do enclausuramento e do isolamento social, conotação oriunda da perspectiva que antecedeu o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Será situado nessa seção o grande valor simbólico e representativo desse dispositivo na contemporaneidade configurando-se como um avanço nas práticas vinculadas a Saúde Mental no Brasil. Nesse viés, será evidenciado as estratégias adotadas pelos CAPS, bem como sua importância como serviço substitutivo na rede de atenção à saúde mental do Brasil.

O segundo capítulo pautara-se em uma breve contextualização histórica sobre a inserção do Serviço Social no âmbito da saúde, demarcando sucessivamente as particularidades do Assistente Social na saúde bem como o seu papel integralizador na equipe de saúde mental elencando os desafios contemporâneos postos para a efetivação do exercício profissional do Assistente Social no âmbito das Políticas Públicas.

O terceiro capítulo propõe-se em apresentar a análise dos dados obtidos através da pesquisa empírica ilustrando as condições de trabalho do (a) assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial na região do Recôncavo da Bahia, nos municípios de Cachoeira, Cruz das Almas, Maragogipe, Santo Antonio de Jesus e São Felipe, buscando compreender o exercício profissional em consonância com as condições de trabalho posta, adensando a discussão sobre os desafios enfrentados e as perspectivas encontradas para efetivação do fazer profissional do (a) assistente social a partir da política de saúde mental.

I – OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS E SEU PAPEL ESTRATÉGICO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

1.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil como fundamento da Política de Saúde Mental

De acordo com MUSSE (2008) Código Criminal do Império emergiu na década de 1830, inaugurando o surgimento do primeiro desenho do instrumento jurídico no cenário brasileiro com vistas a estabelecer o controle do comportamento, considerado por esta norma jurídica como *desviante*. Em conformidade com este instrumento o louco é entendido como uma pessoa que não se pode conferir uma punição, ou seja, é isento de penalidade em virtude da ausência da razão em suas ações, prejudicando o discernimento no momento de decidir entre o certo e o errado. Por isso a conferência ou não da inimputabilidade do indivíduo, em decorrência da sua doença- a loucura, não dependeu do médico mas do representante do Estado à saber o magistrado.

Ainda em conformidade com a autora citada cabe elucidar que a perspectiva que envolveu a institucionalização do louco e seu processo medicamentoso pautou-se na percepção médico-científica, de que o sujeito em averiguação deveria ser observado sem que houvesse a intervenção da sociedade partindo da premissa de que, a cura da moléstia seria imediata caso o doente se distanciasse dos motivos que a originou como: o comportamento desmoderado e as paixões.

Nesse sentido Musse, (2008, p.35) esclarece que “o processo de institucionalização e medicalização da loucura respectivamente adquirem força com a edificação do Império, no Rio de Janeiro, do Hospício Dom Pedro II, datado em 1852”.

Dessa forma o Decreto nº 1.132/1903, constitui-se como primeiro marco legal de medicalização da loucura, do disciplinamento médico- jurídico concebido por dois grandes psiquiatras da época- Juliano Moreira e Teixeira Brandão, conferindo ao Estado a suprema autoridade para asilamento do louco.

Ao Estado, cabia a manutenção da segurança e permanência da ordem pública tendo como incumbência a contenção e repreensão dos que apresentam comportamento fora dos parâmetros estabelecidos. Todavia, há que considerar que mediante a aquisição de novos entendimentos acerca da psiquiatria pôde-se vislumbrar uma inversão no entendimento da

loucura, corroborando para que fosse percebida junto a sociedade com uma doença rompendo com o ciclo vicioso de desregramento moral.

Mediante a nova concepção da loucura bem como da delinquência, consideradas como anomalia e desequilíbrio para a sociedade e que, portanto deveriam ser automaticamente medicalizadas, pôde-se constatar a urgência em constituir um espaço para receber o violador acometido de transtornos mentais instaurando, por conseguinte o manicômio judiciário¹.

Logo após o advento do manicômio judiciário surge o decreto nº 5.148- A, de 10 de janeiro de 1927, que versa sobre a possibilidade da pessoa com transtorno mental obter tratamento em sua respectiva casa respeitando o prazo estabelecido de no máximo dois meses. Nesse escopo constata-se a importância do reconhecimento de que o processo de cuidado do doente mental não deve ser desarticulado do meio social.

A gênese do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil compreende os anos de 1970 a 1980, quando de forma preliminar buscava-se identificar as principais instituições, entidades, movimentos e militâncias envolvidas com a formulação das políticas de saúde mental no Brasil. Nesse contexto histórico o movimento da luta antimanicomial, tomou fôlego apresentando características de modificação da lógica dos serviços psiquiátricos no Brasil cujo pressuposto pautava-se em construir um novo olhar em relação as pessoas com transtornos mentais, traçando novas estratégias com vistas ao cuidado mais humanizado.

Para Ribeiro e Farias (2011, p.132) o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e concomitantemente a Luta Antimanicomial tomou proporção nesse dado período, articulado ao Movimento da Reforma Sanitária tendo como resultado a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a porta de entrada para a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro no ano de 1987, momento histórico o qual permitiu certificar que os métodos adotados em relação às políticas brasileiras de saúde mental deveriam ser revisto e urgentemente modificados tendo por finalidade propor o resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Esse cenário foi marcado por lutas em prol da discussão, elaboração e homologação do Projeto de Lei (nº 3657/1989), apresentado ao Congresso pelo Deputado Federal Paulo Delgado cuja premissa baseava-se na supressão dos hospitais psiquiátricos no Brasil colaborando com a consolidação de uma lei exclusiva para a pessoa com transtornos mentais homologada formalmente em 06 de abril de 2001, mediante a aplicação da lei 10.216 que versa sobre a proteção e direitos das pessoas em situação de sofrimento psíquico.

¹ Para fins de esclarecimentos, o surgimento do manicômio judiciário ocorreu em 1919 onde tem-se nova modalidade de assistência em psiquiatria voltada para um tipo especial de doente mental, o que pratica o crime.

Trata-se do primeiro marco legal que prevê a defesa dos direitos dos usuários com transtornos mentais além de propor a extinção dos manicômios no país, além de reconhecê-los com sujeitos de direitos, delineando as funções do Estado perante eles.

A Política Nacional de Saúde Mental, prevista na lei 10.216/2001, tem por finalidade estabelecer um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária; isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura e os Leitos de Atenção Integral (Ministério da Saúde).

A Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi instituída pela Portaria Ministerial 336/02, a qual demarca as diferentes maneiras de atenção a saúde mental que perpassa o modelo de enfermagem e ambulatório. Essa lei propõe-se a estabelecer uma nova perspectiva de cuidados aos doentes mentais baseada na proteção e garantia de direitos à pessoas acometidas de transtornos mentais, corroborando para a reformulação do modelo assistencial de saúde mental até então estabelecido.

A partir dessa nova modalidade de atendimento e entendimento sobre a saúde mental e considerando a organização da categoria de trabalhadores na área, surge os Núcleos de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde e os Núcleos de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (SEBES) e por fim o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

O MTSM eclode em 1978, constituído basicamente por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e outras pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas na perspectiva de construir estratégias e propostas de transformação na assistência psiquiátrica. (Ministério da Saúde, 2005).

Do ponto de vista histórico cabe destacar que os doentes mentais oriundos do Rio de Janeiro desde meados do século XIX, não dispunham de assistência médica específica. Muito pelo contrário, os *loucos* eram postos nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, ou eram colocados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia vivendo em situação de confinamento e isolamento social.

Nessa perspectiva a sociedade convive com a loucura há muitos anos e, antes de se tornar um assunto essencialmente médico, o *louco* ocupou um lugar de destaque imaginário popular. Os *loucos* eram percebidos como seres demoníacos tratados com chacotas e

zombarias além de serem fortemente estigmatizados por não corresponder ditames morais vigentes estabelecidos pela sociedade.

Portanto a Psiquiatria emerge com a chegada da Família Real ao Brasil, cuja finalidade pautava-se em estabelecer ordem no processo de urbanização, além de ditar à sociedade as regras a serem cumpridas corroborando para o crescimento mercantil bem com as novas políticas do século XIX.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica² que ocorre no final do século XX tem um inestimável valor simbólico por possuir grande representatividade na contemporaneidade configurando por sua vez como um avanço em potencial nas práticas vinculadas a Saúde Mental no Brasil.

Nesse limiar é oportuno ressaltar que a Reforma Psiquiátrica corroborou propositivamente para a transformação no modelo de atenção a saúde mental no Brasil, ao tempo que propõe uma mudança no atendimento público em saúde mental, além de oferecer um serviço com vistas na qualidade e respeito com os usuários do serviço.

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica foi essencial para a aprovação, em 2001, depois de 12 anos, da Lei 10.216; durante este período protagonizou intensas lutas sociais que possibilitaram pensar e traçar novas estratégias de mudanças nos atendimentos prestados aos doentes mentais, culminando no afastamento da ideia de isolamento e no incentivo ao convívio familiar, tornando-se um divisor de águas no campo da saúde mental no Brasil.

Nessa perspectiva é relevante destacar que na década de 1890, com o advento da República, começa-se a pensar e conceber o primeiro desenho de Política Pública no âmbito da saúde mental, a partir da lógica da segregação social. (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Retomando o contexto histórico, destaca-se que, com o fim da Segunda Guerra Mundial surgem alguns questionadores que tinham como finalidade contestar e romper com o modelo manicomial existente e nesse mesmo contexto ocorre a expansão do setor privado que pressiona e passa a exercer domínio sobre o Estado especialmente no âmbito da saúde tendo como principal influência a experiência de Trieste, na Itália encabeçada por Franco Basaglia³.

² “A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (Ver Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, 2005, p.6)

³ A experiência italiana de Reforma Psiquiátrica proporcionou importantes contribuições no início da reforma brasileira e ainda pode contribuir nos tempos atuais. Franco Basaglia teve a coragem de questionar as verdades científicas do seu tempo e é justamente isso que não se pode perder e nem deixar que fique no passado. Deve-se continuar questionando o que estamos pensando e fazendo atualmente na saúde mental. A Luta Antimanicomial

Nessa perspectiva, é oportuno salientar que Franco Basaglia, psiquiatra italiano foi o pioneiro a iniciar o processo de desinstitucionalização dos Hospitais Psiquiátricos na Itália, promovendo a substituição do tratamento hospitalar e manicomial configurando-se como um forte influenciador na alteração do conceito e prática de Reforma Psiquiátrica em nosso país.

As Santas Casas de Misericórdia, por exemplo, foram fechadas por apresentarem histórico de maus tratos as pessoas com transtornos mentais, assistência médica insuficiente além das recorrentes violências de todo espécie, sofridas pelos doentes mentais chegando, em alguns casos, a óbito.

De acordo com Mourão:

(...) a desinstitucionalização pretendia construir estratégias que contemplassem as pessoas com transtornos mentais que dependiam de tratamento sem interrupções, substituindo por assim os leitos asilares e de enfermarias psiquiátricas por dispositivo de saúde mental psicossocial de qualidade (MOURÃO,2008, p.98).

Ainda em concordância com autor citado acima faz-se necessário sublinhar que o Brasil, na década de 1990, vivenciou a eclosão de serviços psiquiátricos substitutivos, o fechamento de leitos e instituições hospitalares por não dispor de condições básicas de funcionamento bem como de cuidados médicos e de enfermagem.

A partir das contribuições de Franco Basaglia pôde-se então pensar uma nova sociedade solidária capaz de abrigar as pessoas com transtornos mentais no espaço de inclusão e interação social.

No contexto da década de 1970, a experiência de Basaglia foi um divisor de águas especialmente na maneira de tratar as pessoas com transtornos mentais, tornando-se um importante colaborador na implantação da lei 180 aprovada no dia 13 de maio de 1978 na Itália. Basaglia lutou em prol do fechamento dos manicômios extirpando a violência presente nos tratamentos, fundando, por conseguinte uma nova perspectiva no campo da Psiquiatria colocando um ponto final no seu modelo tradicional.

A lei ora citada tem por objetivo abolir de uma vez por todas os manicômios bem como o modelo psiquiátrico por serviços de cuidados e assistência as pessoas em sofrimento psíquico.

e a Reforma Psiquiátrica brasileira são processos que estão em constante construção. Ainda existem muitos obstáculos a enfrentar e barreiras para transpor. Muitos devem ser os questionamentos e reflexões a respeito do que se pensa sobre a loucura e acerca das práticas e saberes psiquiátricos na contemporaneidade. Para melhor compreensão acessar (abrapso.org.br).

Há que se pontuar também que os hospitais psiquiátricos se mantiveram, “desde os primórdios da psiquiatria brasileira, como o único lócus de tratamento às pessoas com transtornos mentais” (MUSSE, 2008, p.87).

Porquanto, pode-se inferir que a Reforma Psiquiátrica no Brasil constitui-se como um grande avanço no tocante aos novos entendimentos, abordagens e atendimentos a pessoas com transtornos mentais mediante a criação de dispositivos específicos de saúde mental, permitindo perceber os doentes mentais como são, cidadãos de direitos, com o olhar mais humanizado, tratando a loucura em suas especificidades.

1.2. Os CAPS: sua constituição e suas especificidades na rede de atenção à saúde mental.

O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica - extra- hospitalar, da Secretaria Estadual de Saúde). Transformou-se esse local num serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período.

Nesse limiar convém frisar que o serviço oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial tem como objetivo crucial, prestar atendimento clínico diário no intuito de diminuir a incidência de internação nos hospitais psiquiátricos e dar suporte terapêutico aos usuários em situação de sofrimento psíquico bem como aos seus respectivos familiares e/ou curadores, cuja essência preconiza primordialmente a reabilitação psicossocial e inclusão no intuito de propiciá-los uma significativa melhoria da qualidade de vida.

