

unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - MESTRADO

LUCIANI APARECIDA BERTI

**AS DIMENSÕES DA PRÁTICA COTIDIANA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSCOSSOCIAL – CAPS I DA 8ª REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DO PARANÁ SOB A ÓTICA DOS PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO
DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

TOLEDO – PR

2021

LUCIANI APARECIDA BERTI

**AS DIMENSÕES DA PRÁTICA COTIDIANA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS I DA 8ª REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DO PARANÁ SOB A ÓTICA DOS PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO
DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado. Área de concentração em Serviço Social, Políticas Sociais e Direitos Humanos.

Orientadora Prof. Dr. Diuslene Rodrigues da Silva

TOLEDO-PR

2021

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Berti, Luciani Aparecida

As dimensões da prática cotidiana dos Assistentes Sociais nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná sob a ótica dos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde. / Luciani Aparecida Berti; orientadora Diuslene Rodrigues da Silva. -- Toledo, 2021.

147 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Toledo) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2021.

1. Serviço Social. 2. CAPS I. 3. Parâmetros de Atuação. 4. Saúde Mental. I. Silva, Diuslene Rodrigues da, orient. II. Título.

LUCIANI APARECIDA BERTI

**AS DIMENSÕES DA PRÁTICA COTIDIANA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS I DA 8ª REGIONAL DE SAÚDE
DO ESTADO DO PARANÁ SOB A ÓTICA DOS PARÂMETROS PARA A
ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Diuslene Rodrigues da Silva
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Dra. Maria Isabel Formoso
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Dra. Michelly Wiessen
Universidade Federal de Santa Catarina

TOLEDO – PR

2021

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esse trabalho não tem como retroceder o pensamento aos momentos vividos até chegar até aqui. Uma etapa repleta de desafios, mas que chegou ao fim, porém sem o apoio de algumas pessoas que me fazem bem, talvez o caminho se perderia. Um caminho que nunca foi fácil.

À minha querida mãe Ilse, a qual sempre dizia que os filhos precisavam estudar para não passar o que ela teve que passar, pela vulnerabilidade, pela falta de oportunidades e pela falta de conhecimento. Agora, ao perceber a emoção em seus olhos, pelo sentimento de dever cumprido ao ver os três filhos formados, logo penso “Mãe, nós chegamos lá! A vitória é sua, e sempre será sua em cada conquista nossa!”.

Ao meu esposo, o qual fez todo esforço do mundo para tentar entender minhas limitações, o meu estresse e minhas angústias, você pode não entender o significado de um mestrado, pois seu ramo é outro, mas você também tem parte nessa luta. Obrigada pelas inúmeras vezes que me incentivava quando dizia que iria desistir, “Não desiste agora, eu sei que você quer isso!”

Ao meu filho, meu único filho, meu amado filho Otávio! Pelas ausências, pelo cansaço, pelas minhas escolhas. Mais uma vez quis abraçar o mundo, e quase me perdi. Perdi o amor mais precioso, perdi um pouco de você. Mamãe te ama eternamente!

À minha orientadora Diuslene, profissional admirável, comprometida, detentora de um grande saber, principalmente no que diz respeito à política de saúde, muitas vezes a deixei decepcionada, mesmo assim dizia: “Eu não desisto de pessoas!”. Isso em um momento que tinha certeza de que era incapaz. Agradeço pela oportunidade em permitir que eu lutasse até o fim, independente de resultados. Gratidão.

À minha sobrinha Gloria Maria, minha irmã Tania, meu irmão Fernando, minha comadre Cleni, minhas cunhadas, colegas do CAPS, colegas de turma (Natália, Pamella, Michely, Pedro, entre outros), minha companheira de viagem Kelin, minha colega vereadora Claudia, enfim, nominar todos é quase impossível.

Agradeço a Deus pela serenidade e coragem, por não ter permitido que eu desistisse, diante de tantos compromissos, trabalho com 40 horas semanais, vereadora, mãe, esposa e dona de casa. Em meio a perdas, a lágrimas, hospitalizações... Tive que me reerguer várias vezes, pois sempre estive remando contra a maré. Meus colegas de trabalho e minha família se esforçaram para entender tudo isso e me apoiar. Obrigada!

BERTI, Luciani Aparecida **AS DIMENSÕES DA PRÁTICA COTIDIANA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPSI DA 8º REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ SOB A ÓTICA DOS PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE.** 2021. 146 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2021.

RESUMO

Os CAPS se configuram a partir dos anos 1990 como um novo espaço sócio ocupacional na área da saúde mental para o assistente social, sendo considerado um dos principais dispositivos da política de saúde mental. Diante dos avanços na esfera da saúde e da saúde mental, o Assistente Social é também reconhecido como um profissional de saúde, capaz de dar respostas as expressões da questão social neste campo, porém sua atuação é permeada de dificuldades e também possibilidades. Diante da reflexão apresentada, o presente estudo tem por objetivo compreender e analisar a prática cotidiana dos assistentes sociais inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS I da 8º Regional de Saúde do Paraná sob a ótica do documento intitulado: Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social-CFESS. Para tanto, de forma limitada, o problema da pesquisa expressa-se na seguinte pergunta: Como se materializa os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS I? Para responder a esta questão foi aplicado um questionário semiestruturado, composto de dezenove questões, conduzido a partir de um roteiro com perguntas objetivas e subjetivas, sendo o instrumental disponibilizado na plataforma Google Forms, considerando o cenário pandêmico da Covid-19 e tendo por objetivo compreender e analisar a prática cotidiana dos assistentes sociais inseridos nesses espaços sob a ótica do documento intitulado “Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na Saúde”. Como procedimento metodológico optou-se pela abordagem qualitativa sob o olhar da teoria marxista. O universo pesquisado abrange os assistentes sociais inseridos nos CAPS I da 8º Regional de Saúde do Estado Paraná Conclui-se que a maioria dos profissionais afirmam que os limites institucionais se caracteriza como uma dos principais dificuldades. Não foi possível afirmar que os profissionais se utilizam do documento dos Parâmetros no cotidiano, mas possuem outros referenciais teóricos importantes, como o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão, além das normativas como Lei Organiza da Saúde e a Lei nº 10.216 redireciona a assistência em saúde mental. Dessa forma, pensar o trabalho do assistente social nestes espaços nos propõe pensar as questões conjunturais políticas e sociais que compõem a sociedade brasileira na atualidade e que perpassam o fazer profissional. Portanto, apesar dos limites inerentes à pesquisa, o estudo permitiu a aproximação com a prática cotidiana desses profissionais, evidenciando as principais dificuldades vivenciadas, buscando contribuir no reconhecimento do Serviço Social enquanto profissão da Saúde e suas possibilidades de atuação.

Palavras chave: Serviço Social, CAPS, Parâmetros de Atuação.

BERTI, Luciani Aparecida **THE DIMENSIONS OF THE DAILY PRACTICE OF SOCIAL ASSISTANTS IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS - CAPSI OF THE 8th REGIONAL HEALTH OF THE STATE OF PARANÁ FROM THE PERSPECTIVE OF THE PARAMETERS FOR THE PRACTICE OF SOCIAL ASSISTANTS IN HEALTH.** 2021. 146 p. Dissertation (Masters in Social Work), State University of Western Paraná, 2021.

ABSTRACT

The CAPS are configured from the 1990s as a new socio-occupational space in the area of mental health for the social worker, being considered one of the main devices of the mental health policy. Faced with advances in the sphere of health and mental health, the Social Worker is also recognized as a health professional, capable of giving answers to the expressions of the social question in this field, but his performance is permeated by difficulties and also possibilities. In view of the reflection presented, the present study aims to understand and analyze the daily practice of social workers inserted in the Psychosocial Care Centers-CAPS I of the 8th Regional Health of Paraná from the perspective of the document entitled: Parameters for the performance of social workers in health, prepared by the Federal Council of Social Service-CFESS. Therefore, in a limited way, the research problem is expressed in the following question: How are the Parameters for the Action of Social Workers in the health policy in the Psychosocial Care Centers-CAPS I materialized? To answer this question, a semi-structured questionnaire was applied, consisting of nineteen questions, conducted from a script with objective and subjective questions, with the instrument being made available on the Google Forms platform, considering the Covid-19 pandemic scenario and aiming to understand and to analyze the daily practice of social workers inserted in these spaces from the perspective of the document entitled "Parameters for the performance of Social Workers in Health". As a methodological procedure, a qualitative approach was chosen from the perspective of Marxist theory. The universe researched includes social workers inserted in CAPS I of the 8th Regional Health of Paraná State. It is concluded that most professionals say that institutional limits are characterized as one of the main difficulties. It was not possible to state that professionals use the Parameters document in their daily lives, but they have other important theoretical references, such as the Code of Ethics and the Law of Regulation of the Profession, in addition to regulations such as the Organize Health Law and Law nº 10,216 redirects mental health care. In this way, thinking about the work of the social worker in these spaces proposes us to think about the political and social conjunctural issues that make up Brazilian society today and that permeate professional practice. Therefore, despite the limitations inherent to the research, the study allowed an approximation with the daily practice of these professionals, highlighting the main difficulties experienced, seeking to contribute to the recognition of Social Work as a Health profession and its possibilities of action.

Keywords: Social Work, CAPS, Performance Parameters.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ARSS	Associação Regional de Saúde do Sudoeste
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ADIII	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
I CNSM	I Conferência Nacional de Saúde Mental
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa Regionais de Saúde do Estado do Paraná.....	61
Figura 2: Municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde.....	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Áreas de atuação como Assistente Social	70
Gráfico 2: Carga horária na instituição	72
Gráfico 3: Autonomia no exercício profissional	74
Gráfico 4: Composição da Equipe	76
Gráfico 5: Atividades desenvolvidas no CAPS.....	77
Gráfico 6: Dificuldade na prática cotidiana do Serviço Social	84
Gráfico 7: Referências teóricas mais utilizadas pelo Serviço Social	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atividades desenvolvidas no CAPS	56
Quadro 2 - Municípios da 8ª Regional de Saúde com sede de CAPS	64

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 SERVIÇO SOCIAL, ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS	16
1.1 Serviço Social como Profissão.....	17
1.2 Estado e as Políticas Sociais	27
1.3 A Política de Saúde no Brasil.....	33
2 A POLITICA DE SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL	39
2.1 Política de Saúde Mental pós Constituição de 1988	43
2.2 Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.....	50
2.3 Demandas profissionais para o Serviço Social nos CAPS.....	54
3 A SINGULARIDADE DO UNIVERSO PESQUISADO	61
3.1 Os CAPS integrantes da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.....	63
3.2 Percurso Metodológico da Pesquisa.....	64
3.3 Apresentação e Análise dos Dados da Pesquisa	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	100
APÊNDICE 1 Questionário de Entrevista Semi-Estruturado.....	101
APÊNDICE 2 Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE	104
APÊNDICE 3 Questionário Semiestruturado Aplicado no Sujeito do CAPS A Respondido.....	105
APÊNDICE 4 Questionário Semiestruturado Aplicado no Sujeito do CAPS B Respondido.....	113
APÊNDICE 5 Questionário Semiestruturado Aplicado no Sujeito do CAPS C Respondido.....	121
APÊNDICE 6 Questionário Semiestruturado Aplicado no Sujeito do CAPS D Respondido.....	127
APÊNDICE 7 Questionário Semiestruturado Aplicado no Sujeito do CAPS E Respondido.....	135
ANEXOS	143
ANEXO 1 Relatório Final Comitê de Ética - CEP	144

INTRODUÇÃO

O presente estudo sobre a prática cotidiana dos assistentes sociais inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPSI sob a ótica do documento intitulado Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, é fruto do Programa do pós-graduação em Serviço Social, tendo como linha de pesquisa Fundamentos do Serviço Social e o Trabalho Profissional.