Os CAPS são serviços de cunho estritamente públicos e autônomos em relação aos hospitais psiquiátricos cuja perspectiva pauta-se em atender pessoas com transtornos mentais severos, leves e persistentes e que, depois da criação do SUS - Sistema Único de Saúde, passa a integrar a sua rede de atenção.

O SUS⁴, regulamentado em 1990 configura-se como mais uma conquista dos cidadãos brasileiros, por ser um conjunto de ações e serviços de saúde (entendida como saúde física, mental e social) prestados por órgãos e instituições públicas federais, municipais e estaduais, e também pela iniciativa privada em caráter complementar, previstos no art. 197 da Constituição Federal de 1988.

Sobre a importância que os CAPS apresentam nos dias atuais, Duarte (2011, p.186) colabora que: “(...) esses dispositivos substitutivos ocupam um lugar privilegiado, de referência na rede de saúde mental, constituindo-se assim como um campo de atenção psicossocial”.

Nessa perspectiva, esse dispositivo de saúde mental tem por objetivo proporcionar atendimento a população de acordo com a sua abrangência bem como promover a pessoa com transtorno mental o estreitamento dos vínculos familiares, acompanhamento clínico, colaborar para a reconstrução da vida social mediante a sua inserção no trabalho e do lazer na busca de resgate da sua cidadania.

Este equipamento público tem como princípio básico o comprometimento de retirar a loucura do enclausuramento e do isolamento em que vive há tantos anos, propiciando atenção diária aos usuários do serviço, fortalecendo os vínculos familiares e sociais.

Dessa maneira o CAPS deve obrigatoriamente obedecer algumas regras que são intrínsecas a sua funcionalidade como o compromisso pelo *acolhimento* da pessoa com transtornos mentais sejam eles severos ou persistentes na sua área de abrangência, assegurando aos doentes mentais, apoio profissional no espaço de tempo de funcionamento da unidade.

Outro objetivo inerente ao CAPS é oferecer aos usuários do serviço um *ambiente terapêutico* no intuito de inserir os pacientes que não consigam participar das atividades propostas pela equipe de referência além de propiciar aos usuários o *gerenciamento de casos*, o que permite produzir um projeto peculiar a cada paciente, dentro e fora da instituição, traçando estratégias através de atividades que fomentem seu retorno ao serviço. Conforme Mâniglia,

O CAPS deve considerar o cuidado intra, inter subjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, moradia, trabalho,

⁴ A consolidação do SUS foi fruto de um intenso processo de luta social e política, desde a Reforma Sanitária no Brasil, intensificando-se no processo de Constituinte, na década de 1980. A partir da Constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde alcança status legal, regulamentado na década seguinte.

lazer, previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial. (MÂNIGLIA, 2006 p.3)

Nesse sentido, Duarte apud Merhy (2013, p.190) destaca que esse novo modelo de atenção em saúde especialmente na saúde mental, não tem como pressuposto essencial o alcance da cura, mas pauta-se em prestar um cuidado correto as pessoas com transtornos mentais, tratando-os segundo as suas particularidades.

É interessante salientar que Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.

Assim sendo, faz parte desta Política uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura (CCC) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Soma-se também a essa política o Programa de Volta para Casa⁵ que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política. O auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pelo Programa de Volta para Casa, tendo um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania.

No que toca a Lei N° 10.216/01 é imprescindível salientar que é ela que rege e/ou norteia a Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no país; tem como principal pressuposto corroborar no que diz respeito à criação de uma rede substitutiva ao antigo modelo de hospitais psiquiátricos, cuja tentativa propõe-se especificamente á inserção destes pacientes e/ou usuários no convívio familiar e social respectivamente.

⁵ Programa de Volta para Casa foi instituído pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Além disso, o De Volta para Casa atende ao disposto na Lei 10.216 que determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Em parceria com a Caixa Econômica Federal, o programa conta hoje com mais de 2600 beneficiários em todo o território nacional, os quais recebem mensalmente em suas próprias contas bancárias o valor de R\$240,00. Em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Para maior aprofundamento, veja Ministério da Saúde Brasil (www.ccs.saude.gov.br)

O cerne dessa lei trata especificamente da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que são assegurados sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, essas são algumas das prerrogativas da lei em questão.

Nesse limiar é válido sinalizar que a Lei 10.216/01, para além de reger a Política Nacional de Saúde Mental contribui propositivamente no que se refere ao agregamento de vários serviços á saber: assistência médica e multiprofissional, reinserção social, serviços residenciais terapêuticos, redução nas internações em hospitais psiquiátricos e apoio aos familiares. Dessa forma proporciona o direito ao acesso a serviços de assistência em saúde mental que pode ser realizadas em unidades hospitalares e hospitais psiquiátricos ou geral ou, preferencialmente, em unidades extra hospitalares ou comunitárias, como os CAPS e as Residências Terapêuticas. Esta última, conhecida também como lar abrigado é um estabelecimento de caráter público, custeada pelo governo federal e sustentada pelo governo estadual ou municipal, tendo por objetivo apoiar pessoa com transtorno mental.

De acordo com Musse (2008) uma questão que deve ser avaliada é quanto ao tratamento das pessoas com transtorno mentais, devendo ser igualitário, isonômico e livre de preconceitos, ou seja, essas pessoas em hipótese alguma devem ser discriminadas sob pretexto do transtorno psíquico, conforme preconiza o art. 1º da Lei nº 10.216/2001, que garante a igualdade formal das pessoas com transtornos mentais em relação às demais.

As pessoas acometidas com transtornos mentais têm direito a singularidade (entendida aqui como desdobramento da igualdade); direito à vida; à assistência integral com acesso ao melhor tratamento de saúde de acordo com a necessidade da pessoa; direito de receber o atendimento equivalente ao seu quadro clínico, mediante ao acesso à rede de atenção, inclusive por intermédio de um plano terapêutico individual.

Concernente às modalidades de CAPS é essencial elucidar que estes obedecem estritamente às necessidades de cada território: CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, cujo público alvo são os adultos com horários de segunda a sexta-feira de 8h às 18h; CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana); CAPSi - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade); e CAPSad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

Os CAPS I e II configuram-se como serviço de atenção psicossocial com as seguintes características:

- Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- 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), de acordo com a determinação do gestor local;
- Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- 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 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- Funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Portaria/GM nº 336 de fevereiro de 2002).

Quanto à assistência prestada ao paciente nos CAPS I e II incluem-se as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- Visitas domiciliares;
- Atendimento à família;

- Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Portaria/GM nº 336 de fevereiro de 2002).

De acordo com o Ministério da saúde são funções do CAPS,

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário do seu território;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meios de ações intersetoriais;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- Dar suporte à saúde mental na rede básica, organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, instalados nos municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes atende de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 01 (um) médico psiquiatra com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro

profissional necessário ao projeto terapêutico, 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Já o CAPS II deverá dispor de 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 04 (quatro) profissionais de nível superior de outras categorias tais como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

De acordo com a portaria de n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, trata-se dos requisitos básicos que devem ser observados e exigidos na instalação dos CAP'S. Nesse sentido, os CAPS só poderão funcionar, em área física específica e independente de qualquer instituição hospitalar podendo localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Nessa perspectiva é imprescindível sinalizar que os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado respeitando os seguintes recursos físicos, a saber, consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas e refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade), sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes.

De posse desse conhecimento, o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, portanto, é um serviço comunitário ambulatorial cuja essência está intimamente ligada a tomar para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais leves, moderados e persistentes no seu território de abrangência. Nessa perspectiva o Centro de Atenção Psicossocial, são unidades de serviços de cunho público municipal na área de saúde mental.

Em síntese, o CAPS, assim como outros serviços ou programas em meio aberto, atende pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida, sem apoio. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico e que, para ser atendido em uma dessas unidades, deve procurar diretamente a esse serviço cada um em suas respectivas cidades, ou ser encaminhado pela Secretária de Saúde do mesmo.

Os CAPS, embora traga em seu bojo a perspectiva clínica mais especificamente do tratamento terapêutico, requer ser compreendido sob a lógica integralidade e da intersetorialidade, pois configuram-se como uma área repleta de complexidades que por sua vez não se limita ao processo de cuidar encerrando-se em si mesmo, mas antes realiza mediações e negociações de cunho coletivo levando em consideração que outras demandas transpõem e compõem o âmbito psicossocial constituindo-se como referência na rede saúde mental, sendo parte integrante da atenção psicossocial.

Diante das questões aqui descortinadas é pertinente ratificar que o CAPS tem um valor estratégico no cerne da política de saúde mental na contemporaneidade, constituindo-se como serviços de cunho substitutivos aos hospitais psiquiátricos no país. Convém sublinhar também, o seu papel enquanto colaborador da organização da rede de atenção em saúde mental legitimando-se por promover a relativa autonomia dos pacientes psiquiátricos através da inserção na sociedade, tendo como premissa básica a proposição de um novo redirecionamento das políticas e programas de saúde mental empreendendo, por conseguinte uma nova perspectiva de cuidado mediante a articulação do tratamento medicamentoso junto aos programas de reabilitação social.

II – O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

2.1. Serviço Social na saúde: um breve panorama histórico da inserção do Serviço Social no âmbito da Saúde Pública

Desde os primórdios o Serviço Social foi convidado a adentrar ao âmbito da saúde pública no Brasil especificamente no período compreendido entre 1930 a 1945, a partir das modificações sucedidas no bojo da sociedade nesse dado contexto histórico. Em outras palavras a inserção do (a) assistente social nesse âmbito ocorreu desde a sua fundação e legitimação enquanto profissão no Brasil.

A década de 1920 é marcada pela tomada de consciência por parte do Estado ao perceber que o assunto da saúde no Brasil deveria ser encarado com uma questão de cunho político por via de sua intervenção, estabelecendo dispositivos que abarcassem minimamente a atenção à saúde dos assalariados urbanos por ser considerados imprescindíveis no cenário político nacional.

Nesse escopo é importante situar que a reorganização em saúde era objeto de debate do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que por sua vez propunha o adensamento do conhecimento científico que orientava os serviços, a sua constituição e a gerência em saúde. Neste contexto, o entendimento do Serviço Social nos processos de saúde, surge no Brasil na perspectiva do trabalho em comunidade tendo como premissa a elaboração de práticas educativas, o fomento do controle de natalidade, o monitoramento de doenças infantis, o incentivo as ações que promovessem a higiene bucal, estímulo ao saneamento básico no sentido de colaborar para o desenvolvimento de políticas nesse âmbito. Dentre as diversas atividades desenvolvidas do (a) assistente social na saúde mental uma delas pautava-se em transmitir conhecimento referente à saúde e higiene do corpo.

Demarco, portanto a década de 1930 pelo surgimento de uma política nacional de saúde⁶ no sentido de dar conta do enfrentamento das expressões da questão social de maneira ordenada e orgânica.

⁶ A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller (BRAVO, 2001, p.5).

Adentrando a década de 1940, é oportuno situar que a inserção do Serviço Social no setor da saúde é resultado de três segmentos da sociedade a saber; aparelho estatal, sociedade civil organizada e pelo protagonismo dos movimentos sociais. Nesse viés a realidade do exercício profissional do assistente social vem sendo modificada lentamente, pois também é produto da conjuntura econômica, social, política e cultural desde aquele período até o limiar do século XXI.

Convém destacar que o Serviço Social neste contexto histórico desenvolvia suas ações no campo da saúde com vistas a responder as imposições colocadas frente a profissão que tinha como pano de fundo o adensamento do capitalismo no Brasil, culminando em complicações que atingiram fortemente o cenário mundial em decorrência do término da 2ª guerra.

Foi nos marcos de 1948, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) inaugura uma concepção de saúde que passa a demandar e exigir distintas práticas profissionais nesse setor convidando o assistente social, a adentrar aos processos de saúde integralizando a equipe multidisciplinar. Todavia a premissa inicial da inserção do Serviço Social na saúde ocorreu em virtude da urgência em preencher a ausência de profissionais no setor da saúde.

Segundo Costa e Ribeiro, (2011, p.81) o assistente social como agente de saúde ganhou visibilidade na década de 1960 mediante a união entre os institutos de pensões (IAPs) Institutos de Aposentadorias e Pensões, com o Instituto Nacional de Previdência Social (INSP); passando a área da saúde, por conseguinte a tornar-se a maior empregadora dos Assistentes Sociais.

Com a criação do INSP, o Serviço Social foi contemplado com uma infraestrutura organizacional de cunho nacional. Com a constituição das chamadas Coordenadorias de Serviço Social, articuladas à Secretaria de Bem Estar da instituição dispunham de estrutura de caráter regional, possibilitando o alargamento de programas e atividades correspondentes à profissão.

No entanto faz-se necessário frisar que os movimentos sociais datados entre 1930 a 1964 citados em linhas anteriores eram considerados casos de polícia passíveis de fortes repreensões. Uma década marcada por lutas em prol de melhores condições de vida que contemplasse a classe trabalhadora da cidade e do campo.

A partir do ano de 1964, período posterior ao golpe de Estado, o governo resolveu investir em modernização e racionalização no âmbito da saúde e previdência, cujo objetivo era de transformar o quadro hospitalar brasileiro. Cabe destacar ainda que foram criadas várias clínicas psiquiátricas privadas que, através de convênio com Estado, atendiam também aos trabalhadores e seus dependentes, mas não dispunham de assistentes sociais.

Sob essa ótica é fundamental ressaltar que com a mudança do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada de caráter particular, houve um enorme aumento de clínicas psiquiátricas que faziam atendimentos financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social- INPS. A partir disso ampliou-se a possibilidade de empregar assistentes sociais no campo da saúde mental.