Como profissional atuei alguns anos junto à Política de Assistência Social e há pouco mais de dois anos passei a atuar no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS I do município de Marmeleiro-PR. Desde então, as angústias e ansiedades em relação à intervenção profissional neste espaço só aumentaram. O desejo em saber se as dúvidas eram somente minhas, impulsionaram a busca por respostas, sendo propulsoras para realização deste trabalho.

Os CAPS são um espaço de atendimento especializado às pessoas em sofrimento mental, o tratamento acontece no contexto social do paciente, evitando o isolamento social e familiar, promovendo ações de socialização e criando espaços para atividades em que o paciente tenha a possibilidade de reelaborar questões pessoais e desmistificar a doença mental.

Nesse contexto institucional, o Serviço Social busca auxiliar a família e o paciente na promoção de sua autonomia e emancipação, sendo assim compreender o significado da profissão na prática cotidiana do assistente social nos permite aproximar ao objeto de intervenção nos mais distintos espaços ocupacionais. O fazer profissional precisa ser reconhecido pelas equipes de trabalho e pelos usuários/pacientes que buscam respostas junto ao Serviço Social.

Os CAPS representam especificidades para a atuação dos Assistentes Sociais, sendo um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico em saúde mental, de cunho psicossocial, propõe um olhar integral ao paciente, e para tanto dispõem de equipe multiprofissional, envolvendo o Serviço Social.

A atuação do assistente social nesses espaços deve ser pautadas nas atribuições e competências profissionais, não deixando obscurecer o sentido da profissão, para tanto se faz necessário a compreensão do que denominamos Projeto Ético-Político profissional e então a articulação aos princípios da profissão, presentes no Código de Ética de 1993.

Além dos documentos citados, a atuação do assistente social na saúde pode ser subsidiada com documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na

Saúde”, sendo este, fruto do Grupo de Trabalho “Serviço Social e Saúde” instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), elaborado no ano de 2009.

O documento Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na saúde, buscando respaldar as respostas profissionais em diferentes serviços de saúde, tais como: hospitais, unidades básicas de saúde, centros de especialidades e os CAPS.

A base para a elaboração do documento abordava as atribuições e competências identificadas em publicações e documentos do CFESS, dos secretários municipais de saúde e tendo como respaldo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n°218 de 1997 que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de Saúde.

O referido documento está estruturado em quatro itens, o primeiro trata sobre Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais. O segundo aborda o Serviço Social e Saúde. O terceiro explana a Atuação do Assistente social na Saúde e por fim há Algumas Reflexões.

A proposta deste trabalho foi pensada em conjunto com a orientadora, professora Dra. Diuslene Rodrigues da Silva, a qual já teve experiência profissional em CAPS, entendendo a necessidade de discutir o Serviço Social, enquanto profissão inserida na diversão social e técnica do trabalho nos CAPS. Sendo assim, a problematização centra-se na seguinte pergunta: Como se materializa os Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde?

Para os procedimentos metodológicos, tem-se como ponto de partida a pesquisa bibliográfica para conhecimento do objeto de estudo. Posteriormente houve a pesquisa de campo para levantamento de dados, cuja finalidade está em possibilitar uma aproximação com as múltiplas determinações do objeto. O questionário semiestruturado - Apêndice 1 - baseou-se em dezenove questões, sendo algumas questões objetivas e outras subjetivas, permitindo aos entrevistados justificarem suas respostas, permitindo assim a análise qualitativa.

São sujeitos da pesquisa os profissionais inseridos nos CAPS I da 8ª regional de Saúde do Estado do Paraná, cujo a sede do serviço localiza-se nos seguintes municípios: Francisco Beltrão, Capanema, Dois vizinhos, Santo Antônio do Sudoeste e Realeza.

Isto posto, cabe passar a estruturação dos capítulos. O trabalho é composto por três capítulos. O primeiro capítulo faz uma contextualização sobre o Serviço Social enquanto profissão, evidenciando seu vínculo às políticas sociais, sendo estas entendidas, segundo Behring e Boschetti, como respostas do Estado frente às expressões da questão social, ressaltando processo histórico a política de saúde no Brasil.

O segundo capítulo propõe evidenciar o Serviço Social inserido na política de saúde mental, considerando sua evolução até obter o reconhecimento de profissional da saúde, contextualizando a política de saúde mental pós constituição de 1988, momento de ascensão das políticas de proteção e ainda avanços mais evidentes na saúde mental pós reforma psiquiátrica, com a promulgação da Lei 10.216/2001. E ainda a criação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, os CAPS, os quais têm suas equipes o assistente social, sendo a prática profissional nestes espaços, o tema central deste trabalho.

E por último, o terceiro capítulo, que traz a partir do ponto de vista dos sujeitos da pesquisa, como a prática cotidiana dos assistentes sociais se manifesta, e como se traduz nessa prática os referenciais teóricos da profissão, partindo da ótica do documento intitulado Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.

A atuação profissional na saúde, utiliza suas competências e atribuições na compreensão dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégia para responder as mais diversas demandas existentes na saúde.

De acordo com o Silva (2009), o cenário de risco para a materialização do Projeto-Ético-Político da categoria e do Sistema Único de Saúde, pelas ações profissionais passa a exigir um perfil profissional crítico que articule as dimensões ético-políticas pautadas no compromisso com os valores e as lutas democráticas da sociedade, a competência teórico-metodológica para uma leitura crítica da realidade e um instrumental técnico-operativo para potencializar as ações na defesa e acesso aos direitos sociais.

É importante compreender que quando se fala em Projeto-Ético-Político a referência remete ao projeto de influência da tradição Marxista. Trata-se de um projeto que propicia uma leitura crítica dos princípios do Código de Ética tornando-os como totalidade a partir do referencial Marxista.

É importante ressaltar que este trabalho é apenas a expressão limitada deste universo da pesquisa, porém propõe a aproximação com o objeto pesquisado, não se esgotando em sua análise, mas contribuindo para a reflexão da categoria sobre a prática cotidiana dos profissionais nos CAPS.

1. SERVIÇO SOCIAL, ESTADO E AS POLÍTICAS SOCIAIS

O objetivo deste capítulo é primeiramente contextualizar a origem e a institucionalização do Serviço Social no Brasil, desde a criação de escolas e o processo de regularização da profissão nas décadas de 1930 e 1940. Posteriormente situar o Serviço Social no contexto de intervenção do Estado e a implementação das políticas sociais.

Segundo Iamamoto e Carvalho (1988), é na década de 1920 que emerge as bases materiais e organizações e, principalmente, humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras Escolas de Serviço Social.

Para Martinelli (1997), o Serviço Social é uma profissão que projetou a hegemonia burguesa, tendo sido gestada sob o manto de uma grande contradição que impregnou suas entranhas, pois tendo sido produzida pelo capitalismo industrial, e permanecendo por um bom tempo imersa neste, passou a identificar-se com ele, até que foi sancionada pelo Estado e protegida pela Igreja, como uma mistificada ilusão de nascer articulada com um servir.

Conforme Iamamoto e Carvalho (2009), é com a ascensão do capitalismo industrial e a constituição do proletariado, e, por conseguinte, com a concretização da luta de classes, que se passa a dar visibilidade a demandas até então não legitimadas. Os trabalhadores passam a ter consciência que há uma necessidade do Estado intervir não só nas relações trabalhistas, mas em uma série de necessidades sociais e humanas.

Para Yasbek (2009), a institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade capitalista se explica no contexto contraditório de um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos, que caracterizam as relações entre as classes sociais na consolidação do capitalismo monopolista.

Segundo Martinelli (1997), a origem do Serviço Social como profissão tem, pois, a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismo –, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido.

Ainda conforme Yasbeck (2009), o processo de institucionalização do Serviço Social como profissão reconhecida na divisão social do trabalho está vinculado à criação das grandes instituições assistenciais, especialmente na década de 1940, quando o Estado Novo¹ vai buscar na classe operária sua legitimidade e, por isso, incorpora parte das reivindicações destes.

¹ Estado Novo, ou Terceira República Brasileira, foi o regime político brasileiro instaurado por Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937, que vigorou até 31 de janeiro de 1946. Foi caracterizado pela centralização do poder, nacionalismo, anticomunismo e por seu autoritarismo.

A partir da década de 1930, é possível observar o papel do Estado vinculado às políticas sociais, esse período de introdução da política social brasileira, segundo Behring (2007), teve seu desfecho com a Constituição de 1937, a qual ratificava a necessidade de reconhecimento das categorias de trabalhadores pelo Estado, e finalmente a Consolidação das Leis Trabalhistas, CLT, promulgada em 1943, a qual sela o modelo corporativista e fragmentado do reconhecimento dos direitos no Brasil, que caracterizou como cidadania regulada².

Ainda segundo Behring (2007), o Brasil acompanha as tendências internacionais de incremento de intervenção do Estado diante das expressões da questão social, mas com características muito populares. A Constituição de 1946 foi uma das mais democráticas do país, chegando até a retirar o Partido Comunista da ilegalidade. O período de 1946-1964 foi marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classe, portanto sem dúvida um momento de reflexão no longo processo de constituição de relações sociais tipicamente capitalistas no Brasil.

A organização da classe trabalhadora frente às demandas, exigiu do Estado e da sociedade respostas, momento de emergência do Serviço Social, portanto a maneira como o Estado fez o enfrentamento das configurações estruturais e conjunturais no país, permitiu a institucionalização do Serviço Social como profissão, como veremos no próximo capítulo.

1.1 Serviço Social como profissão

Compreender a trajetória histórica do Serviço Social como profissão exige reflexão no âmbito da construção da identidade profissional do Assistente Social, desde sua origem até sua contemporaneidade, destacando os desafios relacionados a natureza teórica e prática da profissão.

O Serviço Social participa do processo de reprodução das relações sociais, entendendo aqui como uma totalidade concreta em movimento, e em processo de estruturação permanente. Assim, conforme Iamamoto (2000), a reprodução das relações sociais atinge a totalidade da vida cotidiana, se expressando nas ações cotidianas, isto é, na convivência com a família, com os amigos, na escola, e também nas relações de poder e no trabalho, afetando assim a profissão. Neste sentido, a reflexão da identidade da profissão de Serviço Social ocorre no processo histórico da sociedade capitalista.

² Cidadania regulada foi o nome proposto pelo sociólogo brasileiro Wanderley Guilherme dos Santos para designar uma "cidadania restrita e sempre vigiada pelo Estado".

O serviço social, para Iamamoto e Carvalho (2008), desenvolve-se como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, ou seja, a constituição e expansão do proletariado e burguesia industrial e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas.

Segundo Iamamoto (2008), entre as décadas de 1920 a 1930, a partir das pressões do proletariado são criadas, por atores sociais distintos, políticas diversas, que delimitarão espaço sobre o qual surgirá e irá atuar o Serviço Social.

Explana Iamamoto e Carvalho (2008), as instituições assistenciais surgem nesse momento³ com perfil diferenciado em face as anteriores, com perspectiva de aporte de recursos e potencial de eficiência técnica. A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula de hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é extremamente limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social.