Nesse aspecto Bisneto (2011) Apud (Amarante, 1994:79) destaca que:

Na década de 60, com a unificação dos institutos universitários de aposentaria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social- INPS. O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento no número de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos de saúde mental para as internações de rede hospitalar.

Então, na década seguinte pôde-se afirmar a inserção dos assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos, por exigência do INPS. Neste período, mesmo submetido ao regime autoritário que essa época presenciava, algumas propostas foram lançadas no intuito de promover uma nova reordenação do setor psiquiátrico através da portaria do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INANPS) de 1973, impondo o aumento do quantitativo de profissionais nos hospitais especialmente dos assistentes sociais.

Nesse sentido, a inserção dos assistentes sociais nos hospitais foi fruto das exigências do Ministério da saúde onde os hospitais psiquiátricos passaram a empregar mais assistentes sociais, em contrapartida os salários pagos a esses profissionais não correspondia à força de trabalho empregada sem definições precisas de funções.

De acordo com Souza, (1986, p.117-118) quando o Ministério da Saúde exigiu a contratação de mais de um assistente social esses eram contratados em condições desfavoráveis e bastante precárias, com o mínimo de horas possíveis, *com contrato provisório quando não era para constar, e nenhum trabalho era efetivamente feito, tipo "empregado-fantasma"*.

O desfecho da década de 1970 e o princípio dos anos de 1980 retrataram basicamente sobre as intensas metamorfoses em relação ao cenário político-sanitário, sobre o processo de

ruína dos serviços de saúde anterior, a saber; (médico- privatista) bem como a ampliação dos sujeitos sociais no cenário político brasileiro.

Ante a essa conjuntura Costa e Ribeiro reforçam que,

Surgiram assim, as condições para a emergência do Movimento Sanitário, que propunha mudanças no conceito da saúde (determinantes sociais, históricos e econômicos), na forma de organizar os serviços (universalidade, equidade, descentralização) e no fazer ético-político dos profissionais, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde. (Costa e Ribeiro, 2011, p.82).

Mais recentemente, os assistentes sociais, a partir da década de 1980, vivenciaram um momento histórico na área da saúde; pôde-se vislumbrar o empoderamento teórico bem como o alcance da maturação da vertente de “intenção de ruptura”⁷, que tinha como pressuposto romper com os traços conservadores e clássicos que permeou a trajetória do Serviço Social. Contudo os Assistentes Sociais não conseguiram desvincular-se da realização terminal das políticas de saúde, distanciando-se do debate político em torno da saúde no Brasil iniciada na década de 70 com o movimento sanitário.

De acordo com Lessa, a década de 1990,

(...) demarca os mínimos avanços conquistados pelos Assistentes Sociais além da forte tensão existente nos projetos diferenciados de saúde, ínfima transformação do trabalho profissional e a latente desarticulação com o projeto da Reforma Sanitária (LESSA, 2011, p.85).

Nesse cenário a profissão de Serviço Social, legalmente normatizada pela lei nº 8.662/93 é, por meio da Resolução nº 218 de 06/03/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNCS), é incluída entre os profissionais de nível superior considerados como da área de saúde, mais tarde o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), mediante sua Resolução N° 383/99 de 29/03/1999, o institui como profissional da saúde.

A consolidação do Serviço Social como profissão no Brasil, traz consigo resquícios tanto da vertente doutrinária católica quanto da influência do movimento de higiene mental;

⁷ Uma das três perspectivas ideológica e teórico-metodológicas presentes no Movimento de Reconstituição no Brasil (1965-1975) que se pautava pelo rompimento radical com os fundamentos e a prática do Serviço Social Tradicional.

as abordagens estavam diretamente ligadas aos aspectos individuais e psicológicos de problemas de cunho políticos, sociais e econômicos, culminando na evidente construção de estratégia de hiperpsicologização e individualização que ao mesmo tempo em que normatiza é capaz de moralizar a força de trabalho, funcionando como estratégia do Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da equipe médica.

Considerando as pertinentes reflexões esboçadas por Costa e Ribeiro, (2011, p.80) o exercício profissional do (a) assistente social no âmbito da saúde está intimamente concatenado com a conjuntura histórica na qual se elabora a política social brasileira bem como a execução do fazer profissional da coletividade.

Partindo dessa premissa é primordial entender que o trabalho do Assistente Social na saúde não pode ser concebido na atualidade sem reportar-se antes a sua historicidade, a reflexão dos desafios postos, as transformações societárias e no aviltamento nas condições de trabalho impostas.

A partir das ponderações feitas é importante compreender que o exercício profissional dos assistentes sociais, na saúde pública não pode ser apreendido sem atentarmos para as dimensões postas na realidade.

Dessa forma o assistente social inserido nos serviços de saúde, assumiu um caráter subsidiário da ação médica mais precisamente como profissão paramédica no momento de ampliação do conhecimento clínico e do hospital dos dias atuais. Para, além disso, é crucial sublinhar que os assistentes sociais no campo da saúde foram incumbidos à responsabilidade de assessorar o médico cujas atribuições eram elaboradas pelo mesmo profissional.

Embora os assistentes sociais tivessem assumido o compromisso com a população usuária do serviço de saúde, o seu discurso restringiu-se a teoria não tendo aplicabilidade na prática. Cabe reiterar a partir das reflexões de Costa (1988) que o Serviço Social na saúde se alcança legitimidade de maneira não tradicional, ou seja, ela justifica-se na incongruência da política de saúde.

Ainda em conformidade com o CFESS os assistentes sociais entendidos também como profissionais de saúde em consonância com os movimentos sociais assumem uma postura crítica e questionadora, ao defender que somente existirão modificações efetivas e essenciais nas políticas sociais especialmente na saúde, por meio da extensa participação de sujeitos sociais em defesa do projeto da Reforma Sanitária.

Nessa direção os assistentes sociais e os movimentos sociais atuaram na perspectiva de contestar as bases da política gestada pelo capital, corroborando para a ampliação da democracia nos setores da economia da política e da cultura.

Mediante a análise do contexto histórico referente à inserção do assistente social na área da saúde nas décadas anteriores cabe destacar que sua postura profissional na atualidade deve necessariamente buscar evidenciar e desvendar a realidade social inerente a cada ser social no intuito de realizar na prática uma ação interventiva mais efetiva que contemplem minimamente aos mandatários da política e dos serviços de saúde, sendo profissionais atentos as suas ações no cotidiano.

2.2 O lugar do Serviço Social na Saúde Mental

Tomando por base a discussão que José Augusto Bisneto faz acerca da gênese do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil, é relevante ponderar que o debate travado em torno dessa problemática configura-se como um discurso recorrente entre os assistentes sociais ao tempo em que considera que este mundo é um mundo à parte do Serviço Social, enfatizando que as discussões do Movimento de Reconceituação, do debate contemporâneo e do projeto ético-político não se materializam na prática, especialmente em instituições de assistência psiquiátricas marcada historicamente por um denso processo de grandes lutas e reivindicações.

É interessante considerar também, que a origem do Serviço Social na Saúde Mental não foi endógena, ou seja, não partiu da perspectiva de necessidades terapêuticas ou clínicas para pessoas com transtornos mentais, mas da modernização do Estado ditatorial brasileiro no sentido de buscar uma possível legitimação nas áreas consideradas críticas como, atenção básica à saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário brasileiro.

Corroborando com Bisneto (2011), faz-se necessário construir um Serviço Social brasileiro diferenciado que tenha em suas bases uma visão de subjetividade ao qual esteja intimamente interligada com os aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos não podendo ser entendido de forma isolada ou descolada.

Nesse limiar é oportuno destacar que, na atualidade, a prática do assistente social na área da saúde mental tem por objetivo atender as necessidades inerentes a psiquiatria no que diz respeito à tentativa de minimizar as contradições do sistema e atender a racionalidade médica, considerando a extrema pobreza dos usuários e o estado de exclusão social resultante das políticas econômicas e sociais do capitalismo monopolista, do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva.

Tratando-se da atuação do (a) assistente social na saúde mental no Brasil é oportuno relembrar que esta emergiu na década de 1940, contexto de formação dos primeiros profissionais de Serviço Social no país, onde foram inseridos nas instituições psiquiátricas especificamente no setor de assistência social das entidades de psiquiatria.

Nesse contexto, o exercício profissional do assistente social na saúde mental adquiriu visibilidade nos hospitais psiquiátricos, no entanto a sua prática ainda era compreendida como inferior ao saber médico, ou seja, a sua atividade profissional se restringia a serviços de ordem meramente burocrática e assistencialista sem grandes chances de intervenção da sua parte no cotidiano dos usuários bem como junto a sua família.

Concernente as primeiras práticas do assistente social na Saúde Mental no Brasil pode-se pontuar que essas se deram especificamente nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) ⁸em 1946, uma experiência interessante na consolidação do modelo do Serviço Social clínico.

Nessa perspectiva Vasconcelos (2006) elaborou algumas considerações referentes às contribuições do Assistente Social na área de saúde mental, segundo ele, cabe a esse profissional, a assistência social, benefícios previdenciários, cuidado, oficinas, atuar terapêuticamente, ser técnico de referência, dentre outras tarefas, isto é, desde que se estabeleça a articulação entre a intervenção e a totalidade das relações sociais que afetam o problema, levando em conta o processo dialético, fazendo a conexão entre o singular o particular e o universal.

Nessa direção é pertinente pontuar que o Serviço Social no Brasil, destaca-se por ser indispensável e essencial no campo da saúde mental, embora ainda seja perceptível a subdivisão do cuidado com os usuários do serviço, há que considerar os visíveis progressos e alargamentos dos serviços de saúde que contemplam as pessoas com transtorno mental, à ampliação e incentivo do trabalho coletivo através da formação de equipes de referência. Contudo isso ainda existe uma lacuna que merece ser analisada com mais afinco que é o processo de cuidar. Sobre o Serviço Social Duarte (2013) coloca que:

Sendo assim, o Serviço Social, ao afirmar a particularidade da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental nos referidos serviços, não o faz sem deixar de entender que isso é um processo mais obstaculizado do que a

⁸ O COIJ (Centro de Orientação Infante-Juvenil) é um serviço que existe desde 1968, para o atendimento a crianças, adolescentes de até 17 anos e suas famílias. Define-se como um espaço interdisciplinar de assistência, ensino e formação de recursos humanos na área de psiquiatria e saúde mental infantil.(Bisneto 2011, p.167)

cidadania para o conjunto da maioria da população brasileira. (Duarte, 2013, p. 192)

Maria Vaz Robaina Conceição⁹ (2009) faz alusão a duas perspectivas no tocante a inserção dos assistentes sociais nos serviços substitutivos de saúde mental mais especificamente nos CAP'S. Nesse sentido elucida que no âmbito da saúde mental são perceptíveis duas variáveis que permeiam a atuação do assistente social que, portanto merecem destaque.

(...) a primeira matriz é identificada como “atividade clínica”, se subordina à homogeneização dos saberes *psi* e por isso trai o mandato social da profissão, trai o projeto ético- político e deixa uma lacuna histórica no Projeto da Reforma Psiquiátrica. (...) a segunda refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito. (CONCEIÇÃO, 2009, p.345)

Sendo assim, faz-se necessário desmistificar o real objeto de trabalho pelo qual os assistentes sociais agem no intuito de tornar o fazer profissional mais sólido e coerente com a realidade social posta. Nesse viés é interessante considerar que a questão social, principal objeto de intervenção profissional do assistente social se expressa comumente no cotidiano social dos usuários de saúde mental.

Portanto, conhecer como a questão social se manifesta no cotidiano dos sujeitos sociais torna-se crucial para traçar técnicas de enfrentamento plausíveis e viáveis junto aos demais profissionais que atendam e contemplem com mais especificidade os anseios dos envolvidos no processo.

Os Estados Unidos configura-se como pioneiro nas primeiras práticas dos assistentes sociais no âmbito psiquiátrico por dispor de agências de Serviço Social conhecidas (também como obras sociais) desde o início do século no intuito de dar suporte aos doentes mentais através de atendimentos com vistas as reais necessidades materiais viabilizando concessões de benefícios.

⁹ Esta citação foi extraída da palestra proferida no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, promovido pelo CFESS em junho de 2009, em Olinda (Pe), na Plenária simultânea “Política de Saúde Mental e os Serviços Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais” por Maria Vaz Robaina Conceição.

O exercício profissional dos (as) assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos tem seu atendimento direcionado “*a questões mais emergenciais associadas à grande pobreza dos pacientes e à ausência de rede de suporte familiar e comunitário*” (Bisneto 2011, p.19). Os atendimentos realizados pelos (as) assistentes sociais na saúde mental direcionavam-se para à população considerada muito pobre e não contemplavam a totalidade dos trabalhadores.

Percebe-se, portanto que as práticas dos assistentes sociais nos Estados Unidos não poderiam ser concebidas com modelo padrão a ser adotado no Brasil em decorrência da fragmentação existente entre o apoio familiar e tratamento psiquiátrico. Em linhas gerais os atendimentos desenvolvidos pelos assistentes sociais norte-americanos não estabeleciam uma relação entre os problemas sociais e a área da Saúde Mental, além de ter uma perspectiva funcionalista cuja metodologia seguia ao modelo clássico de "Caso, Grupo e Família", pois o Serviço Social, nos Estados Unidos, se apropriou para respaldar a sua atuação em referenciais como o próprio funcionalismo, além do higienismo e as psicologias, na sua abordagem clínica.

Isso posto, faz-se necessário entender que o Serviço Social teve seu lugar no campo na saúde mental para obedecer ao previsto na regulamentação do Ministério da saúde. Entretanto os assistentes sociais não dispunham de funções delimitadas além de receber um salário que não correspondia com a força de trabalho empregada.

Nesse sentido Bisneto (2011) assinala que:

A entrada de assistentes sociais no sistema de saúde mental obedece à mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social como um todo no Brasil após 1964: a modernização conservadora dos aparatos de Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais estendidos aos trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da unificação de diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar as categorias mais combativas pela uniformização dos serviços, buscando legitimação para a ditadura militar instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos de gerencialidade nos serviços públicos (e não apenas nos processos industriais de então, pois a lógica do desenvolvimento industrial do Brasil visado pela ditadura, foi estendida para a área da saúde. (Bisneto, 2011, p.26)

Não obstante os hospícios, principal campo de atuação profissional do assistente social nessa época além de ser insuficientes para atender a demanda estavam situados nas principais

capitais do Brasil, e não dispunham de um número razoável de assistentes sociais para atendimento de pacientes crônicos em situação de abandono e indigentes e às vezes em algum estado da federação cujo objetivo era atender as necessidades da população das grandes áreas do interior.

O conjunto dos assistentes sociais trabalhando em hospícios públicos não chegava a constituir uma grande quantidade de profissionais, tal com o "Serviço Social Psiquiátrico" nos Estados Unidos. O número de hospitais dos IAPs também era pequeno. (Bisneto, 2011, p.22)

Em linhas gerais os profissionais inseridos nesses dispositivos não se sentiam subsidiados metodologicamente para adentrar ao campo da saúde mental, pela complexidade de estabelecer uma conexão minimamente aceitável na articulação entre teoria e prática. Em contrapartida o Serviço Social na área da Psiquiatria, desenvolveu técnicas de trabalho efetivas no intuito de subsidiar sua intervenção nas refrações mais explícitas da questão social a saber; nas fábricas, previdência e assistência social.

Contudo não se pode desconsiderar que a psicanálise configurou-se como um divisor de águas no tocante ao processo de construção de uma metodologia em Serviço Social principalmente no âmbito da Saúde Mental.

Vasconcelos (2006) pondera que, no que se refere ao projeto ético- político hegemônico do Serviço Social, (na formação e no debate acadêmico, na regulamentação profissional e no código de ética), é perceptível que a grande questão que deve ser pensada, por ser considerada conflituosa o seu enfrentamento pelos assistentes sociais, é a questão de trabalhar com a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a iminência da morte, da perda do outro, e conseqüentemente a falta de condições de trabalho.

Destarte, é inegável que, também para o Serviço Social, o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem um grande valor simbólico por possuir grande representatividade na contemporaneidade configurando por sua vez como um avanço em potencial nas práticas vinculadas a Saúde Mental no Brasil.

2.3. Os desafios atuais para o exercício profissional no âmbito das Políticas Sociais

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) o (a) Assistente Social deve dispor de condições adequadas e dignas, asseguradas pelas instituições contratantes, que lhes permitam proceder à escuta, a reunião, os contatos e os encaminhamentos necessários à atuação técnica-operativa, em cumprimento aos artigos 4º e 5º da Lei 8.662/93, relativo às competências e atribuições profissionais.

É preciso garantir recursos materiais e humanos para que sua atuação se realize de forma competente e efetiva, bem como que permitam o exercício do sigilo e dos princípios profissionais. Em geral, os (as) assistentes sociais são contratados/assalariados (as), mas registra-se, também, as práticas de caráter autônomo, afinal, legalmente reconhecido como "profissional liberal".

A carga horária de trabalho deve considerar as atividades de planejamento, execução, estudos/pesquisas, avaliação e a relação com a "população" atendida, quantitativamente e qualitativamente. Assim, tem variado de 6 a 8 horas, ou até menos em casos de assessoriais e consultorias.

Cumpra assinalar que a mesma lei versa que o local de atendimento direcionado ao assistente social, deve dispor de espaço suficiente, para atendimentos individuais ou coletivos, de acordo as características dos serviços prestados. Tal dispositivo prevê que a organização institucional deve contar com recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional para que o sigilo profissional seja respeitado; ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados.

No que se refere às atribuições e competências do assistente social, o Conselho de Federal de Serviço Social – CFESS, por meio de sua Comissão de Orientação e Fiscalização (COFI) estabelece que cabe ao profissional:

- I- Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas, e projetos na área de Serviço Social;
- II – Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III – Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV – Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V – Assumir, no magistério de Serviço Social tanto no nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI – Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

- VII – Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII – Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX – Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras de seleção para assistentes sociais, ou onde seja aferido conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X – Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social.
- XI – Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federais e Regionais;
- XII – Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII – Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (CFESS 1998-2011, P.71).

Nessa direção (TONIOLO, 2008) ratifica que o assistente social conquistou um espaço singular no mercado de trabalho, isto é à medida que atua diretamente na rotina das classes e grupos sociais dos menos privilegiados e/ou favorecidos, dispõe de possibilidades irrefutáveis de produção de conhecimento no que tange a realidade vivenciada.

Sob essa lógica é imprescindível salientar que o Serviço Social ocupa um espaço peculiar e ímpar na produção de conhecimento científico, ultrapassando o discurso baseado no senso comum, cujo conhecimento inegavelmente configura-se como um importante instrumento de trabalho por lhe propiciar perceber as distintas realidades postas em suas múltiplas dimensões.

Concomitante ao abordado acima, Iamamoto (2004 p.10) faz algumas considerações acerca do trabalho profissional do assistente social. Ela considera que o exercício da profissão encontra-se impregnado de relações de interesses, fortemente tendenciosas quando trata-se da chamada classe dominante.

Ainda de acordo com Iamamoto, o assistente social:

Responde tanto a demandas do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadoras, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história (Iamamoto, 2004, p.10).

A partir dessa explicitação é importante entendermos que a prática do assistente social deve perpassar as rotinas institucionais buscando compreender na amplitude da realidade posta no intuito de intervir nas particularidades, singularidades e universalidades que permeiam o cotidiano dos atores sociais envolvidos no processo.

Nesse sentido é interessante atentarmos que o assistente social, especialmente na atualidade, assume um protagonismo à medida que trata-se de um profissional que viabiliza direitos sociais, habilitado em intervir nos problemas sociais e propor estratégias de superação e/ou minimização do agravamento das expressões da questão social fruto da contradição capital trabalho.

Sendo assim, Iamamoto (2009, p.58) assinala que o “assistente social é o profissional que trabalha com políticas sociais, de corte público ou privado e não resta dúvida ser essa uma determinação fundamental na constituição da profissão”.

Entretanto existem alguns entraves que dificultam a efetivação do exercício profissional, isto é, o assistente social se depara com uma realidade cada vez mais conflituosa e de difícil enfrentamento principalmente quando as suas ações estão condicionadas aos recursos disponibilizados e condições de trabalho que não correspondem ao preconizado no Código de Ética. Segundo Iamamoto, na atualidade isso se deve às *relações de trabalho que tendem a ser cada vez mais flexibilizadas e desregulamentada* (2004, p.16).

Partindo desse raciocínio é relevante ressaltar que o assistente social se inscreve no âmbito do profissional liberal, que possui uma relativa autonomia no cumprimento do seu trabalho. Todavia, temos que considerar ao mesmo tempo em que as instituições empregadoras inegavelmente exercem certo domínio sobre os seus respectivos empregados, podendo comprometer as ações e metas do assistente social. E, nesse sentido Iamamoto afirma que:

O assistente social é relativamente autônomo, pois não possui os recursos necessários para colocar a sua força de trabalho em movimento. Desse modo, as instituições, que contratam e oferecem parte dos meios de trabalho, também organizam o processo de trabalho no qual os assistentes sociais participam, atribuindo funções a eles (IAMAMOTO, 2005, p 216).

Assim, os assistentes sociais devem traçar estratégias capazes de romper com os limites institucionais, reelaborando atividades e técnicas que melhor se adequem a realidade social dos sujeitos sociais mesmo que a instituição empregadora não lhes ofereça subsídios

para a superação dos conflitos preexistentes tendo por base o método – crítico dialético no sentido de desvelar a aparência para conhecer a essência dos envolvidos no processo.

Referente aos processos de trabalho dos assistentes sociais nesse novo espaço sócio-ocupacional, é essencial destacar que este profissional dispõe de um Código de Ética Profissional, dada as suas características de profissão de cunho liberal e legitimada socialmente e nesse sentido não é um profissional neutro; ao contrário, sua prática se realiza no marco de relações de poder.

Todavia é importante explicitar que na sociedade brasileira atual esse profissional apresenta-se como um trabalhador especializado, que vende a sua força de trabalho para algumas instituições empregadoras, que por sua vez requerem uma força de trabalho qualificada ao mesmo tempo em que, na maioria das vezes, não fornecem condições mínimas para efetivação do exercício profissional.

Dito isso, é relevante situar as pertinentes contribuições acerca da categoria trabalho. Na perspectiva ontológica,

O trabalho é a atividade própria do ser humano, seja ela material intelectual ou artística. E por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas práticas- consciente aos seus carecimentos, às suas necessidades (...). É por meio do trabalho que o homem se afirma não só como indivíduo pensante, mas indivíduo que age consciente e racionalmente. (Iamamoto, 2009, p.60)

Nessa linha de raciocínio, o trabalho configura-se com constitutivo do ser social, ou seja, como atividade intrínseca a condição humana, capaz de propiciar relação social entre os indivíduos. O trabalho, á medida que proporciona o alcance das objetivações do ser humano, produz valor de uso capaz de transformar o mundo e o sujeito.

Dessa forma o ser social não se finda nele mesmo, ou seja, as idealizações e objetivações do ser social perpassam esse âmbito e o trabalho não deixa de ser um processo de progressão humana, concedendo ao ser social a sociabilidade entre os homens e com a natureza, constituindo-se como um processo imprescindível ao ser humano. Por outro há que se destacar também o processo de alienação no trabalho¹⁰ situando que este obedece

¹⁰ Na perspectiva de Atunes, o trabalho alienado (ou estranhado) é a forma como a atividade humana se objetiva na sociedade capitalista, onde o que deveria ser uma atividade vital do ser social que trabalha se converte em mercadoria, e o produto do trabalho aparece como alheio e estranho ao trabalhador. (alienação), mas, em muitos casos, deu-se inclusive um processo de intensificação e maior interiorização, na medida em que se minimizou a dimensão mais explicitamente despótica, intrínseca ao fordismo, em benefício do

especialmente a lógica das empresas capitalistas cuja finalidade basilar é a *produção de valores e de geração de riqueza social*, ou seja, o trabalhador não tem domínio sobre o produto elaborado. Sendo assim trabalho alienado perde a sua essência e seu fim passa a ser encarado unicamente como meio a sua manutenção na sociedade.

Sobre isso MARX (1844, APUD OLIVEIRA, 2007, p.10) considera que;

A alienação do trabalhador em seu objeto é expressa da maneira seguinte, nas leis da Economia Política: quanto mais o trabalhador produz, tanto menos tem para consumir; quanto mais valor ele cria, tanto menos valioso se torna; quanto mais aperfeiçoado o seu produto, tanto mais grosseiro e informe o trabalhador; quanto mais civilizado o produto, tão mais bárbaro o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, tão mais frágil o trabalhador; quanto mais inteligência revela o trabalho, tanto mais o trabalhador decai em inteligência e se torna um escravo da natureza.

Não obstante o modelo fordista-taylorista, exigia do trabalhador um esforço intenso e ao tempo limitava a sua capacidade cognitiva do processo de trabalho sem usufruir das vantagens que tal atividade possa lhe proporcionar vindo a confirmar que o trabalho alienado corresponde a exploração do trabalho.

Isto posto, é essencial frisar que a categoria trabalho se situa no cerne de uma sociedade amplamente capitalista que preza pelo trabalhador produtivo e, sobretudo eficiente e aquele que não se enquadra nas regras ditadas pelo capitalismo é facilmente descartado.

Nesse viés é interessante ressaltar que a sociedade contemporânea, em nível mundial, além de ser eminentemente capitalista retrata também a visível retração do Estado frente as suas obrigações e responsabilidades públicas nos bojo dos serviços e direitos sociais. Em outras palavras o Estado, deixa de intervir e abre frente para o grande capital financeiro. E ante a esse fenômeno o desemprego e o subemprego crescem assombrosamente restringindo a entrada de trabalhadores ao tão sonhado mundo do trabalho.

"envolvimento manipulatório" da era do toyotismo ou do modelo japonês. se objetiva na sociedade capitalista, onde o que deveria ser uma atividade vital do ser social que trabalha se converte em mercadoria, e o produto do trabalho aparece como alheio e estranho ao trabalhador (alienação), mas, em muitos casos, deuse inclusive um processo de intensificação e maior interiorização, na medida em que se minimizou a dimensão mais explicitamente despótica, intrínseca ao fordismo, em benefício do "envolvimento manipulatório" da era do toyotismo ou do modelo japonês. Se o estranhamento é entendido, como indicou Lukács, como a existência de barreiras sociais que se opõem ao desenvolvimento da individualidade em direção à omnilateralidade humana, à individualidade emancipada, o capital contemporâneo, ao mesmo tempo em que pode, através do avanço tecnológico e informacional, potencializar as capacidades humanas, faz expandir o fenômeno social do estranhamento. (ANTUNES, 1995, p.190).

A partir do momento que tais trabalhadores tem seus direitos cerceados e/ou subtraídos com oportunidades de trabalho limitadas, lhes restam apenas o sofrimento da destituição dos direitos sociais.

O sofrimento derivado do trabalho alienado ou da falta de trabalho continua polarizando as vidas da maioria absoluta dos cidadãos e cidadãs na sociedade contemporânea. Tal afirmativa não implica na secundarização das mudanças observadas nas feições e formas assumidas pelo perfil do trabalho social, ou seja, de suas metamorfoses. (IAMAMOTO, 2009, p.88).