Ainda Iamamoto e Carvalho (1988), em 1932 surge o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo, considerado a manifestação original do Serviço Social no Brasil, com a finalidade de imprimir maior rendimento e eficácia às iniciativas e obras promovidas pela filantropia das classes dominantes.

Conforme Iamamoto e Carvalho (1998), em fevereiro de 1936, a partir de esforços desenvolvidos pelo grupo do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), em consequência da expansão das práticas de assistência social, de natureza assistencialista e com forte caráter religioso, é fundada a Escola de Serviço Social de São Paulo, sobe iniciativa de Maria Kiehl e Albertina Ramos⁴.

De acordo com Yasbeck (2009), os referenciais orientadores do pensamento e da ação do emergente Serviço Social tem sua fonte na Doutrina Social da Igreja, no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino⁵ (séc. XII): o tomismo e o neotomismo (retomada em fins do século XIX do pensamento tomista por Jacques Maritain

³ Entre as décadas de 1920 a 1930, a partir das pressões do proletariado são criadas, por atores sociais distintos, políticas diversas, que delimitarão espaço sobre o qual surgirá e irá atuar o Serviço Social.

⁴ Ambas formadas pela Escola de Serviço Social de Bruxelas, dirigido pela pioneira na área Adèle de Leneux.

⁵ Tomás abraçou as ideias de Aristóteles - a quem ele se referia como "o Filósofo" - e tentou sintetizar a filosofia aristotélica com os princípios do cristianismo. Segundo a filosofia de Tomás de Aquino, o homem não vive por acaso, a vida humana tem um propósito que é a felicidade, porém o homem precisa conhecer os meios adequados para a sua posse. A filosofia escolástica, que baseava-se no método cristão e filosófico pregado na união entre a razão e a fé.

na França e pelo Cardeal Mercier na Bélgica tendo em vista "aplicá-lo" às necessidades de nosso tempo.

Segundo Yasbeck (2009), no que se refere à Doutrina Social da Igreja merecem destaque nesse contexto as encíclicas "Rerum Novarum" do Papa Leão XIII de 1891, que vai iniciar o magistério social da Igreja no contexto de busca de restauração de seu papel social sociedade moderna e a "Quadragesimo Anno" de Pio XI de 1931 que, comemorando 40 anos da "Rerum Novarum" vai tratar da questão social, apelando para a renovação moral da sociedade e a adesão à Ação Social da Igreja.

De acordo com Yamamoto (1992), o consé por demais conhecida a relação entre a profissão e o ideário católico na gênese do Serviço Social brasileiro, no contexto de expansão e secularização do mundo capitalista. Relação que vai imprimir à profissão caráter de apostolado fundado em uma abordagem da "questão social" como problema moral e religioso e numa intervenção que prioriza a formação da família e do indivíduo para solução dos problemas e atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais.

Para Yasbek (2009), o conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa, especialmente a partir dos anos 1940, a ser tecnificado ao entrar em contato com o Serviço Social norteamericano e suas propostas de trabalho permeados pelo caráter conservador da teoria social positivista, o que a autora denomina de "arranjo teórico doutrinário".

Ainda para Yamamoto (2000), o processo de institucionalização do Serviço Social, como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, está vinculado à criação das grandes instituições assistenciais, estatais, paraestatais ou autárquicas, especialmente na década de 1940.

As exigências da reprodução social da vida de crescentes parcelas de trabalhadores empobrecidos, explicitam-se em demandas por bens e serviços, e pressionam, neste momento, o Estado por uma ação assistencial. Assim, pela criação e desenvolvimento de instituições assistenciais estatais particularmente na década de 1940, o Estado passa a intervir no processo de reprodução das relações sociais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações, tanto na viabilização do processo de acumulação capitalista, como no atendimento das necessidades sociais das classes subalternas.

Yamamoto (2000) diz, o Estado brasileiro, passa a intervir não só na regulamentação do mercado de trabalho, através da política salarial e sindical, mas também no estabelecimento e controle de uma política assistencial, intimamente vinculada às

organizações representativas das “classes produtoras”. Surgem nesse processo: o Conselho Nacional de Serviço Social, a LBA, o Senai e o Sesc. C

Com o surgimento das grandes instituições, como já citadas, o mercado de trabalho se amplia para o Serviço Social e esse rompe com o estreito quadro de sua origem para se tornar uma atividade institucionalizada e legitimada pelo Estado e pelo conjunto de classes dominantes.

O Estado nesse momento se torna um grande estimulador da qualificação técnica, ampliando o campo de trabalho⁶ para o Assistente Social, legitimando a profissão.

Iamamoto (2000) explica, o Serviço Social se institucionaliza e legitima como profissão, extrapolando suas marcas de origem no interior da Igreja, quando o Estado centraliza a política assistencial, efetivada através da prestação de serviços sociais implementados pelas grandes instituições; com isso, as fontes de legitimação do fazer profissional passam a emanar do próprio Estado e do conjunto dominante.

Segundo Netto (2010), é somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições histórico-sociais, para que, a divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social.

Conforme Iamamoto e Carvalho (1982), o Serviço Social só irá se envolver com as políticas desenvolvimentistas a no fim da década de 1950, sendo que a modalidade profissional na qual foram mais fecundas essas proposições foi o Desenvolvimento de Comunidade.⁷

A profissão assume as inquietações e insatisfações deste momento histórico e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional através de um amplo movimento, de um processo de revisão global, em diferentes níveis: teórico, metodológico, operativo e político.

Portanto, somente a partir da década de 1960 com o Movimento de Reconceituação, é que o Serviço Social vai rever sua intervenção e seu objeto, entendido hoje como questão social. Segundo Bravo (2004), a profissão e seu desenvolvimento até os anos 1960, não teve

⁶ Segundo Netto (2004), a categoria trabalho continua sendo a protogênese e categoria principal da condição humana, é a única que transforma a natureza ao mesmo tempo em que transforma o ser social em si. Contudo, no sistema capitalista o trabalho é absorvido pela exploração. E é nesse meandro que o capitalismo se cria e se recria. O trabalho é o elemento fundante do ser social.

⁷ A obtenção dos resultados dos programas de desenvolvimento de comunidade exigia um elo entre as comunidades e o governo, baseado num trabalho técnico, realizado por profissionais de Serviço Social e outras áreas, para estimular a participação comunitária (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005).

polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador, que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional.

Para Netto (1996), o questionamento sobre o conservadorismo na profissão começa a aparecer nos anos 1960, mas é silenciado pelo golpe militar de 1964. No período de 1965 a 1975, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), principal responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, difundiu a ‘perspectiva modernizadora’, adequando a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes pós-1964.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (1988), a busca dos assistentes sociais pelo rompimento com o trabalho de cunho assistencialista visando uma reestruturação da profissão sob parâmetros de uma fundamentação teórica e uma prática política é desarticulado pela ditadura militar ocorrida em 1964, momento em que a profissão não consegue avanços significativos, mas manteve o posicionamento e engajamento destes profissionais que lutaram pela reconceituação da profissão, marcada por eventos tais como o Congresso de Araxá em 1967, o Congresso de Teresópolis em 1972 e o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais e 1979 – conhecido como Congresso da Virada⁸.

Segundo Iamamoto e Carvalho (1988), o Documento de Araxá foi composto durante o I Seminário de Teorização do Serviço Social, em Minas Gerais (Araxá) de 19 a 26 de março de 1967 e posteriormente publicados pelo CBISS. Convém destacar que esse era um período bastante crítico no que se refere ao modo como as relações entre sociedade e Estado se davam, pois esse período deu início a Ditadura Militar no Brasil.

O documento surgiu em virtude da realização do Seminário de Teresópolis, que aconteceu entre 10 a 17 de janeiro de 1970 no Rio de Janeiro, dando continuidade ao Seminário do Araxá, realizado no ano de 1967 em Minas Gerais, para estudar a Metodologia do Serviço Social, com a perspectiva modernizadora da profissão. Os organizadores elaboraram um roteiro cuidadoso, mas foi refeito pelos profissionais, que optaram por uma dinâmica diferenciada acabando por inviabilizar a redação de um texto final.

Como resposta crítica ao conservadorismo profissional, entre a década de 1970 a 1980, discute-se a construção do projeto ético-político do Serviço Social, que aponta novos horizontes para a identidade profissional dos assistentes sociais. Dessa forma, Netto (1999) aduz, os projetos profissionais retratam a imagem idealizada pela profissão, apresentando seus

⁸ O congresso da virada, cujo nome se dá por ter se colocado como um marco de viragem para o serviço social, foi o que deu suporte para que o Projeto Ético Político Profissional pudesse se desenvolver e direcionar sua luta.

valores, seus objetivos, suas atribuições; estabelecendo normas de conduta que norteiem suas relações com os usuários de seus serviços, profissionais de outras áreas, instituições e organizações; caracterizando uma categoria profissional organizada.

No final da década de 1970 e início da década de 1980, a profissão aos poucos vai se modificando com o desenvolvimento do debate e da produção intelectual do Serviço Social brasileiro, fator que acaba resultando na emergência de distintas vertentes de análise.

Segundo Netto (1994), a vertente modernizadora é caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas, e mais tarde sistêmicas (matriz positivista), voltadas a uma modernização conservadora pela mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração da sociedade. Os recursos para alcançar estes objetivos são buscados na modernização tecnológica e em processos e relacionamentos interpessoais.

Já a vertente inspirada na fenomenologia⁹ segundo Netto (2004), que emerge como metodologia dialógica, dirige-se ao vivido humano, aos sujeitos em suas vivências, vai priorizar as concepções de pessoa, diálogo e transformação social (dos sujeitos), como uma forma de reatualização do conservadorismo presente no pensamento inicial da profissão.

Segundo Yasbek (2009), a vertente marxista¹⁰ que remete a profissão à consciência de sua inserção na sociedade de classes e que no Brasil vai configurar-se, em um primeiro momento, como uma aproximação ao marxismo sem o recurso ao pensamento de Marx.

É sobretudo com Iamamoto (1982) no início dos anos de 1980 que a teoria social de Marx inicia sua efetiva interlocução com a profissão. Trata-se, portanto, de um conhecimento que não é manipulador e que apreende dialeticamente a realidade em seu movimento contraditório.

Em conformidade com Iamamoto (1988), é no âmbito da adoção do marxismo como referência analítica, que se torna hegemônica no Serviço Social no país, a abordagem da

⁹ Segundo Netto (2004), a fenomenologia não questiona os conflitos de classes, nem as mudanças estruturais. Ela não introduz transformação na realidade, já que possui um viés conservador. Não aborda a historicidade dos fenômenos, tendo o mérito de ter questionado os conhecimentos do positivismo. A fenomenologia no Serviço Social é o aspecto filosófico da profissão. O referido autor estudado defende que a presente perspectiva afirma-se apoiada em princípios cristãos, dando maior ênfase à subjetividade para que o homem em sua totalidade pudesse compreender as suas inter-relações na busca por transformação social. Funda-se também na relação dialogal (assistente social e cliente), visando à ajuda psicossocial e não mais ajustadora, dentro de uma atuação micros social das relações do indivíduo.