Sob essa ótica é oportuno pontuar que a prática do assistente social pauta-se na minimização e/ou superação das mazelas sociais, cuja matéria prima do seu trabalho é a questão social devendo ser aqui entendida aqui como resultado das múltiplas expressões da questão social que incide diretamente sobre o trabalho do assistente social no que tange a tensão capital e trabalho.

Essa problemática se adensa quando há a retração do Estado, pela responsabilização do individuo pelo seu sucesso e fracasso, pela falta de verbas que subsidiam as instituições, pelas recorrentes reduções de gastos sociais e, por conseguinte na precariedade do serviço público, que deveria em tese de qualidade.

Nessa perspectiva faz-se necessário sinalizar que a precarização estrutural do trabalho torna-se uma preocupação em potencial relevante especialmente se atentarmos ao considerável número de trabalhadores com mão-de-obra disponível no mercado que acabam exercendo atividades parciais, temporários e, sobretudo em situação precarizada. Assim, é importante sinalizar que um dos principais fatores que constitui a questão social atualmente é o adensamento do desemprego bem como a precarização das relações de trabalho.

Dessa forma percebe-se que cada vez mais homens e mulheres estão enfrentando no mercado de trabalho questões como a precarização nos processos de trabalho, a instabilidade profissional, o emprego temporário e, em nível mundial, o crescente alargamento do desemprego.

Segundo pesquisa, realizada pela Organização Mundial do Trabalho (OIT), cerca de 73,4 milhões de jovens entre 15 e 24 anos estão desempregados no mundo, diz estudo divulgado em 08/ de maio de 2013. O número representa 12,6% da população desta faixa etária. De acordo com o estudo, o desemprego entre jovens aumenta a cada ano. O número para 2013 é 3,5 milhões maior em relação a 2007, quando 11,7% dos jovens estava

desempregado), e está perto dos níveis alcançados no pior momento da crise econômica, em 2009 (www.oit.org.br).

Neste contexto mundial de neoliberalismo e avanço do predomínio do capital financeiro, inclusive mesclando-se ao capital produtivo e considerando o objeto desta monografia, é preciso particularizar o Brasil.

Ainda que num contexto de crise econômica mundial e com relação ao contexto social temos que, no período 2004-2009, a desigualdade na distribuição de renda entre os brasileiros, medida pelo coeficiente de Gini, diminuiu 5,6% e a renda média real subiu 28%. Essa evolução na distribuição de renda foi, em grande parte, motivada pelo crescimento econômico e geração de empregos. Também contribuíram as mudanças demográficas e o lento aumento da escolaridade da população adulta. Outro fator foram as políticas de valorização do salário mínimo por meio de aumentos reais e da expansão das transferências focalizadas de renda. Nesse intervalo de tempo, a parcela da população brasileira vivendo em famílias com renda mensal igual ou maior do que um salário mínimo per capita subiu de 29% para 42%, passando de 51,3 a 77,9 milhões de pessoas. Não obstante, em 2009, a despeito do ganho de bem-estar do período, ainda havia 107 milhões de brasileiros vivendo com menos do que R\$ 465 per capita mensais (IPEA Nº 111. p, 03).

Com relação ao desemprego, um relatório da OIT informa que no Brasil, o índice de jovens desempregados vem diminuindo. Segundo o relatório, chamado "Tendência mundiais do emprego juvenil 2013 – Uma geração em perigo", o mundo tem hoje, entre jovens e adultos, 201,5 milhões de desempregados, sendo os 73,4 milhões de jovens e mais 128 milhões de adultos, o que representa 4,6% do total da população adulta economicamente ativa. Embora o estudo mostre um aumento do desemprego entre jovens no mundo, especialmente em países de economia avançada, o Brasil apresenta resultados positivos. Nos últimos anos, o índice de jovens brasileiros desempregados foi caindo a cada ano, passando de 22,6% em 2002 para 13,7% em 2012.

Cabe aqui reiterar que o objetivo deste demonstrativo, não se limita a apenas apontar a diminuição no índice do desemprego no Brasil mas também situar que neste mesmo contexto ocorre a eclosão na fragilização das relações de trabalho as quais tendiam a ser cada vez mais precarizadas e desregulamentadas representadas pelos trabalhadores temporários, subcontratados e terceirizados.

Portanto, se no país houve redução significativa do desemprego e uma discreta diminuição de desigualdade social, o mesmo não podemos dizer das condições de trabalho em algumas áreas, que se precarizaram ainda mais. Destarte, pode-se argumentar que tais

transformações e/ou mudanças ocorridas no âmbito do trabalho ganham proporções assustadoras no que se refere à erosão do trabalho contratado e regulamentado, realidade de muitos profissionais.

Portanto, torna-se relevante fomentar e adensar a discussão em torno da atuação do assistente social bem como acerca das condições de trabalho na atual conjuntura brasileira que por sua vez favorece o aguçamento do trabalho descontínuo e precarizado.

Ressalte-se que o exercício profissional do assistente social se aperfeiçoa no bojo da divisão social e técnica do trabalho constituindo-se como uma especialização do trabalho coletivo sendo partícipe do processo de reprodução e preservação dos interesses do capital, considerando-se que o processo de produção e reprodução social se legitima nos desdobramentos das forças capitalistas bem como nas relações de produção social.

Convém situar que ação interventiva do (a) assistente social se constitui nas particularidades do capitalismo monopolista, quando se buscou traçar distintas estratégias de enfrentamento no intuito de dar conta das expressões da questão social.

Nesse contexto a questão social ganha visibilidade passando a ser considerada como objeto de intervenção contínua do Estado. Todavia, a conotação sobre questão social aqui citada deve ser entendida no sentido mais abrangente perpassando a concepção *problemas sociais, ou seja*, não pode ser pensada desarticulada das questões econômicas e políticas, mesmo que a interpretação do capitalismo conceba e dissemine equivocadamente esta concepção.

Nas palavras de TRINDADE (2001, p.21) “para a análise do instrumental técnico operativo do Serviço Social, tomamos como necessária a demarcação da natureza do trabalho do assistente social: a partir de sua inserção nas estruturas institucionais prestadoras de serviços sociais”.

Para a materialização das ações interventivas no âmbito das instituições, é indispensável a integração de alguns profissionais especialmente o (a) assistente social, “na implantação de políticas sociais, seja no planejamento, seja na execução direta junto à população” (TRINDADE, 2011, P.22). Destarte para a concretização de tal prática os profissionais devem apropriar-se do instrumental técnico-operativo, por configurar-se como um composto de instrumentos e técnicas de caráter distinto do normalmente utilizado no âmbito da produção material, na perspectiva de modificar os objetos materiais. Dito isso é pertinente ratificar que os instrumentais ora citados, permitem aos profissionais de Serviço Social conquistar os objetivos idealizados a partir da concretude de suas ações na instituição que integra, oportunizando-o dar respostas mais específicas aos usuários do serviço.

Sobre o conceito de técnica e instrumental técnico- operativo TRINDADE (2011) considera que,

(...) está marcado por uma complexidade e uma amplitude que podem ser verificadas na diversidade de conceituações e classificações a ele atribuído. (...) Portanto a técnica se aprimora a partir da utilização dos instrumentos, diante da necessidade de sua adequação às exigências de transformação dos objetos, visando o atendimento das mais variadas necessidades humanas. (...) Em relação ao instrumental técnico-operativo é a articulação entre instrumentos e técnicas, pois expressam a conexão entre um elemento constitutivo dos meios de trabalho (os instrumentais de trabalho) e o seu desdobramento- qualitativamente diferenciado – ocorrido ao longo do desenvolvimento das forças produtivas (as técnicas). (TRINDADE, 2011, p.23).

Não obstante é essencial reforçar que as particularidades que rebatem as práticas do(a) assistente social são as múltiplas expressões da questão social e para uma ação efetiva faz-se necessário que o profissional pautar-se nas três dimensões à saber: teórico- metodológica, ético-política e técnico-operativa, por propiciar sucessivas aproximações com a realidade social bem como conhecer e dar conta das especificidades das questões postas na perspectiva de viabilizar direitos sociais e civis.

Sobre isso MARTINELLI (1994) elabora que,

A utilização dos instrumentais no cotidiano da prática profissional é um fator preponderante para o assistente social. Como todos os profissionais têm seus instrumentos de trabalho, e sendo o assistente social um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, necessita de bases teóricas, metodológicas, técnicas e ético-políticas necessárias para o seu exercício profissional. Os instrumentais técnico-operativos são como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional (p. 137).

Nesse escopo é imprescindível situar a importância que tais instrumentais possuem no desenvolvimento do exercício profissional do assistente social bem como no processo de intervenção social no cotidiano dos usuários presentes nas instituições isto é, quando tais dimensões são pensadas de forma sintonizada e articulada.

A dimensão teórico-metodológica requer um profissional qualificado e apto a reconhecer a realidade social, política, econômica e cultural cujo intuito é estabelecer uma leitura crítica sobre tal realidade corroborando no momento de traçar estratégias concretas

como subsídio interventivo. A apropriação de tal dimensão permite ao assistente social entender a realidade de maneira peculiar.

Concernente a dimensão ético- política é mister sublinhar que o assistente social inserido nos distintos espaços sócio-ocupacionais, não pode ser levado pela perspectiva de neutralidade haja vista que sua prática profissional se constitui e se materializa no bojo de latentes relações de poder e de forças sociais oriundas do sistema capitalista. Em outras palavras, o assistente social deve ser um profissional que se posiciona frente a realidade social posta no cotidiano.

Nessa direção é crucial destacar o lugar da dimensão técnico-operativa no exercício profissional do assistente social no bojo das instituições ao qual trabalham no intuito de conceber práticas inovadoras que permitam desenvolver habilidades e técnicas que correspondam as demandas tanto dos usuários quanto das instituições que contratam os seus serviços.

Desta forma é oportuno situar que,

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente e desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar,efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. (IAMAMOTO, 2009, p.20)

De posse deste conhecimento pode-se inferir que a prática do assistente social deve voltar-se a construção de estratégias que melhor se adéqüem a realidade social dos usuários do serviço de saúde mental, desenvolvendo ações construtivas tendo como principal foco desvendar a realidade social em suas múltiplas particularidades e concomitantemente intervir nas expressões da questão social com mais eficiência e criticidade pautando-se nos princípios que regem o Código de Ética profissional que versa sobre a defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, posicionando-se sempre em favor da equidade e justiça social.

III – REFLETINDO SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS.

3.1 O Serviço Social nos CAPS do Recôncavo da Bahia: o percurso metodológico da pesquisa.

Conforme BRUYNE (1991, p. 29) “a metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes da fecundidade na produção dos resultados”.

Partindo desta lógica, Severino (1993, p. 126) entende o método como “os procedimentos mais amplos de raciocínio, enquanto técnicas são procedimentos mais restritos que operacionalizam os métodos”.

Nesse limiar, no presente trabalho de investigação foram adotadas como técnicas de coletas de dados a pesquisa documental, a pesquisa de campo e a bibliográfica.

Subsidiaram a análise documental, as leis, decretos e resoluções no âmbito das políticas sociais, especialmente da saúde/saúde mental, bem como as relativas ao serviço social, no intuito de compreender a lógica dos direitos sociais garantidos aos usuários do serviço oferecidos pelo CAPS e conhecimento do organograma institucional para visualizar como funciona o trabalho bem como as atribuições do Assistente Social.

A pesquisa de campo, de cunho qualitativo teve como sujeitos privilegiados os assistentes sociais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial do CAPS I - abarcando apenas um CAPS II - no Recôncavo da Bahia.

No intuito de preservar a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, convém sublinhar que os nomes que serão usados no decorrer do processo serão pseudônimos como: Flor, Margarida, Cravo, Rosa e Mel.

Para tanto foram elaborados questionários, com questões abertas e fechadas, cujo objetivo foi detectar os múltiplos determinantes sociais como subsídio e possível facilitador no mapeamento, aplicabilidade e materialidade da política pública de saúde mental nesse espaço sócio ocupacional bem como a mensuração das condições de trabalho e atuação do Assistente Social no âmbito da saúde mental.

Nesse limiar, buscou-se nortear e fundamentar no método dialético crítico por permitir uma maior mensuração com as categorias de totalidade, historicidade, contradição e especialmente a mediação.

Após o levantamento dos CAPS que abarcam o Recôncavo da Bahia foi estabelecido um recorte para referenciar a instituições que possivelmente seriam foco da pesquisa e para isso realizou-se contatos com as assistentes sociais nas instituições de saúde mental, mediante a consulta de endereços e telefones disponibilizados na internet, solicitando suas respectivas participações na pesquisa em questão.

E por fim, destaco a pesquisa bibliográfica como marco teórico- legal por considerá-la indispensável e pertinente na investigação visando credibilidade e confiabilidade nos resultados a ser obtidos.

A região conhecida como Recôncavo Baiano¹¹ está localizada no estado da Bahia, mais precisamente, ao entorno da Baía de Todos os Santos, é um dos primeiros pedaços de terra pisados pelos portugueses, logo que aportaram em solo americano. Deu-se aí, a origem de uma das mais ricas regiões do nosso país, tanto em relação a natureza, como culturalmente, e que comporta em seu território uma ampla mistura de povos, que aqui se uniram deixando suas marcas na cultura, na culinária e na arquitetura, contribuindo para a complexidade e singularidade cultural existente.

Segundo a Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia – SEPLAN e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, os municípios que compõem o Recôncavo Baiano são: Cabaceiras do Paraguaçu; com 11.448 habitantes; Cachoeira, com 32.035 habitantes; Castro Alves com 25.419 habitantes; Conceição do Almeida com 17.895 habitantes; Cruz das Almas com 58.584 habitantes; D. Macedo Costa com 3.873 habitantes; Governador Mangabeira com 19.826 habitantes; Maragogipe com 42.815 habitantes; Muniz Ferreira com 7.310 habitantes; Muritiba com 28.897 habitantes; Nazaré com 27.269 habitantes; Santo Amaro com 57.811 habitantes; Santo Antônio de Jesus com 90.949; habitantes São Felipe com 20.305; habitantes São Félix com 14.099 habitantes; São Francisco do Conde com 33.172; habitantes Sapeaçu com 16.597 habitantes; Santo Amaro com 57.800; Saubara com 11.201 habitantes e Varzedo com 9.121 habitantes.

Convém ressaltar que escolha dos municípios para realização da presente pesquisa não foi aleatória, pautou-se em considerar o porte do CAPS, sua abrangência, número de habitantes, relação custo benefício e viabilidade para aplicação do questionário em tempo hábil.

Dessa forma os municípios eleitos como campo de pesquisa foram: Cachoeira¹², Cruz das Almas¹³, Maragogipe¹⁴, São Felipe¹⁵, e Santo Antonio de Jesus¹⁶.

¹¹ Para maiores informações sobre o Recôncavo da Bahia acesse o endereço eletrônico (narradoresdoreconcavo.com.br)

¹² É um município na microrregião de Santo Antônio de Jesus, no estado da Bahia, no Brasil. Situa-se às margens do Rio Paraguaçu ver <http://pt.wikipedia.org>

¹³ O município de Cruz das Almas localiza-se na Microrregião Geográfica 20. Para maiores informações ver, Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI).

¹⁴ O município de Maragogipe situa-se no estado da Bahia localizada a cerca de 133 km de Salvador.

¹⁵ O município de São Felipe situa-se no recôncavo Sul da Bahia, distando 146 quilômetros da capital do Estado, Salvador ver <http://pt.wikipedia.org>.

¹⁶ Santo Antônio de Jesus é um município brasileiro do estado da Bahia localizado na região do Recôncavo Sul ver <http://pt.wikipedia.org>

3.2. Identificação dos Sujeitos da Pesquisa.

Com o objetivo de conhecer o perfil das assistentes sociais inseridas no Centro de Atenção Psicossocial no Recôncavo da Bahia, o presente item se propõe em apresentar algumas informações sobre as profissionais pesquisadas a partir das considerações empreendidas no questionário utilizado na pesquisa.

Tabela 01: Perfil das assistentes sociais entrevistadas nos CAPS

Sexo	Faixa Etária	Instituição Formadora	Titulação Atual	Reside e Trabalha no mesmo Município	Carga Horária	Vínculo Trabalhista
F	36-41	UCSAL	Graduação	Não	20H	Contrato temporário
F	26-30	UNOPAR	Graduação	Sim	30H	Contrato temporário
F	20-25	UFRB	Graduação	Sim	40H	Contrato temporário
F	47-50	UNITINS	Especialista	Sim	30H	Contrato temporário
F	26-30	UCSAL	Especialista	Não	40H	Contrato temporário

A entrevistada 1, tem de 31-41 anos de idade, formou-se na Universidade Católica do Salvador, sua titulação atual é de graduada, não reside no município onde trabalha, sua carga horária institucional é de 20 horas semanais sob regime de contrato temporário.

A entrevistada 2, tem de 26-30 anos de idade formou-se na Universidade Norte do Paraná, cuja titulação é de graduada, trabalha no município onde reside atualmente com carga horária de 30 horas semanais, sob regime de contrato temporário.

A entrevistada 3, tem de 20- 25 anos de idade, graduou-se na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, trabalha e reside no mesmo município com carga horária institucional de 30 horas semanais sob regime de contrato temporário.

A entrevistada 4, tem de 47- 50 anos de idade, formou-se na Universidade do Tocantins, tem título de especialista, trabalha e reside no mesmo município com carga horária de 30 horas semanais sob regime de contrato temporário.

A entrevistada 5, tem de 26- 30 anos de idade, fomou-se na Universidade Católica do Salvador, sua titulação atual é de especialista, não trabalha no município que reside, quanto ao vínculo trabalhista na instituição dar-se através de contrato temporário com carga horária de 40 horas semanais.

3.3. Análise e resultados da pesquisa

A coleta de dados deu-se no primeiro momento, mediante a aplicação de questionários abarcando o quantitativo de cinco (cinco) assistentes sociais inseridas nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no Recôncavo da Bahia. Destarte a análise da pesquisa pautar-se-á na técnica de análise de discussão empreendidos pela categoria profissional de Serviço Social com base no questionário aplicado.

No primeiro momento a pesquisa estabeleceu o levantamento de alguns dados inerentes ao sexo; faixa etária; estado civil; tempo de exercício profissional enquanto assistente social; instituição de formação; área de atuação e carga horária no intuito de recolher informações necessárias à construção da presente pesquisa.

Referente ao sexo constatou-se que a totalidade das profissionais entrevistadas é hegemonicamente feminina, ratificando a preponderância da mulher inserida nos processos de saúde mental como maior provedora do cuidado bem como a confirmação da tendência histórica vinculada a profissão. Em relação à faixa etária das assistentes sociais foi identificado que correspondem entre 20 e 50 anos.

Concernente ao estado civil pôde-se testificar através dos dados colhidos um equilíbrio nesse quesito: três são solteiras e duas casadas. Em relação à formação profissional confirmou-se que três assistentes sociais possuem a titulação de especialista e duas de graduação.

Quanto à jornada de trabalho das assistentes sociais nos serviços de saúde mental foi identificado que uma profissional trabalha 20 horas semanais, duas possuem carga horária de trinta horas e duas trabalham sob a carga horária de quarenta horas na instituição, por possuir cargos comissionados, cuja exigência legal para exercício é o cumprimento de tal carga horária.

Em relação ao tempo de atuação enquanto profissional de Serviço Social identificou-se que as assistentes sociais do CAPS de Santo Antônio de Jesus e Maragogipe possuem mais

ou menos cinco anos de atuação. As profissionais de São Felipe e Cachoeira atuam de seis a dez anos, ou seja, o limite de atuação profissional não ultrapassa dez anos na área.

No segundo momento a pretensão foi avaliar as condições de trabalho ¹⁷das assistentes sociais nos CAPS constatando que as instituições pesquisadas apresentam infraestrutura insuficiente para a prestação de um atendimento de qualidade aos usuários do serviço de saúde mental, o que rebate diretamente sobre as condições de trabalho do assistente social, além disso, infringe o preconizado na portaria de n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 que versa sobre as normas estabelecidas para funcionamento do CAPS repercutindo negativamente no exercício profissional de todos os envolvidos.

Sobre a prática profissional do Assistente Social no dispositivo de saúde mental pôde-se identificar através dos depoimentos que:

Equipe que compõe o serviço é incompleta problematizando que a instalação do dispositivo de saúde mental é inadequada e não dispõe de equipamentos suficientes para dar suporte ao exercício profissional na instituição. (Flor)

A questão da acessibilidade/mobilidade (Falta de transporte), destacando também que a equipe é mínima para demandas complexas; Dificuldade para o manejo do recurso destinado aos objetivos da instituição; Baixo investimento do município na área de saúde mental (contrapartida dispensada não cobre as despesas necessárias) e Preconceito e estigma em torno da loucura impossibilitando um melhor manejo das ações de saúde mental na atenção básica. (Margarida)

Consoante às observações acima pode-se inferir que as assistentes sociais ainda estão fortemente condicionada e/ou atrelada aos limites institucionais, ou seja, submetida ao poder do empregador constituindo-se como possível influenciador para não materialização do exercício profissional na instituição ao qual está inserido(a).

Em outras palavras, a instituição empregadora deve conferir ao profissional, condições sociais mínimas a partir da disponibilização de recursos suficientes como *políticas sociais*

¹⁷ As condições e relações de trabalho em que estão inscritos os assistentes sociais são indissociáveis das configurações do Estado, as quais redimensionam as relações entre este e a sociedade, atingindo as políticas e/ou ações voltadas à questão social (IAMAMOTO, 2002)

*específicas*¹⁸ para a efetivação da prática profissional do assistente social no espaço institucional.

Na variável instituição as assistentes sociais quando questionadas destacaram algumas problemáticas concernentes a sua infraestrutura pontuando que:

A instituição não dispõe de sala para atendimento aos usuários para que ocorra o processo de escuta e sigilo profissional não propiciando atendimento adequado as pessoas com transtornos mentais. (Flor)

Existem alguns problemas que prejudica a efetividade dos atendimentos e encaminhamentos feitos pela equipe multi e interdisciplinar, a saber, o espaço físico, a grande demanda de usuários e a questão do ambulatório funcionar no mesmo espaço físico sinalizado que a instituição ao qual faz parte foge a lógica preconizada no CFESS, ou seja, não se enquadra nos requisitos exigidos a começar da sala para realizar os atendimentos pertinentes ao Serviço Social além de muitas vezes o atendimento aos usuários ser feito em vários locais do serviço contemplando em parte o recomendado pelo Código de ética de 1993 (Rosa).

A estrutura física, a falta de reunião de equipe, ausência de veículos para a realização de visitas domiciliares nos municípios da zona rural, carência na discussão de casos e de contato com outras redes ratificando que o Serviço Social na instituição trabalha em articulação com os estagiários da mesma área. (Cravo)

Diante das questões reveladas pelas entrevistadas pode-se argumentar que as condições arquitetônicas, na maioria dos CAPS pesquisados, não garantem o sigilo profissional do (a) assistente social, especialmente, porque o espaço para o desenvolvimento do fazer profissional não dispõe de uma sala específica para atendimento, logo as informações que em tese deveriam ser preservadas, acabam comprometidas.

Apesar da resolução nº 493, de 21 de agosto de 2006 que versa sobre o sigilo profissional, tais equipamentos não oferecem condições mínimas para sua efetivação. Dessa forma pode-se afirmar que o fazer profissional do assistente social se constitui muitas vezes

¹⁸ A própria implementação das políticas sociais também é um jogo complexo de conflitos e tensões, que envolve diferentes protagonistas, interesses, projetos e estratégias, onde são requisitadas a presença e a intervenção de diferentes categorias profissionais, que disputam espaços de reconhecimento e poder no interior do aparelho institucional. (Raichelis, 2010, p. 755). Disponível em: Serv. Soc. Soc. no.107 São Paulo July/Sept. 2011.

nas brechas da organização e parcialmente atende o preconizado no Código de Ética¹⁹ no tocante ao exercício profissional.

Em outro relato percebeu-se na instituição a dificuldade de articulação entre os serviços de saúde mental com outras redes de atendimento, o que é bastante preocupante, primeiro porque a falta de interlocução pode prejudicar o andamento e qualidade do projeto terapêutico estabelecido para cada usuário. Os relatos acima ainda nos mostram que a maioria dos CAPS inseridos no Recôncavo Baiano, ainda se limitam ao atendimento centralizado, o que é contraditório aos preceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que propõe um modelo de atendimento desinstitucionalizado de atenção a saúde mental.

Mesmo diante das condições precárias para atendimento aos usuários de Serviço Social, considerando também a frágil infraestrutura institucional, bem como a insuficiência de equipamentos sociais necessários para concretização de uma prática de qualidade pode-se afirmar com base nas respostas dadas que as assistentes sociais pesquisadas têm ciência dos princípios éticos que norteiam a profissão com vistas ao Código de Ética de 1993.

No terceiro momento buscou-se verificar questões concernentes a atuação profissional dos (as) assistentes sociais inseridos no campo da saúde mental, onde pôde-se constatar o esforço e a preocupação de tais profissionais no tocante a materialização do exercício profissional²⁰ nos CAPS no Recôncavo da Bahia

Entretanto para que isso se concretize na atual conjuntura, faz-se necessário que a instituição garanta aos profissionais e usuários uma estrutura adequada tendo em vista não apenas o trabalho do assistente social, mas a totalidade dos profissionais compõe o serviço.

Outro aspecto analisado refere-se a prática profissional dos assistentes sociais no bojo da saúde mental, que por muitas vezes fica atrelada e/ou condicionada as regras estabelecidas pela instituição empregadora, dificultando os processos de trabalho do profissional no momento de dar respostas as demandas imediatas bem como no momento de traçar estratégias de enfrentamento dos conflitos postos no cotidiano do exercício profissional.

Contudo, é imprescindível salientar que mesmo diante da conjuntura atual de precarização vivenciada pela maioria das assistentes sociais pesquisadas nos CAPS, não se

¹⁹(...) O Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. (...) O desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social ver em (IAMAMOTO 2009, p.77)

²⁰ A exigência de analisar o exercício profissional n âmbito dos processos e relações de trabalho impõe-se em função da condição de trabalhador “livre”, proprietário de sua força de trabalho qualificada, que envolve uma relação de compra e venda dessa mercadoria. É, portanto, a condição de trabalhador assalariado. (IAMAMOTO, 2009, p.96).

pode negar a existência da relativa autonomia²¹ em suas ações especialmente no momento de traçar e/ou formular estratégias pautadas no Código de Ética que rege a profissão e outras regulamentações do conjunto CFESS/CRESS.

Sobre os instrumentais pertinentes ao Serviço Social, Trindade (2001) corrobora que, o instrumental técnico-operativo é parte integrante da intervenção profissional do assistente social, sendo constitutivo e basilar no momento de traçar técnicas de enfrentamento viáveis e eficazes frente às expressões da questão social evidenciadas no cotidiano do sujeito envolvido na contemporaneidade.

Dito isso, convém frisar que os assistentes sociais pesquisados no Recôncavo da Bahia afirmam se apropriar dos instrumentais para a operacionalização e materialização do fazer profissional. Informam sua utilização na busca de atender as necessidades dos demandatários do serviço com vistas a um atendimento de qualidade.