¹⁰ Para Netto (2004) baseada na intenção de ruptura, na vertente marxista o Serviço Social se apropria das teorias marxistas, pois acreditavam em uma mudança social. Mas a leitura feita pelos assistentes sociais da época sobre o marxismo foi muito superficial o que causou uma concepção do assistente social como agente transformador da sociedade numa ideia de revolução.

profissão como componente da organização da sociedade inserida na dinâmica das relações sociais participando do processo de reprodução dessas relações.

Yasbek (2009) expõe, este referencial, a partir dos anos de 1980 vai imprimir direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no país. Permeando ações voltadas à formação de assistentes sociais na sociedade brasileira (o currículo de 1982 e as atuais diretrizes curriculares); os eventos acadêmicos e aqueles resultantes da experiência associativa dos profissionais, como suas Convenções, Congressos, Encontros e Seminários, está presente na regulamentação legal do exercício profissional e em seu Código de Ética.

Declara Yasbek (2009), na tradição marxista o Serviço Social vai apropriar-se a partir dos anos de 1980 do pensamento de Antonio Gramsci¹¹ particularmente de suas abordagens acerca do Estado, da sociedade civil, do mundo dos valores, da ideologia, da hegemonia, da subjetividade e da cultura das classes subalternas.

A mesma autora, Yasbek, (2009), destaca ainda, que a maturidade profissional que avança no início do novo milênio, se expressa pela democratização da convivência de diferentes posicionamentos teórico metodológicos e ideopolíticos desde o final da década de 1980. Maturação que ganhou visibilidade na sociedade brasileira, entre outros aspectos, pela intervenção dos assistentes sociais, através de seus organismos representativos, no âmbito da construção de Direitos Sociais pela mediação de Políticas Públicas.

Menciona Iamamoto (2009), o Movimento de Reconceituação é dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*, é um processo que busca dar ao Serviço Social uma prática mais eficaz, que busque caminhos em novos fundamentos teórico-metodológicos.

Ainda para Iamamoto (2009), o Serviço Social não ficou a reboque desses acontecimentos, impulsionando um processo de ruptura com o tradicionalismo profissional e seu ideário conservador. Tal processo condiciona, fundamentalmente, o horizonte de preocupações emergentes no âmbito do Serviço Social, exigindo novas respostas

¹¹ A influência póstuma de Gramsci encontra-se associada principalmente aos mais de trinta cadernos de análise que escreveu durante o período em que esteve na prisão. Esses trabalhos contêm seu pensamento sobre a história da Itália e o nacionalismo, bem como ideias sobre teoria crítica e educacional que são frequentemente associadas ao seu nome, tais como: hegemonia cultural; ampliação da concepção marxista de Estado; necessidade de educar os trabalhadores e de formar intelectuais provenientes da classe trabalhadora que ele denomina intelectuais orgânicos; distinção entre a sociedade política e sociedade civil; historicismo absoluto; crítica do determinismo econômico; crítica do materialismo filosófico. análise do americanismo e do fordismo. Disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Antonio_Gramsci, acesso em 10 de outubro de 2021.

profissionais, o que derivou em significativas alterações nos campos do ensino, da pesquisa, da regulamentação da profissão e da organização político - corporativa dos assistentes sociais.

Inaugura-se, portanto, uma nova etapa para a profissão que se posiciona em favor da classe trabalhadora, em favor da equidade e justiça social, na defesa dos direitos humanos, e construção de uma nova ordem societária. Assim o Assistente Social se posiciona diante à sociedade, buscando sua emancipação profissional, o que torna possível na atualidade, discutir propostas para emancipar também o usuário de seus serviços. Seu objeto de estudo, a questão social¹², emergentes das contradições entre capital e trabalho torna-se seu foco de intervenção.

Iamamoto (1998), discutindo o perfil do profissional demandado na contemporaneidade, aponta três dimensões que devem ser do domínio do assistente social contemporâneo, afinado ao projeto ético político profissional. As dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa¹³, vão direcionar o agir profissional a partir da identidade profissional construída pelo seu projeto ético político.

Segundo Nalesso e Rizotti (2018), na década de 1980, o Serviço Social inicia a construção de sua maturidade teórica e política. Para Netto (1996), a década de oitenta consolidou, no plano ideopolítico, a ruptura com o histórico conservadorismo do Serviço Social e afirma que é com Iamamoto (sobretudo com a publicação do livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*), no início da década de 1980, que o Serviço Social inicia sua efetiva interlocução com a teoria social de Marx. É certo que o conservadorismo não deixou de existir; no entanto a profissão passou a conviver com o pluralismo, com as diferenças teóricas e políticas.

Yasbek (2009), destaca o avanço da produção de conhecimentos, nos quais a tradição marxista aparece hegemonicamente como uma das referências básicas da década de 1980:

Nesta tradição o Serviço Social vai apropriar-se a partir dos anos 80 do pensamento de Antonio Gramsci e particularmente de suas abordagens acerca do Estado, da sociedade civil, do mundo dos valores, da ideologia, da hegemonia, da subjetividade e da cultura das classes subalternas. Vai chegar a Agnes Heller e à sua

¹² A expressão “questão social” será utilizada entre aspas, denotando um certo cuidado na sua utilização que se explica não somente pela origem conservadora da expressão, mas também evidenciando que ela é expressão e produto da contradição entre capital e trabalho; nem sempre expressa os conflitos e as consequências dos interesses antagônicos das classes – burgueses e proletariados. Assim, verifica-se a necessidade de reconhecer e problematizar suas mediações que se tornam ocultas pelo capital (NETTO, 2001).

¹³ A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais (ABEPSS, 1996, p.7)

problematização do cotidiano, à Georg Lukács e à sua ontologia do ser social fundada no trabalho, à E.P. Thompson e à sua concepção acerca das "experiências humanas", à Eric Hobsbawm um dos mais importantes historiadores marxistas da contemporaneidade e a tantos outros cujos pensamentos começam a permear nossas produções teóricas, nossas reflexões e posicionamentos ideopolíticos.(YASBEK, 2009, P.11)

As décadas de 1980 e 1990 foram adversas para as políticas sociais e se constituíram em terreno fértil para o avanço neoliberal, redirecionando as intervenções do Estado em relação a questão social, impactando diretamente no Serviço Social, como destaca Yasbek (2009):

Nestes anos, em que as políticas sociais vêm sendo objeto de um processo de reordenamento, subordinado às políticas de estabilização da economia, em que a opção neoliberal na área social passa pelo apelo à filantropia e à solidariedade da sociedade civil e por programas seletivos e focalizados de combate à pobreza no âmbito do Estado (apesar da Constituição de 1988), novas questões se colocam ao Serviço Social, quer do ponto de vista de sua intervenção, quer do ponto de vista da construção de seu corpo de conhecimentos.(YASBEK, 2009, P.15).

Para Iamamoto (2008), o assistente social é um executor direto das políticas sociais, as quais têm como objetivo, a manutenção e o controle da força de trabalho, e, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, suprir algumas das necessidades dos trabalhadores. Esse caráter não decorre exclusivamente das intenções profissionais, pois sua intervenção sofre condicionamentos objetivos dos contextos onde atuam, conseqüentemente, desenvolve atividades e cumpre funções que estão além de sua vontade ou intensão, assim como qualquer trabalhador assalariado.

Ao pensar o trabalho do assistente social, se faz necessário compreender a práxis do Serviço Social, como pontua Barroco:

Como práxis, o trabalho é a base ontológica primária da vida social; mediação que efetiva objetiva e subjetivamente o intercâmbio entre os homens e a natureza, pondo em movimento um processo incessante de (re) criação de novas necessidades; ampliando os sentidos humanos, instaurando atributos e potencialidades especificamente humanas. (Barroco, 2009, P. 4)

O agir consciente supõe a capacidade de transformar a realidade, projetar o futuro, de fazer escolhas, ou seja, todas as atividades sociais ou individuais são resultado de decisões, que por sua vez podem ser dotadas de princípios, valores e projetos éticos e políticos.

No que diz respeito ao entendimento da ética, Barroco aponta que:

Como tal, a ética dirige-se à transformação dos homens entre si, de seus valores, exigindo posicionamentos, escolhas, motivações que envolvem e mobilizam a

consciência, as formas de sociabilidade, a capacidade teleológica dos indivíduos, objetivando a liberdade, a universalidade e a emancipação do gênero humano.

Nesse sentido, Lukács (2007) apud Barroco (2009), destaca que:

Mas, principalmente, fica claro que a ética não é apenas a ciência da moral, ou o seu conhecimento: apreendida como parte da práxis, a ética é trazida para o conjunto das práticas conscientes do ser social, dirigidas para a intervenção na realidade e na direção da conquista da liberdade e da universalidade, tendo como parâmetro a emancipação humana.

De acordo com Barroco (2006), a ética profissional é uma dimensão específica do Serviço Social, suas determinações são mediadas pelo conjunto de necessidades e possibilidades, de demandas e respostas que legitimam a profissão na divisão social do trabalho da sociedade capitalista, marcando a sua origem e a sua trajetória histórica.

Barroco (2009), afirma que:

A ética profissional se objetiva como ação moral, através da prática profissional, como normatização de deveres e valores, através do código de Ética Profissional, como teorização ética, através das filosofias e teorias que fundamentam sua intervenção e reflexão e como ação ético-política. Cabe destacar que essas não são formas puras e/ou absolutas e que sua realização depende de uma série de determinações, não se constituindo na mera reprodução da intenção dos seus sujeitos. (BARROCO, 2009; P.12).

A ética também se objetiva através de um Código de ética profissional, que no caso do Serviço Social, enquanto documento disciplinador e organizador do trabalho profissional passou por revisões que buscavam atender as necessidades de um dado momento histórico com diversas relações com instituições de trabalho, determinadas demandas dos usuários e diferentes posicionamentos das entidades da categoria profissional.

O atual Código de Ética do Serviço Social, conforme Barroco aponta:

Código de 1993 afirma a centralidade do trabalho na constituição do homem: sujeito das ações éticas e da criação dos valores. Revelada em sua densidade histórica, a sua concepção ética está articulada a valores ético-políticos, como a liberdade, a justiça social e a democracia, e ao conjunto de direitos humanos (civis, políticos, sociais, culturais e econômicos) defendidos pelas classes trabalhadoras, pelos segmentos sociais excluídos e pelos movimentos emancipatórios ao longo da história. (BARROCO, 2009, P. 18).

A partir da década de 1990, percebemos um cenário de perdas de direitos, e ascensão de uma reestruturação nos moldes neoliberais, a profissão busca se fortalecer politicamente, e diante das precárias condições da população que buscam as instituições e exigido respostas profissionais, as quais emergem em condições contraditórias.

Diante do contexto exposto compreende-se que as limitações postas pelo espaço de intervenção ao Assistente Social em seu cotidiano, inerentes às particularidades da profissão, buscam o amadurecimento intelectual da categoria e a possibilidade do próprio profissional refletir sobre os fundamentos da profissão e sua dimensão técnico- operativa, ético-política e teórico-metodológica, diante das novas demandas.

1.2 Estado e as Políticas Sociais

Conforme Simionatto e Costa (2012), o papel do Estado e da política e seus modos de expressão, no âmbito da sociedade capitalista, têm se constituído, desde de o século XIX, em um tema de preocupação e debate de inúmeros pensadores de tendências diversas. No âmbito da tradição marxista, as análises de Marx são tomadas como ponto fulcral para as discussões acerca da natureza de classe do Estado, percorrendo o pensamento de Engels, Lênin, e Gramsci. Embora Marx não tenha desenvolvido uma teoria acerca do Estado, suas obras contêm diversos elementos que possibilitam compreender sua percepção sobre questões referentes à esfera estatal.