Nessa direção os instrumentais utilizados no cotidiano profissional das assistentes sociais do Recôncavo são,

Questionário Socioeconômico, Ficha de acompanhamento e evolução dos pacientes, relatório social. Nessa perspectiva é válido mencionar que a Assistente Social desenvolve suas atividades na perspectiva de equipe multidisciplinar (Mel).

O livro ata das ações, grupo operativo, reunião, orientação social, acompanhamento social/psicossocial, visitas domiciliares, intensificação de cuidados no domicílio, registro em prontuário e livro das atividades desenvolvidas, entrevista social, encaminhamento, referência e contra referência, relatórios, documentação, rodas de conversa, planejamento e avaliação, etc. (Margarida)

Entrevista, os encaminhamentos, as visitas domiciliares, atendimento individual e familiar, reunião com a família dos usuários e oficinas terapêuticas. (Cravo)

Visita Domiciliar, Acolhimento, Atendimento familiar e individual, Encaminhamentos, Oficinas e Grupo, desenvolvendo suas atividades sozinha. (Flor)

²¹ Referente à autonomia profissional é oportuno destacar que está é um dos desafios contemporâneos postos ao(à) Assistente Social, embora esta questão seja garantida como um dos seus direitos no artigo 2º alínea h do Código de Ética de 1993: “[...] ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções” (CFESS, 2003, p. 13).

Sobre o acolhimento destacado em praticamente todas as falas das assistentes sociais ressalta-se que este ocupa um lugar essencial no cerne da saúde pública, tratando-se também de uma importante técnica de intervenção do (a) assistente social no CAPS, pois assegura desenvolver a escuta qualificada junto aos usuários dos CAPS. Para, além disso, o acolhimento propicia resolver, de alguma forma, as dificuldades iminentes aos usuários. Em outras palavras, o acolhimento tem por premissa atender a todas as pessoas que tenham necessidade de usar o serviço de saúde de modo a garantir a universalidade nos atendimentos prestados bem como qualificar e fortalecer os vínculos entre profissional e usuário cujo intuito é corroborar para um atendimento mais humanizado.

Em relação ao instrumental técnico – operativo, é importante sublinhar que este deve por sua vez ser pensado e compreendido na perspectiva de romper com o entendimento engessado que se tem sobre ele especialmente ao associá-lo pura e simplesmente ao manejo de técnicas. Para tanto, é essencial situá-lo na complexidade sociopolítica do exercício profissional, na perspectiva de uma intervenção efetiva com práticas reorientadas e redefinidas, cujo fundamento é um direcionamento social que se situe no movimento contraditório perceptível na tensão entre capital e trabalho.

Identificou-se nas falas das assistentes sociais a predominância de alguns fatores que dificultam a efetivação do trabalho á saber:

Má qualidade na comunicação com a gestão de saúde, sobretudo no que tange às necessidades da coordenação que desenvolvo. Não possuo outros vínculos empregatícios na área de Serviço Social na Gestão e assessoria de grupos populares. (Flor),

Problemas na estrutura física, redução da alimentação, medicamento e profissionais condizentes com o projeto técnico institucional. No entanto a instituição está se adequando às demandas da população. (Margarida).

Consoante às falas das profissionais pesquisadas nota-se o recorrente dilema em torno da precarização do trabalho especialmente em relação ao desenvolvimento do exercício profissional.

Com base nos dados obtidos cabe situar que a realidade profissional das assistentes sociais na atualidade, reflete a fragilidade nas relações de trabalho haja vista que a maioria dos vínculos institucionais são constituídos por meio de contratação temporária e/ou cargo

comissionado evidenciando por sua vez o modelo de flexibilização²² e de precarização nas relações de trabalho, que aflige diretamente a categoria profissional de Serviço Social inseridos nos processos de trabalho e ao mesmo tempo identifica-se a crescente perdas *dos direitos sociais, o aumento do trabalho temporário, os altos índices de desemprego estrutural , observando-se o crescimento das chamadas “taxas naturais” de desemprego.* (IAMAMOTO 2009, p.177).

A pesquisa captou informações importantes quanto às condições de trabalho do assistente social nos CAPS que, portanto devem ser analisados a saber o modo de contratação ao qual estão submetidos. Dessa forma cabe reiterar que a totalidade das profissionais pesquisadas estão em situação de contrato temporário.

Esta forma de contratação própria de modelos neoliberais é interessante à lógica capitalista de produção além de influenciar direta ou indiretamente a materialização da qualidade dos serviços prestados pelos assistentes sociais nas instituições. Portanto as assistentes sociais pesquisadas encontram-se em condições de trabalho precárias, flexibilizadas e temporárias, o que por sua vez, não propicia segurança e estabilidade aos trabalhadores da área. Cabe aqui destacar que tal precarização é resultado das transformações societárias na contemporaneidade mais especificamente no que diz respeito ao mundo do trabalho.

Concernente a precarização das relações de trabalho postas ao exercício profissional do assistente social, SILVA²³ (2013, p.7) Apud BONFIM (2011, p.109) corrobora que,

[...] hoje, a profissão se depara com desafios ainda maiores. Como garantir uma ação profissional competente e crítica diante de péssimas condições de trabalho- incluindo a ausência de espaço profissional que garanta o sigilo profissional – longa jornada de trabalho, baixos salários, formas precárias de vínculos empregatícios, dificuldades objetivas para a permanente capacitação.

²² A flexibilização invade o organização de produção, fragmentando e desqualificando o trabalho, promovendo o desemprego e a reemergência de velhas formas de trabalho precarizado, que se expressam, sobretudo pelo deslocamento de muitos postos de trabalho do núcleo formal para a informalidade, onde o trabalho cumpre a mesma função para o capital sem os custos sociais correspondentes. (TRINDADE, 2001, p. 88).

²³ Para maior aprofundamento ler: Serviço Social e Mercado de Trabalho: Em questão os desafios e dilemas profissionais. (Albany Mendonça Silva, Professora Assistente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia).

Pôde-se perceber também que a composição da equipe técnica na maioria dos CAPS, não é suficiente para atender as necessidades dos demandatários do serviço de saúde mental no Recôncavo da Bahia, aspecto este recorrente em quase todas as falas das profissionais envolvidas na pesquisa.

Em outro momento da entrevista notou-se uma controvérsia no tocante as condições de trabalho e atuação profissional do (a) assistente social nos serviços substitutivos. Segundo a fala de uma assistente social, a instituição ao qual integra apresenta condições favoráveis ao exercício profissional do Serviço Social. Quanto a equipe técnica que compõe o serviço, é considerada por ela suficiente para atender a demanda cotidiana enquadrando-se, portanto nas diretrizes preconizadas no Código de Ética de 1993.

Segundo a mesma profissional pesquisada, o seu espaço de trabalho possui condições adequadas e dignas para proceder à escuta junto aos usuários, a reunião, os contatos e os encaminhamentos necessários à atuação técnica-operativa cumprindo aos artigos 4 e 5 da Lei 8662/93, que versa sobre as competências e atribuições profissionais do assistente sociais. Convém sublinhar que a profissional pesquisada não justificou as respostas dadas.

Ainda sobre isso é importante explicitar que a análise deste questionário foi uma surpresa em relação às ponderações feitas pelas demais profissionais, pois do total de cinco profissionais pesquisadas, quatro detectaram problemas idênticos e/ou semelhantes em relação à mesma variável com exceção do depoimento acima.

Entretanto, os dados analisados a partir das considerações da maioria dos profissionais pesquisados comprovaram que as instituições pesquisadas ainda carecem de recursos materiais e físicos suficientes para dar suporte à realização do exercício profissional do corpo técnico em sua totalidade especialmente do profissional de Serviço Social, sujeito ao qual pesquisa foi direcionada.

Nessa perspectiva, o assistente social, no universo pesquisado não dispõe de infraestrutura e instrumentos suficientes para desenvolver suas ações no âmbito institucional capaz de lhes garantir o alcance da sua finalidade, que é a viabilização dos direitos sociais que atendam as necessidades sociais de quem demanda o serviço.

Com relação à precariedade dos vínculos trabalhistas foi possível apurar que este fator não atinge somente o profissional de serviço social. Nos CAPS A, de porte I, tem-se a seguinte equipe técnica: 01 Assistente Social; 01 Psicólogo; 01 Enfermeiro; 01 Psiquiatra; 01 Técnica de enfermagem; 02 Artesões; 01 Terapeuta Ocupacional; 01 Enfermeiro; 01 Técnico de enfermagem; 01 recepcionista; 01 Vigilante; 01 Jardineiro; 01 Agente de limpeza; 01

Assistente administrativo e 01 Copeira. Sendo que a expressiva maioria dos profissionais é contratada, exceto o agente de limpeza e o jardineiro que são concursados.

O CAPS B, porte I, conta com uma equipe técnica composta por (uma) 01 Assistente Social; 01 Psicólogo; 01 Enfermeiro; 01 Psiquiatra; 01 Técnica de enfermagem; 02 Artesãos; 01 Terapeuta Ocupacional; 01 Enfermeiro; 01 Técnico de enfermagem; 01 Recepcionista; 01 Vigilante; 01 Jardineiro; 01 Agente de limpeza; 01 Assistente administrativo e uma 01 Copeira. Com exceção dos profissionais de serviços gerais e de jardinagem que são concursados, todos os outros são contratados. O CAPS C, ²⁴porte II dispõe de 03 Médicos Psiquiatras; 06 Psicólogos; 01 Terapeuta Ocupacional; 01 Assistente Social; 02 Oficineiros; 01 Técnico de Enfermagem; 02 recepcionistas; 02 Merendeiros; 01 Porteiro; 01 Guarda Municipal; 03 Serviços Gerais; 01 Farmacêutico; 01 Auxiliar de farmácia e 03 Professora do programa EJA. E o CAPS D, porte I, conta com 01 Médica Psiquiatra; 01 Assistente Social; 01 Enfermeira e uma Educadora Física. Nessa instituição todos os profissionais estão submetidos ao regime de contrato temporário.

Cabe destacar que o modelo vigente de contratação dos profissionais de Serviço Social presente em todos os campos pesquisados denota a estagnação profissional, a perda dos direitos trabalhistas, a insuficiência de investimentos em concursos públicos. Diante dessa problemática as assistentes sociais inseridas na divisão socio-técnica do trabalho não tem outra escolha a não ser submeter-se a esta lógica. Esta submissão é cada vez mais crescente porque tais profissionais tem ciência do grande exército de reserva, ou seja, ao invés de reivindicar e contestar o declínio nas relações e condições de trabalho, resolvem na maioria das vezes se agregar ao grande capital na tentativa de permanecer no trabalho com vistas a garantir meios para sua subsistência na sociedade.

Há que considerar também, que a pesquisa propiciou constatar que a maioria das profissionais de Serviço Social entrevistadas não reside nos municípios em que prestam serviço. Convém situar que a pesquisa comprovou que o profissional de Serviço Social tem sido convocado a atuar na execução da política, coordenação e gestão.

Ciente da importância que os instrumentais possuem no enfretamento dos conflitos sociais, cabe aos assistentes sociais re (conhecer), a sua importância e eficiência no processo de intervenção e regulação das relações sociais no bojo das instituições empregadoras.

²⁴ No intuito de colher outras informações que o questionário aplicado não abarcou como, por exemplo, o quantitativo de profissionais no CAPS C em condições de contratação temporária, foi estabelecido contato telefônico para identificar essa questão. Todavia a recepcionista da instituição não cedeu tal informação, alegando que a mesma só poderia ser fornecida pelo RH.

A última seção de perguntas direcionadas as assistentes sociais debruçou-se em questionar os reflexos e repercussões que o trabalho no campo da saúde mental tem na saúde, vida pessoal e social. Destacaram-se os seguintes relatos,

Trabalhar em unidade CAPS, onde há muitos pacientes que apresentam depressão por perda de um ente querido, por traição ou por uso de álcool e outras drogas que por sua vez destroem os vínculos familiares nos faz repensar em nossas escolhas e que tipo de vida queremos ter. (FLOR)

O trabalho com saúde mental é gratificante e estressante também, interferindo e por isso acaba muitas vezes na nossa vida social, pessoal ou familiar. (CRAVO).

A frustração pelo não desenvolvimento de alguns projetos ou pela interrupção deles, influencia espiritual e socialmente a minha vida. Já passei por crise de estresse, tive de tirar férias antes do tempo previsto, já gastei com tratamento antialérgico e do trato urinário por conta disso. (MARGARIDA).

Porquanto o objetivo da presente pesquisa não é finalizar a discussão em torno da condição e atuação de trabalho dos (as) assistentes sociais nos CAPS, mas antes de corroborar para o adensamento do debate que envolve os profissionais inseridos no âmbito da saúde mental com a finalidade de contribuir para o planejamento e/ ou desenho de novas perspectivas coletivas que permitam o enfrentamento dos efeitos da precarização institucional que acomete os assistentes sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões empreendidas no decorrer do presente estudo sobre a atuação e condição de trabalho do (a) assistente social no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS no Recôncavo da Bahia a partir da Política Nacional de Saúde Mental, possibilitou constatar que o profissional de Serviço Social inscrito nos processos de saúde mental como trabalhador assalariado, que vende a sua força de trabalho as instituições que o contratam carece ainda de autonomia para decidir bem como de infraestrutura objetiva para a materialização do exercício profissional, haja vista que a instituição constitui-se como campo de realização e do fazer profissional do Serviço Social.

Sob esse escopo é pertinente considerar que o (a) assistente social defronta-se na contemporaneidade com uma situação de precarização no âmbito institucional e paralelamente na materialização de suas ações no âmbito da saúde mental, o que por sua vez dificulta-lhes posicionar-se criticamente frente a realidade posta nos serviços substitutivos.

Nessa perspectiva, convém situar que o profissional de Serviço Social na sua grande maioria dispõe de precários meios de trabalho concretos como subsídio ao processo de intervenção social, bem como lhes faltam condições objetivas para garantir a execução de suas ações, especialmente em relação a instrumentos que, em tese deveriam ser asseguradas pelas instituições por via política pública. Neste sentido cabe reiterar que o exercício profissional do assistente social compreendido a partir da Política Nacional de Saúde Mental, não pode ser concebido à margem da instituição que demandam a prestação dos seus serviços cada vez mais qualificados.

Dessa forma os (as) assistentes sociais inseridos nos serviços substitutivos evidenciam fortes traços de exploração da força de trabalho, a negação das condições mínimas para a realização da prática profissional com vistas a um atendimento de qualidade manifestas através do processo de precarização do trabalho que envolvem questões como a desregulamentação, flexibilização e terceirização nas relações de trabalho.

Porquanto se pode inferir que a prática profissional do (a) assistente social sofre os rebatimentos provenientes das condições de trabalho conforme explicitados em linhas anteriores, seja na fragilização dos vínculos empregatícios, sejam no modelo de contratação temporária com perdas dos direitos sociais repercutindo diretamente na efetivação do

exercício profissional nas instituições que demandam os seus serviços. Todavia não legitima e nem justifica o seu não fazer na instituição.

Contudo, faz-se necessário considerar que a Reforma Psiquiátrica, uma das variáveis de discussão e problematização do presente trabalho monográfico constitui-se como um grande ganho em relação às pessoas com transtornos mentais bem como dos seus respectivos familiares e/ou responsáveis. Desta forma, o âmbito da saúde mental é um espaço de construção e materialização de direitos e concomitantemente campo de atuação do (a) assistente social. Nesse ínterim pôde-se sublinhar que a Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro teve um papel essencial na redução dos leitos e internações psiquiátricas.

Nesse limiar cumpre assinalar que a Política de Saúde Mental corroborou para a construção, consolidação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, modelo constituído com vistas à substituição definitiva aos hospitais psiquiátricos cujo intuito é oferecer um atendimento diferenciado ao perceber o doente mental como sujeito de direito.

Dessa maneira convém situar que a Política de Saúde Mental bem como o Serviço Social, devem estar em sintonia com as demais áreas que comungam do mesmo objetivo à saber o tratamento humanizado direcionado aos usuários do serviço de saúde mental, na perspectiva de conhecer as particularidades que permeiam a realidade social dos demandatários do serviço sem se distanciar da análise crítica e do olhar histórico dos condicionantes que perpassam a vida de cada usuário, no momento de traçar estratégias de enfrentamento das múltiplas expressões da questão social.

O desfecho deste estudo tem a intenção de fomentar e/ou adensar o debate sobre a área da saúde mental como campo de atuação do (a) assistente social, podendo afirmar que ainda temos um longo e árduo caminho pela frente, mas o que nos conforta é saber que o Serviço Social tem adquirido uma formação crítica, que busca veementemente pautar-se nos inscritos no código de ética profissional na materialização do seu exercício profissional. O desafio posto ao assistente social é complexo e a realidade contemporânea é capitalista sendo notadamente prevalecente a negação de direitos.

Mediante as reflexões esboçadas no decorrer de todo o processo de discussão e problematização pode-se inferir que o (a) assistente social tem uma grande batalha a vencer especialmente no âmbito da saúde mental, que implica em “afastar-se e romper com os vieses ora fatalistas, ora messiânicos presentes no discurso de alguns assistentes sociais, tal como se constata no cotidiano profissional” (PEREIRA, 2009, p.10), além do enfrentamento sistemático às condições objetivas de desumanização presentes em toda sociedade capitalista, a qualquer tempo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Serviço Social, trabalho e políticas públicas/** Ney Luiz Teixeira de Almeida, Mônica Maria Torresde Alencar.- São Paulo: Saraiva, 2011.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil./** coordenado por Paulo Amarante.- Rio de Janeiro: Fiocruz,1995.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social: uma análise institucional da prática/** José Augusto Bisneto.- 3.ed.- São Paulo: Cortez,2011.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10ª Ed. Ver. E atual. – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, (2012). 60 páginas.

_____. Portal da Saúde. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/313/legislacao.html>. Acessado no dia 09 de setembro de 2013.

_____.Portal da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33882. Acessado em 17/09/2013 as 18h00.

CONCEIÇÃO Maria Vaz Robaina. **Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental** Cortez Editora Ltda Serv. Soc. Soc. no.102 São Paulo Apr./June 2010.

COSTA, Jurandir, a 1944- **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico/** Jurandir Freire Costa,- 5. Ed. Rev. Rio de Janeiro: Garamond,2006.

COSTA, Maria Dalva Horacio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais in; **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Disponpivel em www.cress-sc.org.br/servicosocial/profissao.php. Acessado no dia 21/09/2013as 22h45.

DESLANDES, Suely Ferreira, NETO, Otávio Cruz, GOMES, Romeu, MINAYO, Maria Cecília (organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade/** – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DUARTE, Marco José de Oliveira. “**Poruma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições**” in Saúde e Serviço Social. / Maria Inês Souza Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Andréa de Souza Gama, Giselle LaviniasMonnerat (orgs.). – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004 da pagina 150 a 164.

FÓRUM DE SAÚDE MENTAL. Disponível em <http://forumsaudemental.blogspot.com.br/2011/07/para-que-serve-e-quem-pode-ser-atendido.html>. Acessado em 17/09/2013 as 20h00.

GUERRA, Yolanda. “**A dimensão investigativa no exercício profissional**”.SERVIÇO SOCIAL: **Direitos Sociais e Competências Profissionais/** UNB,CFESS ABEPSS.Rio de Janeiro.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional/** Marilda Villela Iamamoto.- 16.-ed.-São Paulo, Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade. In: CFESS. **Atribuição Privativa do Assistente Social em Questão**. Brasília, 2002

IAMAMOTO, Marilda Villela . **As dimensões ético-políticas e teórico- metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Trajetórias e desafios**. In: XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, 2004, San José. La Cuestión Social y la formacción profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. Buenos Aires: Espacio, 2004. v. 1. p. 17-50.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade**. In: CFESS. Atribuições Privativs do Assistente Social em questão. Brasília, 2002.

IAMAMOTO Marilda Vilela. “**Serviço Social em tempo de capital fetiche:capital financeiro, trabalho e questão social**”.2°ed.São Paulo:Cortez,2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home>, acessado em 10 de setembro de 2013 às 22h00.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direitos: as pessoas com transtornos mentais na visão da bioética e do biodireito**/ Luciana Barbosa Musse.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MARTINELLI, Maria Lúcia, KOUMROUYAN, Elza. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social**. Revista Serviço Social & Sociedade. N.º 54. São Paulo: Cortez, 1994. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/os-instrumentais-tecnico-operativos-na-pratica-profissional-do-servico-social/36921/#ixzz2h39rfJrw>

MARX, Karl. Manuscritos econômicos filosóficos. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1844/manuscritos/cap01.htm>>. Acessado no dia 21 de setembro de 2013.

YAZBEK, Maria Carmelita, Maria Lúcia Martinelli, Raquel Raichelis- **Revista Quadrimestral de Serviço Social** São Paulo, Ed, Cortez, 2005.

POLÍTICAS de Saúde e Serviço Social: contradições, ambiguidades e possibilidades/ organizadores, Liduina Farias Almeida da Costa e Herta Maria Castelo Branco Ribeiro.- Paraíba: EDUFPG/ Fortaleza: EDUECE, 2011.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acessado no dia 09 de setembro de 2013.

REIS, PASCOAL, JUNIOR, MARIANO. **O avanço neoliberal no contexto do serviço social: o projeto ético-político enquanto instrumento de defesa**. Disponível em: Trabalho e Serviço Social. Revista Scielo, acessado no dia 08/10/2013.

ROSA, Lucia Cristina Santos. Saúde Mental e Serviço Social: **o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**/ Lucia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.).-4. Ed.- São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, Cláudia Mônica. **Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social.** Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro. 2010.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DO ESTADO DA BAHIA. Disponível em <http://www.seplan.ba.gov.br/numeros-da-bahia>, acessado no dia 15 de setembro de 2013.

SOUZA Charles Toniolo de Souza. **A prática do assistente social: conhecimento instrumentalidade e intervenção profissional/** Ponta Grossa, 2008.

Serviço Social: **temas, textos e contextos/** Valeria Forti, Yolanda Guerra, organizadoras.- 4.ed.- Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

1.Serviço Social. 2. Serviço Social- Filosofia. 3. Assistentes Sociais- Formação.4. Qualificações profissionais. I. Forti, Valeria. II. Guerra, Yolanda. III. Série.

Serviço Social: Temas, Textos e Contextos: Coletânea Nova de Serviço Social /Valeria Forti, Yolanda Guerra- RJ: Ed. Lumen Juris, 2011.

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

APÊNDICE

Entrevistador (a) Thayza dos Santos Castelo da Conceição²⁵
Entrevista Qualitativa²⁶

QUESTIONÁRIO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nº. do questionário:

1.1. Qual a sua idade?

de 20 a 25 anos 26 a 30 anos 31 a 35 anos 36 a 41 anos

42 a 46 anos 47 a 50 anos acima de 50 anos

1.2. Sexo

masculino feminino

1.3. Estado Civil

Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Viúvo(a) União Estável

1.4. Possui filhos?

nenhum 1 2 3 4 mais de quatro.

1.5. Em que município reside?

Cachoeira Castro Alves Conceição do Almeida Cruz das Almas D. Macedo Costa Governador Mangabeira Maragogipe Muniz Ferreira Muritiba Nazaré São Félix São Felipe São Francisco do Conde Sapeaçu Saubara Santo Amaro Santo Antônio de Jesus Varzedo
 Outro: _____

1.6. Em que município trabalha?

Cachoeira Castro Alves Conceição do Almeida Cruz das Almas D. Macedo Costa Governador Mangabeira Maragogipe Muniz Ferreira Muritiba Nazaré São Félix São Felipe São Francisco do Conde Sapeaçu Saubara Santo Amaro Santo Antônio de Jesus Varzedo
 Outro: _____

1.7. Instituição em que se graduou:

1.8. Em quantas instituições você atuou desde a sua graduação?

²⁵ Graduanda do oitavo semestre do curso de Serviço Social pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB, e-mail: thayzacastelo@yahoo.com.br.

²⁶ Roteiro de entrevista submetido a pesquisa de campo do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Um estudo sobre a atuação e condição de trabalho do(a) Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS frente a Política Nacional de Saúde Mental no Recôncavo da Bahia.

1.9. Quanto tempo atua na área de Serviço Social?

até 5 anos de 6 a 10 anos de 11 a 15 anos

de 16 a 20 anos de 21 a 25 anos mais de 25 anos

aposentado(a)

2.0. Sua formação atual é:

Graduado(a) Especialista(a) Mestre (a) Doutor(a)

Pós-Doutor(a)

2.1. Natureza da Instituição:

Público Federal Público Estadual

2.2. Qual vínculo empregatício você mantém?

Estatutário / RJU Contrato Temporário Prestação de Serviço Voluntário

Estatutário com cargo comissionado Cargo Comissionado Aposentado

2.3. Qual o nível de atuação?

Coordenação Gestão Planejamento Execução

2.4. Qual cargo ocupa na Instituição?

II – AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO

2.1. Cite até cinco principais problemas relacionados às condições de trabalho que acomete a equipe inter e multidisciplinar na efetividade dos atendimentos e encaminhamentos.

2.2 De acordo como o CFESS, O (a) Assistente Social deve dispor de condições adequadas e dignas, asseguradas pelas instituições contratantes, que lhes permitam proceder à escuta, a reunião, os contatos e os encaminhamentos necessários à atuação técnica-operativa, em cumprimento aos artigos 4o. e 5o. da Lei 8662/93, das competências e atribuições profissionais. Dessa forma a instituição ao qual está inserida enquadra-se nos requisitos exigidos?

Sim Não

Justifique sua resposta

2.3 As condições de trabalho permitem a atuação profissional tendo por base o Código de Ética de 1993?

Sim Não Em parte

Justifique sua resposta:

2.4 Você já ficou desempregado (a)?

Sim Não

Se sim, por quanto tempo? _____.

2.5 Esse período de desemprego foi ininterrupto?

Sim Não

2.6 Qual sua carga horária semanal?

menos de 20 h 20 h 30 h 40 h mais de 40 h.

III – PRÁTICA PROFISSIONAL

3.1. Desenvolve atividades que não competem ao Serviço Social? Sim Não

Se sim, quais?

3.2 Algum profissional de outra área exerce atividades que são privativas ao Assistente Social? () Sim () Não

Se sim, quais?

3.3 Diante da conjuntura atual a instituição garante um bom atendimento aos usuários do serviço? () Sim () Não () Em parte

Justifique sua resposta

3.4 Quanto aos recursos destinados com subsídio para atuação do profissional de Serviço Social e dos demais profissionais consegue atender a demanda? () Sim () Não () Em parte

Justifique sua resposta

3.5 A equipe é suficiente para suprir as necessidades dos demandatários do serviço? () Sim () Não () Em parte

3.6 Enumere quais os instrumentais de intervenção utilizados no cotidiano profissional.

3.7 Quais são os principais desafios e limites para efetivação do trabalho

3.8 Como você desenvolve suas atividades?

() Sozinho(a) () Em equipe de Serviço Social () Em equipe multidisciplinar () Em equipe interdisciplinar.

3.9 Você desenvolveu ou desenvolve outra atividade remunerada nesse período? (fora do Serviço Social).

() Sim () Não

Se sim, qual (is)?

4.0. Possui outros vínculos empregatícios na área de Serviço Social? () Sim () Não

Qual:

4.1. Seu trabalho repercute sobre sua saúde, vida social, pessoal ou familiar? () Sim () Não
De que maneira?