Marx *apud* Simionatto e Costa (2012) afirma que o Estado é, essencialmente, a expressão da sociedade dividida em classes antagônicas. Deixa de se configurar, assim, como a esfera alienada dos interesses universais, tornando-se um organismo voltado à garantia da propriedade privada e da reprodução, da divisão da sociedade entre proprietários dos meios de produção e proprietários da força de trabalho.

De acordo com Simionatto e Castro Engels (1981) o moderno Estado representativo é o instrumento de que se serve o capital para explorar o trabalho assalariado, e alerta quanto a necessidade deste modelo ser superado através da perspectiva explosiva do processo revolucionário, enquanto Lênin (1987) entende que a essência do Estado burguês reside em seus aparelhos repressivos e coercitivos, sendo o Exército e a política as forças fundamentais do poder estatal.

Segundo Simionatto (2004), a partir de 1930, Gramsci começa a trabalhar com duas concepções de Estado: Estado restrito e Estado amplo ou integral. Nesse sentido, ao agregar novos elementos e novas determinações nos pressupostos da teoria social de Marx, Gramsci acaba por torna-la mais rica, na medida em que, realizando o movimento dialético de superação/renovação, reinterpreta novas configurações do capitalismo nesse determinado período histórico.

De acordo com Simionatto (2004), para Gramsci, a sociedade civil¹⁴ é o espaço onde se organizam os interesses em confronto, é o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e contradições. Partindo dessa premissa, a sociedade civil, a sociedade política¹⁵ e a sociedade econômica¹⁶ são esferas constitutivas da realidade social.

Em qualquer forma de Estado moderno, as funções de hegemonia e dominação, ou coerção e consenso, podem ser apontadas. No entanto, o que permite que a postura do Estado seja menos “coercitiva” e mais “consensual”, imponha-se menos pela dominação e mais pela hegemonia, depende da autonomia relativa das estruturas e de como se colocam no interior do Estado as organizações de casa esfera. (Simionatto, 2004, p. 69).

Segundo Vieira (2004), a política social aparece no capitalismo construída a partir das mobilizações operárias sucedidas ao longo das primeiras revoluções industriais, compreendida como estratégia governamental da intervenção nas relações sociais, unicamente pôde existir como o surgimento dos movimentos populares do século XIX.

Para Behring (2009), ao analisar políticas sociais afirma que:

Trata-se de analisar as políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação, ou seja, problematiza-se o surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no contexto da acumulação capitalista e da luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades. A condição histórica e social da política social deve ser extraída do movimento da sociedade burguesa, em geral e também nas manifestações particulares nos Estados nacionais. (BEHRING, 2009, p.4).

De acordo com Vieira (2004), não se pode analisar a política social sem se remeter à questão do desenvolvimento econômico, ou seja, a transformação quantitativa e qualitativa das relações econômicas, decorrente de processo de acumulação particular de capital. O contrário também precisa ser observado, não se pode examinar a política econômica sem se deter na política social.

¹⁴ Sociedade civil: compreende o conjunto de relações sociais que engloba o devir concreto da vida cotidiana, da vida em sociedade, o emaranhado das instituições e ideologias nas quais as relações se cultivam e se organizam. (direção política e consenso; aparelhos privados de hegemonia).

¹⁵ Sociedade política: indica o conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante exerce a violência. (dominação e coerção; ditadura; aparelhos repressivos: policial-militar e burocracia executiva).

¹⁶ Sociedade econômica (p. 71): aprofundado por Gramsci nos *Cadernos*; caracteriza-se para Gramsci um momento da estrutura, e para Marx, tudo aquilo que aparece como estrutura. No conjunto com a sociedade civil e a sociedade econômica, compreendem a superestrutura. Ele também utiliza o termo esfera econômica, mundo produtivo e mundo da produção, para designar esse tipo de sociedade.

Para Vieira (2004), o grau de antagonismo atingido no confronto das forças sociais, em dado momento e em determinado lugar, os interesses e as ideologias predominantes na burocracia do Estado, sobretudo nos setores responsáveis pela elaboração e pela aplicação da política econômica e da política social; a formação dos chamados técnicos; as peculiaridades regionais; enfim, o movimento da história destas e de outras políticas são elementos muito mais imprescindíveis à análise da política social.

Segundo Faleiros (2010), a análise de uma política deve levar em consideração as formas de organização do Estado e da sua relação com a sociedade civil no conjunto da dinâmica social e econômica.

Na compreensão das políticas sociais, não se pode desconsiderar a força desse complexo de instituições e organizações mediadoras, sua carga ideológica e sua inserção na sociedade civil, e ainda conforme Netto (1992), ao entendermos que as políticas sociais "não são uma decorrência natural do Estado burguês", mas uma concretização da mobilização e organização da classe trabalhadora, torna-se premente recuperar as formas de "adesão ativa ou passiva" das classes subalternas às políticas dominantes.

Conforme Behring e Boschetti (2006), a política social é entendida como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo.

Para Behring (2009), é importante ressaltar que:

A política social como processo é reveladora da interação de um conjunto muito rico de determinações econômicas, políticas e culturais, e seu debate encerra fortes tensões entre visões sociais de mundo diferentes. Ao mesmo tempo em que tais determinações podem ser reveladas, no mesmo passo podem ser encobertas pelo véu ideológico do "mundo da pseudoconcreticidade", aquele que, segundo Kosik (1986), precisa ser destruído para que possamos ir além das suas manifestações fenomênicas, imediatas e aparentes, para em seguida reconstruí-lo no nível do pensamento com toda a sua riqueza. (BEHRING, 2009, p. 2)

Ainda para Behring e Boschetti (2006), para a compreensão das políticas sociais recusam-se análises unilaterais tendo em vista que são análises que situam a emergência de políticas sociais como iniciativas exclusivas do Estado para responder a demandas da sociedade e garantir hegemonia ou, em outro extremo, explicam sua existência exclusivamente como decorrência da luta e pressão da classe trabalhadora.

Ainda as autoras citadas reconhecem que as políticas sociais assumem essas configurações, contudo, argumentam que tais análises são insuficientes e unilaterais porque não exploram as contradições inerentes aos processos sociais e, em consequência não

reconhecem que as políticas sociais podem ser centrais na agenda de lutas dos trabalhadores e no cotidiano de suas vidas, quando conseguem garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital.

Faleiros (2010) expõe, as medidas de política social só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessas mesmas estruturas.

Complementa Faleiros (2010), a análise da política social implica assim, metodologicamente a consideração do movimento do capital, e ao mesmo tempo, dos movimentos sociais concretos que o obrigam a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo. É necessário considerar também as conjunturas econômicas e os movimentos políticos em que se oferecem alternativas a uma atuação do Estado.

Desse modo, de acordo com Behring e Boschetti (2006), as políticas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. No entanto, sua generalização situa-se na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial na sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial (pós-1945).

No Brasil, a partir da década de 1930, é possível observar o papel do Estado vinculado às políticas sociais, esse período de introdução da política social brasileira, segundo Behring (2007) teve seu desfecho com a Constituição de 1937, a qual ratificava a necessidade de reconhecimento das categorias de trabalhadores pelo Estado, e finalmente a Consolidação das Leis Trabalhistas, CLT, promulgada em 1943, que sela o modelo corporativista e fragmentado do reconhecimento dos direitos no Brasil, que caracterizou como “cidadania regulada”.

Behring (2007) explica, o Brasil acompanha as tendências internacionais de incremento de intervenção do Estado diante das expressões da questão social, mas com características muito populares. A Constituição de 1946 foi uma das mais democráticas do país, chegando até a retirar o Partido Comunista da ilegalidade. O período de 1946-1964 foi marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classe, portanto sem dúvida um momento de reflexão no longo processo de constituição de relações sociais tipicamente capitalistas no Brasil.

Dessa forma, gradativamente, o Estado vai impulsionando a profissionalização do assistente social e ampliando seu campo de trabalho em função das novas formas de enfrentamento da questão social.

Segundo Yasbek (2009), outra característica histórica das Políticas Sociais brasileiras e que interferirá no desempenho profissional dos assistentes sociais é sua fragmentação, pois essas políticas são concebidas setorialmente como se o social fosse a simples somatória de setores da vida, sem articulação, numa apreensão parcializada da realidade social. Conseqüentemente, as ações profissionais acabam por se fragmentar, assumindo um caráter pontual e localizado.

De acordo com Behring e Boschetti (2006), a análise das políticas sociais com processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais, comumente presentes para explicar sua emergência, funções ou implicações.

Dessarte, conforme as autoras, a análise das políticas sociais sob o enfoque dialético¹⁷ precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes. O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais.

Para Behring (2009), é possível afirmar que as políticas sociais são:

[...] concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social. (BERING, 2009, p. 19)

É possível observar o Estado e sua relação com os interesses das classes sociais, sobretudo na condução das políticas econômica e social, de maneira a identificar se dá mais ênfase aos investimentos sociais ou privilegia políticas econômicas, se atua na formulação, regulação e ampliação (ou não) de direitos sociais, portanto seu papel está e sempre esteve intrinsecamente vinculado aos interesses de classes.

Nas palavras de Behring e Boschetti (2006), se a política social é uma conquista civilizatória e a luta em sua defesa permanece fundamental, podendo ganhar em países como o Brasil uma radicalidade interessante, ela não é a via de solução da desigualdade que é

¹⁷ A dialética compreende a realidade como um todo que possui sua própria estrutura (não é caótica), que se desenvolve (não é imutável, nem dada de uma vez por todas); que se vai criando (não é um todo perfeito e acabado, é histórica e social).

intrínseca a este mundo, baseado na exploração do capital sobre o trabalho, no fetichismo da mercadoria, na escassez e na miséria em meio a abundância.

De acordo com Nalesso e Rizotti (2018), o processo de trabalho do assistente social se materializa no enfrentamento das expressões da questão social, por meio da política social e que, ao longo da história da profissão, o Serviço Social efetivou, em seu cotidiano profissional, diferentes políticas sociais e acumulou conhecimentos empíricos que, à luz das fundamentações teóricas, possibilitaram a construção de um arcabouço teórico-metodológico para a atuação do assistente social nas políticas sociais.

Mesmo entendendo que as políticas sociais, estão subordinadas aos interesses da acumulação e reprodução do capital, e insere-se nesse contexto a política da saúde, enquanto conjunto de ações estratégicas do Estado, a intervenção do Serviço Social nesses espaços pode contribuir na busca por um Estado Democrático de Direito.

De acordo com Vieira (2004), um Estado de Direito efetivamente exercido se sustenta em certos princípios válidos em qualquer país onde a liberdade prevalece sobre a autoridade. Sendo sociedade democrática aquela na qual ocorre real participação de todos os indivíduos nos mecanismos de controle das decisões, havendo, portanto, real participação deles nos rendimentos da produção.

Para Netto (2006), apud Behring (2009), as tendências que operam no campo das políticas sociais são:

A desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica; a desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às organizações não governamentais e ao chamado terceiro setor; desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade; a política voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial. (BEHRING, 2009, p 22).

A luta do terreno do Estado, entendendo este espaço como contraditório, porém hegemônico ao capital, requer da profissional qualificação teórica, ético-política e técnica para responder as determinações que integram o processo de definição das políticas sociais e consequentemente as condições para o exercício profissional.

Diante do exposto, os desafios e possibilidades do Serviço Social na política de saúde se expressa no cotidiano de sua intervenção profissional, para tanto é necessário compreender a trajetória histórica da política e a inserção do serviço social para posteriormente compreender as demandas emergentes na prática cotidiana dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sob a ótica do documento intitulado Parâmetros para a Atuação de Assistente Social na Política de Saúde”.

1.3 A Política de Saúde no Brasil

De acordo com Giovanella (2008), a partir de 1808, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública por aqui, basicamente encarregadas de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura e fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras.

Para Bravo (2004), na década de 1920 são tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves. A autora afirma que:

A ampliação do atendimento por parte do poder central constituiu-se numa das estratégias da União, de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922. É deste período a Lei Eloy Chaves, considerada o ponto de partida da Previdência Social, que, instituindo o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPS), atende, num primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, é estendida aos marítimos e estivadores. (BRAVO, 2006, p.90).

De acordo com Bravo (2004), a conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 1920, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada.

Conforme Cohn (2005), de 1933 a 1938, as CAPS são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), que vão sendo sucessivamente criados, agora congregando os trabalhadores por categorias profissionais e que, por causa do modelo sindicalista de Vargas, passam a ser dirigidas por entidades sindicais, e não mais por empresas como as antigas caixas.

Para Silva (2019), a política de saúde no Brasil teve seu início, efetivamente, a partir da década de 1930, momento de efervescência do processo de industrialização. Momento de grande preocupação com higienização dos centros urbanos, vinculado ao processo de êxodo rural e número de trabalhadores em situações precárias de sobrevivência.

De acordo com Giovanella (2008), em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. Convivendo com uma constante alternância de seus dirigentes, o Ministério ficou refém das instabilidades políticas decorrentes das disputas entre as diversas forças que haviam se aliado em torno do novo regime.

Bravo (2006) aduz, na década de 1930, é possível identificar, no bojo das políticas sociais, uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde e o de medicina previdenciária.

O subsetor de Saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de Saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2006, p.91)

O subsetor de Saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de Saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2006, p.91)

Giovanella (2008) explica, em 1934, quando Vargas retornou ao poder, por meio de eleição indireta, o Ministério, que passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES) começou a se institucionalizar, havendo a ampliação do setor relacionado à saúde.

Conforme Bravo (2004), a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.

Complementa Giovanella (2008), na década de 1950, no segundo governo de Vargas, no campo da saúde pública, emerge o ‘sanitarismo desenvolvimentista¹⁸’, o qual considera que o nível de saúde de uma população depende primeiramente do grau de desenvolvimento

¹⁸ O sanitarismo desenvolvimentista teria surgido nos anos 1950 com questionamentos a essa saúde pública e com propostas de concentração dos recursos do Estado em medidas desenvolvimentistas – a ideia de investir na industrialização antes que na saúde.

econômico de um país. Essa corrente passa a disputar espaços com a corrente então hegemônica do sanitarismo tradicional.

Para Silva (2019), em 1960, com a crescente insatisfação, intensa mobilização e luta dos trabalhadores, buscou-se uma nova forma de organização, e com isso, houve a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que propunha a uniformização dos benefícios prestados por vários institutos, colocando em ordem mais de 300 leis e decretos referentes à Previdência Social.

De acordo com Giovanella (2008), no Ministério da Saúde – MS, houve uma sucessão de 6 ministros em cerca de 3 anos. O penúltimo, Souto Maior, apresentou um conceito ampliado de saúde, no XV Congresso de Higiene¹⁹, em 1962. O último antes do golpe, Wilson Fadul, convocou a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, com a finalidade de examinar a “situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do País”. A sugestão da conferência era a criação de uma lei municipal para todos os municípios criarem seus serviços de saúde.

Diante disso, Bravo (2004) diz, o movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. O movimento sanitaria ou movimento sanitário se consolidou e transformou-se em projeto, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Em concordância Paim (2009) elucida, a Reforma Sanitária brasileira foi um conjunto de práticas de cunho social, econômico, político, ideológico, que aconteceram na transição do regime ditatorial para a democratização, e que culminou num contexto de crise hegemônica.

Para Bravo e Matos (2009), o Serviço Social nesse momento da Reforma Sanitária, não estava inserido diretamente para legitimar os pressupostos desse movimento, embora seu projeto profissional seja completamente condizente com os pressupostos da reforma. Naquele momento, a profissão estava focada no processo de reformulação teórico-metodológica.

¹⁹ Nesse Congresso, a indústria farmacêutica nacional manifestou-se contra a crescente desnacionalização do setor. A expansão das multinacionais de medicamentos era percebida como fator capaz de influenciar a orientação política do setor saúde por meio da construção de um modelo de ampliação descontrolada do atendimento médico-hospitalar.

Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um evento que contou com grande participação dos trabalhadores, representação de usuários dos serviços de saúde, de parte dos prestadores de serviços da saúde, e do Governo. Teve como eixos temáticos, Saúde como direito de cidadania, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Esta Conferência foi o marco mais importante na trajetória da política pública de Saúde no Brasil, aprovou a proposta de Reforma Sanitária, que, mais tarde, serviria de base a seus defensores na reformulação da Constituição Federal de 1988. (BRAVO, 2004)

Para Bravo (2008), os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Conforme Paim (2008) *apud* Paiva (2014), entre os principais temas da Conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde também foram amplamente discutidos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir dos debates dos sanitaristas, pesquisadores, lideranças e população, tem suas bases doutrinárias geradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1988, e sua regulamentação efetivada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. É um sistema público, gratuito, que atende mais da metade da população brasileira, de financiamento governamental com ênfase na atenção básica, a qual porta de entrada de todo o sistema de saúde que busca um cidadão.

Cabe destacar a concepção ampla da saúde adotada na Constituição de 1988, garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na lei n. 8.080, de 1990, como sendo um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

De acordo com Giovanella (2013), a participação complementar dos serviços privados deve ser realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as

normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS, entre eles, destacam-se: Universalidade²⁰ de acesso em todos os níveis de assistência, a equidade²¹ na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a integralidade²² da assistência, a participação da comunidade e a Descentralização político-administrativa.

Para Giovanella (2013), de forma geral, pode-se dizer que os gestores no SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico. O âmbito político se expressa no relacionamento constante dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. No âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde.

Com o intuito de concretizar a diretriz do SUS de participação da comunidade, a lei n. 8.142, de 1990, preconiza duas importantes instâncias colegiadas: as conferências²³ de Saúde e os conselhos²⁴ de Saúde.

No que diz respeito ao processo de descentralização em saúde, Giovanella (2013) afirma que no Brasil é do tipo político administrativo. Ele envolve não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros – antes concentrados no nível federal – para estados e, principalmente, para os município.

De acordo com Souza (2002), *apud* Giovanella (2013), as características do sistema descentralizado são heterogêneas no território nacional ante as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas

²⁰ O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos.

²¹ Este princípio reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não.

²² A integralidade é entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em níveis de complexidade do sistema.

²³ As conferências de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com a ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos (representantes do poder público, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviço).

²⁴ Os conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo metade dos conselheiros.

disposições políticas de governadores e prefeitos, o que torna relevante compreender e gerar as condições adequadas para que o processo de descentralização ocorra com sucesso.

Giovanella (2013) informa, um dos principais desafios para a consolidação do SUS, portanto, é superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local.

Para Bravo (2004), nos anos de 1990, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes.

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Ainda nas palavras de Bravo (2004), o projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

O Serviço Social na atual conjuntura deve buscar formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, respaldadas na Lei de Regulamentação da Profissão, Código de Ética e o documento intitulado Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social historicamente esteve ligado à política de saúde, de acordo com Fabris (2009), a década de 1930 constitui-se marco da intervenção efetiva do Estado Brasileiro no setor da saúde, tendo como principal agente propulsor o processo de industrialização, sendo a ênfase no desenvolvimento de campanhas de cunho sanitaria e de combate a endemias rurais.

As novas condições sociais, também mudam as relações de trabalho, considerando que o Serviço Social é requisitado pelo Estado para dar respostas as demandas emergentes por meio de políticas sociais.

Para Netto (1992) *apud* Costa (2009), um mercado não se estrutura para o agente profissional mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática, antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho, posto que uma profissão não se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional.

De acordo com Bravo (2004), na década de 1940, ampliou-se a ação profissional na área da Saúde, transformando-se no setor que mais absorveu os Assistentes Sociais. O novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, fez com que o Assistente Social fosse requisitado para trabalhar desenvolvendo uma prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações na política de saúde.

No que se refere ao Serviço Social e sua inserção na saúde mental no Brasil, Bisneto (2005), diz que, em meados dos anos 1940, o Serviço Social, inserido no contexto da luta de classes, não tinha vinculação específica com a saúde mental, embora a profissão já estivesse inserida nesse espaço de atuação. Essa vinculação tímida com a área, nesse período, acontecia pelo fato do número de profissionais ainda ser bastante escasso.

O Serviço Social Médico, para Bravo e Matos (2006), como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas, mas sim, e prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médicos-Sociais. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento”.

De acordo com Bravo (2010), os assistentes sociais passaram a ser recrutados por estas instituições estatais, para realizar um conjunto de funções relativas à harmonização do

conflito capital-trabalho, visando ao ajustamento psicossocial do trabalhador, elemento importante para manutenção das relações sociais vigentes. A criação destas instituições representou uma abertura de campo de ação profissional para o Serviço Social, significando sua legitimação e institucionalização pelo Estado e pelo conjunto de bloco dominante.

Conforme Barbosa (2006), em 1967, o Serviço Social é regulamentado nos órgãos de assistência médica da Previdência Social para desenvolver as seguintes ações: individual, grupal e comunitária, respectivamente, de caráter preventivo e curativo, educativo-preventivo e para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho.

Nos serviços de saúde, Costa (2009) explica, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Segundo Bisneto (2007), é importante salientar que:

Historicamente, a entrada de assistentes sociais na Saúde Mental foi sobredeterminada pela criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico. Essas equipes não se constituíram apenas porque o Serviço Social seria uma nova forma de encaminhar o problema da loucura, mas também porque o Serviço Social atuaria como “apaziguador” das “questões sociais” emergentes na área manicomial e como barateador dos custos em assistência em geral. (BISNETO, 2007, p. 50).

Bisneto (2005) aduz que, foi a partir da década de 1970 que os profissionais de Serviço Social adentraram significativamente os hospitais psiquiátricos, em termos numéricos, pois com a intervenção estatal, todas as instituições custeadas pelo INPS precisam incorporar assistentes sociais na equipe profissional. Contudo, os profissionais eram mal pagos, muitas vezes contratados apenas para cumprir protoformas do Estado, e estavam sempre muito sobrecarregados, pois a demanda era muito grande para um profissional por instituição.

Segundo Costa (2009), o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil, das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais.

Ao tratar sobre o trabalho na saúde, Nogueira (1991) afirma que na esfera dos serviços o trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais sejam: a cooperação vertical, ou seja, diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia e a cooperação horizontal que são diversas subunidades que participam do cuidado em saúde.

Salienta Bravo (1996), num balanço do Serviço Social na área de Saúde dos anos 1980, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 a 1989, a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social do INAMPS e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área de saúde.

De acordo com Martinelli (2004), o reconhecimento do Serviço Social como profissão da área da saúde vem se construindo através da inserção nas políticas e programas de saúde desde o seu surgimento, sendo esta relação constitutiva na construção da identidade da profissão no país, fortalecida na defesa do SUS como política pública que apresenta uma ideia do social coerente com os princípios do Serviço Social.

É possível observar que a década de 1990 surge para o Serviço Social como um período de expansão da categoria profissional na política de saúde, considerando a implantação gradativa do SUS e partindo da compreensão do conceito de saúde de maneira mais ampla, para além da perspectiva curativa.

Conforme o Ministério da Saúde, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, é dado o reconhecimento da categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde. E na Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde (CFESS, 2010).

Nos registros e análises sobre o Serviço Social e Saúde Mental no Brasil predomina a década de 1940 como o marco de entrada do Serviço Social na Saúde Mental. Inicialmente sua inserção no campo de saúde mental deu-se através dos Centros de Orientação Juvenil (COJ) e dos Centros de Orientação Infantil (COI), diretamente influenciados pelo modelo das *Child Guidance Clinics*, proposto pelos higienistas americanos e brasileiros como estratégia de diagnóstico e tratamento de "crianças-problema" e implementação da educação higiênica nas escolas e na família (VASCONCELOS, 2020).

Como aponta Bisneto (2007), o Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda para as elites para atender aos 'necessitados'.

Para Bisneto (2005), é preciso a compreensão de que a estrutura atual do Serviço Social na saúde mental originou-se só após 1964, com a mudança do atendimento previdenciário na Saúde Mental dos indigentes para os trabalhadores e seus dependentes em internações asilares, com a prestação de serviços sociais necessários ou benéficos para a lógica dos manicômios a fim de legitimá-los na situação de pobreza dos pacientes.

Bisneto (2005) complementa, a gênese do Serviço Social em Saúde Mental não foi endógena, não partiu de necessidades terapêuticas ou clínicas para os transtornos mentais, mas sim da modernização conservadora do Estado ditatorial brasileiro em busca de uma possível legitimação em áreas críticas, como a atenção à saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário brasileiro.

Conforme Robaina (2010), historicamente, os assistentes sociais no Brasil vêm participando da trajetória da psiquiatria e de suas sucessivas reformas, com maior ou menor expressão e contingente. As perspectivas teórico-metodológicas foram se conformando em consonância com as mudanças societárias e com o processo de amadurecimento da própria profissão.

O modelo hospitalocêntrico que faz parte do cenário do atendimento em saúde mental no país desde o período imperial prevalece forte até o final da década de 1970, e a partir deste momento, um novo cenário é formado, configurando-se o surgimento de vários movimentos questionadores desse modelo e a inauguração de um novo modelo de atendimento em saúde mental, substitutivo do modelo tradicional.

De acordo com Amarante (2008), a história da saúde mental no Brasil, assim como a saúde em geral foi marcada por muitas lutas e desafios. Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira evidenciada nos anos 1970, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental com o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, surgem avanços e processos de intervenção depois de uma era marcada por mitos, maus-tratos e muitas mortes.

Bravo (2004), ao analisar a relação do Serviço Social com a Reforma Sanitária, afirma que, nesse período, a profissão passou por um processo de revisão interna, de negação do Serviço Social tradicional, o que representou o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas de classe, uma aproximação e interlocução real com o marxismo, na busca por fundamentação e consolidação teórica.

Na relação do Serviço Social com a área da Saúde Mental, segundo Bisneto (2005), se remete a substituição dos serviços manicomializados pelos serviços alternativos o que propiciou a participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação, o que está permitindo o emprego, desde os anos 1990, de assistentes sociais em Saúde Mental.

Milhares de leitos foram, após muitas lutas fechados e está sendo implantado uma significativa rede de serviços e dispositivos de saúde mental em todo território nacional, com destaque especial para os CAPS²⁵ que hoje são uma referência importante para o acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico onde foi aprovada a Lei 10,216/01, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2001).

Sendo assim, as mudanças na implementação da política de saúde no Brasil, concretizadas na Constituição Federal de 1988, através da criação do Sistema Único de Saúde –SUS, regulamentado pelas leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 e posteriormente a Lei 10.216/2001 a qual ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política da saúde mental, ampliam e fortalecem a intervenção do Serviço Social como profissão.

De acordo com Robaina (2010), o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças. Nesta direção, ressalta-se que a atuação profissional não está vinculada ao campo do saber, mas busca contribuir no campo teórico prático para a identificação dos determinantes sócio econômico da população usuária do serviço, como também identificar as particularidades das expressões da questão social que é expressa no cotidiano profissional.

Sendo assim, podemos observar que historicamente o Serviço Social esteve vinculado a política de Saúde Mental, estando atuando diretamente na execução desta política, bem como sendo integrante de um processo de lutas, que se expressam na Lei 10.216/2001, a qual trata da política de saúde mental no Brasil.

2.1 Política de Saúde Mental pós Constituição de 1988

É preciso compreender a política de saúde mental enquanto um processo inerente a política de saúde, que se apresenta como fruto de anseios propostos na Reforma Psiquiátrica e que se consolidam com a Constituição de 1988.

²⁵ De acordo com o Ministério da Saúde (2004, p. 13) o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ele é um lugar de referência no tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento á população, por meio do acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

De acordo com Almeida (2019), o desenvolvimento da saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira.

Elucida Bisneto (2005), durante a década de 1960, há um grande aumento no número de hospícios no Brasil, ocorre a reforma da saúde pública brasileira promovida pelos governos militares e a elevada privatização no atendimento médico, ou seja, o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e a loucura passa a ser fonte de lucro, uma mercadoria para os empresários. Em decorrência disso, registra-se nesse momento um considerável aumento no número de internações em hospitais privado. Foram abertas várias clínicas psiquiátricas, hospitais, manicômios que eram de origem privada, mas que prestavam serviços ao governo e eram pagas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Para Resende (2001), no âmbito da saúde mental o período ditatorial foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase, a partir da qual se estendeu a cobertura à massa dos trabalhadores e seus dependentes.

De acordo com Robaina (2010), a psiquiatria surge na França com Pinel, como especialidade médica, sob a vigência da Revolução Francesa. A nova ordem social, agora centrada no homem, descontextualizado do fato social, passa a ser guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade. É nesse caldo de cultura que se institui o hospital psiquiátrico. O isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura.

Ainda conforme a autora, na década de 1970 surge na Itália um movimento paradigmático para o campo psiquiátrico, cujo expoente foi Franco Basaglia²⁶. A partir de sua experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia inaugura o que vem a ser conhecido como psiquiatria democrática. Assim, Basaglia propõe uma nova forma de compreender e lidar com a loucura.

São os primeiros passos para adotar novos conceitos e condutas no cuidado em saúde mental, segundo Robaina (2010), o paradigma da desinstitucionalização prevê a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária (ou serviços substitutivos), mas articula dialeticamente tais mudanças às transformações macrosociedades.

²⁶ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica.

Para o autor Amarante (2013), uma luta pertinente e permanente da Reforma Psiquiátrica diz respeito ao processo de desinstitucionalização, que se configura na própria reforma, que visa de forma humanitária o melhoramento do sistema de saúde mental, por meio da redução de leitos e a ampliação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

De acordo com Amarante (2013), está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de proposta de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970.

Amarante (1995) exemplifica, em 1987, foram realizados dois eventos importantes para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro retomou a premissa da superação do hospital psiquiátrico através da construção de uma rede alternativa ou paralela a esse serviço e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental - MTSM em São Paulo, que teve como pauta de luta o lema, “Por uma sociedade sem manicômios”.

Neste período de reformas foram criados na cidade de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, que funcionavam 24 horas. Isso se tornou um ponto importante na Reforma Psiquiátrica, pois concretizava a ideia de um novo modelo de atenção à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde junto com a previdência social e assistência social compõe o tripé da seguridade social, observando a partir deste momento os avanços nas políticas de proteção social, as quais foram sendo normatizadas gradativamente.

A política de saúde passou a ser definida de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e que constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e propondo o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização.

Para Miotto e Nogueira (2010), o processo de implantação do SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto as proposições quanto as possibilidades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde.

Conforme Miotto e Nogueira (2010):

Não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. (MIOTO; NOGUEIRA, 2010, p.12)

A partir do exposto, a definição de necessidades de saúde leva em consideração as transformações societárias e as necessidades humanas, indo além do acesso à saúde ou a serviços médicos ou hospitalares.

O Ministério da Saúde, considerando os eixos transversais da universalidade integralidade e equidade em um cenário de descentralização e controle social, indica um conjunto de prioridades políticas pretendendo superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2005).

Em meados de 1989 foi apresentado o projeto de lei da reforma psiquiátrica pelo deputado Paulo Delgado, a qual só foi aprovada 12 anos mais tarde. Embora a Lei 10.216/01 disponha sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, esta lei foi acusada por militantes da Luta Antimanicomial de deixar brechas para criação de instituições psiquiátricas, com o risco de retrocesso diante dos ganhos para a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Lei nº 10.216 redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamentando o cuidado especial com as pessoas internadas por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação voluntária arbitrária ou desnecessária. Essa lei manifesta a cidadania e dignidade do portador de transtornos mentais, cuja aplicação deve se dar sem preconceito de qualquer espécie. Seu segundo artigo declara:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.” (BRASIL, 2001, p. 36)

O acompanhamento da aplicação da Lei 10.216 é de suma importância, pois, as mudanças dependem também da participação da sociedade, do interesse dos profissionais envolvidos e da avaliação das transformações operadas. Afinal, somente a lei não faria as mudanças necessárias. Foi urgente a efetivação da proposta voltada à saúde mental pelos gestores, via municipalização das ações de saúde mental, como política do SUS. Sendo assim, a Lei 10.216 objetivou explicitamente inaugurar um novo modelo de cuidado da loucura, que se concretizaria dialética e paulatinamente a partir de sua promulgação.

Seguindo no processo de reforma psiquiátrica há a criação da Lei 10.708 de 2003, conhecida como “Lei do Programa de Volta para Casa”, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a reforma psiquiátrica no Brasil era identificada por dois movimentos simultâneos e paralelos: a criação e a implantação de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva e a monitorização e a redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos existentes. Desta forma, a reforma psiquiátrica constitui um processo contínuo que envolve a construção e afirmação constante da cidadania dos pacientes com transtornos mentais através da garantia da sua liberdade.

A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental passa a ser objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também de toda a sociedade.

A Portaria 336/GM reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, que passaram a ser responsabilizados pela atenção integral às pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes. As atividades desenvolvidas nestes serviços buscam integrar o paciente à sociedade.

É importante destacar que a questão do território faz parte da normatização e expande a ideia de área geográfica, abarcando todo o conjunto de pessoas de uma certa região, seus costumes e hábitos.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

Dentre as modalidades de CAPS, temos: CAPS I, CAPS II, CAPS i, CAPS ad Álcool e Drogas, CAPS III e CAPS ad III Álcool e Drogas, conforme define a portaria 336/GM, de 2002:

CAPS I – são serviços de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. A Portaria define uma equipe mínima de nove profissionais e funcionamento durante a semana. A capacidade do serviço é de até 240 pessoas por mês. A clientela é composta por adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso do álcool.

CAPS II – são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A equipe mínima é definida com doze profissionais e sua capacidade em 360 pessoas por mês. Deve funcionar ultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III – são os serviços de maior porte da rede de CAPS. Foram previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. São serviços 24 horas, capacitados para realizar acolhimento noturno. A equipe mínima foi definida com 16 membros, além da equipe noturna e a dos finais de semana. Os CAPS III têm capacidade de acompanhar cerca de 450 pacientes por mês.

CAPS i - Os Centros de Atenção Psicossocial infantil são serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funcionam durante os cinco dias da semana e têm capacidade de acompanhar 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima foi definida como sendo composta por onze profissionais.

CAPS AD – Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas são serviços de saúde mental especializados no atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Funcionam durante cinco dias da semana, e sua equipe mínima prevista é de treze profissionais. Têm capacidade para acompanhar 240 pessoas por mês.” (BRASIL, 2004, p. 24)

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS devem ser os articuladores da rede de saúde mental em seu território e articular os recursos existentes em variadas redes. O objetivo dos CAPS: [...] “é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

Para Vasconcelos (2010), a partir desta mudança, tornou-se necessário basear esse processo de trabalho na lógica da ação territorial, ação grupal e no trabalho em equipe,

atuando então de forma multiprofissional e interdisciplinar²⁷ para que o usuário pudesse ser visto nas suas maiores dimensões, e não apenas em ótica médica, da enfermidade e dos sintomas.

A década de 1990 viu amadurecer e consolidar os processos que compõem o cenário da Reforma psiquiátrica brasileira com uma crescente e nova mentalidade no campo psiquiátrico, a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas e os indícios de um novo olhar sobre a loucura no espaço social, um olhar não mais fortemente marcado pelo preconceito e o medo.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, P.08)

Após 1992 diversas leis, baseadas no projeto de lei 3657/89, nos debates das Conferências Nacionais de Saúde Mental e na grande mobilização de movimentos sociais, buscavam garantir a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede de ações integradas na área de saúde mental. O Ministério da Saúde inicia assim, um processo de redefinição das políticas em saúde mental.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. (BRASIL, 2005, P.27).

Com base na teoria da inclusão social é que além das terapias internas oferecidas, também faz parte das terapias propostas pelo CAPS, as atividades externas para que os usuários possam interagir junto à necessidade e ao meio no qual o assistente social deve estar intrinsecamente ligado. Os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias

²⁷ O multiprofissional pode ser entendido como um conjunto de saberes e profissionais que atuam de maneira simultânea, mas sem a necessidade de estarem relacionadas entre si. Já a atuação interdisciplinar visa o agrupamento de diversos ramos do conhecimento, seguindo um objetivo em comum, como um assunto ou tema específico.

conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (Ministério da Saúde, 2004 p.13).

Os CAPS nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que propõem um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade.

No que se refere ao trabalho do Assistente Social na saúde, Bravo (2001) afirma que os desafios postos aos profissionais, em especial os Assistentes Sociais, estão assentados com base nas principais diretrizes da intersetorialidade, da interdisciplinaridade de atuação em equipe, de cooperação de ensino e atenção entre os profissionais que atuam no campo da Saúde Mental, trocando informações e saberes, de gestão, no viés de coordenação de instrumentos de trabalhos precários, sem o subsídio suficiente para dar suporte ao melhor atendimento para com os usuários, de controle social e o processo contemporâneo de desinstitucionalização, com um viés mais humanizado não tão focado somente na patologia dos usuários.

2.2 Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde

O Conselho Federal de Serviço Social como autarquia pública tem a função de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Para além de suas atribuições, contidas na Lei 8.662/1993 (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993), a entidade vem promovendo ações políticas para a construção de um projeto de sociedade democrático, anticapitalista e em defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Ciente desses desafios e em face da constatação da distância entre o acúmulo teórico-político referente aos serviços de ponta na relação com os usuários e empregadores/instituições, o CFESS promoveu uma série de eventos e publicações, no

sentido de aproximar dois âmbitos da profissão, a formação e trabalho profissional. Foram lançados quatro documentos pelo CFESS, representando subsídios de intervenção profissional na área da assistência social, da saúde, da educação e do espaço sociojurídico.

Em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou uma cartilha sobre Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, da série , Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Neste documento, é tratado sobre as principais atribuições e competências dos assistentes sociais no atendimento de idosos, crianças, adolescentes e suas famílias nos mais variados campos de saúde, incluindo os hospitais (CFESS, 2010).

A construção dos Parâmetros foi coordenada pelo Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde do CFESS, o qual manuseou diversos documentos do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Serviço Social, atividade de elaboração aliada a inúmeros debates descentralizados pelo país, a revisão da literatura e legislação. Ele traz uma análise sintética dos principais desafios que estão postos à profissão e ao Projeto de Reforma Sanitária, inclusive tratando de embates teóricos e das escolhas profissionais que vêm sendo realizadas pelos assistentes sociais.

No documento intitulado Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde é afirmado que as principais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais são:

Democratizar informações a partir de atendimentos individuais e coletivos, promovendo a facilitação de encaminhamentos de usuários quanto aos direitos sociais nas políticas setoriais; construir perfil socioeconômico dos usuários, subsidiando a garantia de direitos; criação e sistematização de rotinas de ações e protocolos, bem como criação de prontuário exclusivo do serviço social; garantir devida notificação, junto a equipe multiprofissional, de suspeita/constatação de violência e orientação dos direitos e políticas de proteção; realizar atividades socioeducativas nas campanhas de prevenção e promoção da saúde; participar e incentivar a participação dos usuários nas instâncias de controle social da saúde, como fóruns, conferências e conselhos; dentre outras ações imprescindíveis. (CFESS, 2009, p. 29)

Os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde foram estruturados em três itens, sendo que os primeiros sustentam os quatro eixos norteadores de atuação em termos teóricos, políticos e metodológicos. O primeiro item – Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais – apresenta o tripé da Seguridade Social, com a perspectiva da garantia dos direitos sociais, atenção às reivindicações da classe trabalhadora, tendo o SUS como elemento fundamental e apontando os impasses vividos desde os anos 1990.

Já o segundo item, intitulado Serviço Social e Saúde, traz a discussão teórica e política presente no Serviço Social na Saúde. Neste item, é resgatada a trajetória do Serviço Social nessa política. Para os anos recentes, há a identificação de alguns desafios que os profissionais enfrentam nessa área, como a constatação de que ainda existem profissionais que, após realizarem uma formação em saúde pública, passam a não se reconhecerem mais como assistentes sociais e a tendência de denominar alguns trabalhos como serviço social clínico.

No terceiro item, que fala sobre a Atuação do Assistente Social na Saúde, as atribuições e competências gerais do profissional são caracterizadas, enfatizando as ações deste na área da saúde, na perspectiva de permitir ao profissional realizar a análise crítica da realidade, utilizando como base o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da profissão.

Na continuidade, o subitem intitulado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde explicita as principais ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam na saúde, em quatro grandes eixos articulados entre si: a) atendimento direto aos usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional. O texto afirma que as diversas ações estão interligadas e são complementares, apontando a uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional.

Sendo assim, com os Parâmetros, há a intenção de trazer a reflexão relacionada aos diversos eixos da atuação profissional, na busca da garantia dos direitos sociais, do fortalecimento da participação social e da viabilização do SUS como uma tentativa de suprir uma lacuna que existe entre a atuação com o conservadorismo, o Projeto da Reforma Sanitária, o projeto privatista, o processo de renovação (Movimento de Reconceituação) e os desafios sempre renovados pela conjuntura.

Segundo os parâmetros (CFESS, 2009):

Para a atuação dos assistentes sociais é essencial para uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; tentar construir e efetivar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular; elaborar e participar de projetos de educação permanente; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido; potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009, P.23).

As ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática, sua finalidade é proporcionar uma visão reflexiva e participativa aos usuários de serviços de saúde. Os grupos de convivência podem ser mães/acompanhantes de pacientes, gestantes, hipertensos, diabéticos entre outros, proporcionando ao grupo a reflexão de suas condições de doenças e possibilidades de controle ou mesmo cura, bem como grupos que possam trabalhar com possíveis perdas

Algumas das principais ações desenvolvidas são informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades, objetivando a democratização da mesma e as necessárias modificações, análise dos determinantes sociais na situação apresentada pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe; análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2009 p. 28).

As ações socioeducativas ou educação em saúde não devem ficar baseadas no fornecimento de informação ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, fortalecendo a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos, intencionando a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e ressaltar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade potencializando os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2009 p.29)

Por meio da convivência com pacientes e seus familiares, deve ocorrer a mediação em relação aos direitos constitucionais, embasando-se sempre em fundamentos teóricos, às legislações vigentes e a garantia de acesso universal a saúde.

O profissional de Serviço Social na saúde deve ter claras as suas atribuições e competências, como também a garantia de acesso a direitos, com isso caminhar em busca de uma sociedade menos desigual, bem como considerar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social, adota a liberdade como princípio central e propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação ou exploração de classe, etnia ou orientação sexual (CFESS, 2009 p. 33).

Na condução de seu trabalho, é preciso ter clareza dos princípios do Código de Ética que demarcam sua intervenção profissional, negando a neutralidade e assumindo uma postura em favor da liberdade, da emancipação e da justiça social. Assim, à medida que os assistentes sociais assimilam o projeto ético-político, bem como as propostas emergentes da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, é possível propor uma intervenção capaz de dar respostas as demandas da saúde mental.

Na área da saúde, conforme o documento elaborado pelo CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), Parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde, temos:

Cabe ao assistente social a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada. (CFESS, 2009 pág. 14).

Segundo os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde (CFESS, 2009), o assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. É um campo privilegiado de atuação para o assistente social – que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético político, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo.

Ainda segundo esse documento, os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Segundo os Parâmetros da Atuação do Assistente Social na saúde (2009) a principal proposta de Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais e busca da efetivação desse acesso, enfocando a descentralização da gestão e o controle social, com fundamentos legais garantidos na Constituição Federal de 1988, que regulamenta a política de saúde com a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.3 Demandas profissionais para o Serviço Social nos CAPS

No Serviço Social existe uma compreensão das demandas profissionais bastante difundida que a encadeia a dinâmica das políticas sociais e às questões inerentes ao processo de constituição do direito à saúde, e a saúde mental.

Para Miotto e Alves (2020), é preciso reconhecer que “demanda” é um conceito articulador na produção de conhecimento do Serviço Social e no cotidiano das assistentes sociais. Com isso, com frequência é possível observar que é empregado de forma dinâmica: pode designar a própria matéria-objeto de intervenção do assistente social (a violência, o desemprego, a pobreza, por exemplo), mas, por outro lado, pode indicar as práticas de requisição (sociais, institucionais e interprofissionais) de trabalho do assistente social nos diferentes espaços de atuação.

Para Miranda (2017), com a Reforma Psiquiátrica brasileira buscou-se avanços na forma de tratamento à pessoa com sofrimento mental, trazendo novas demandas ao profissional de Serviço Social no que tange à cidadania e à (re)inserção social desses sujeitos. O movimento trouxe para o debate o rompimento com a lógica asilar de segregação e exclusão do sujeito com sofrimento psíquico, propondo práticas pautadas na perspectiva da atenção psicossocial.

Segundo Bisneto (2007) o Movimento Institucionalista e Sanitarista influenciaram o Serviço Social contemporâneo, sendo que o Movimento de Luta Antimanicomial proporcionou uma prática e uma concepção em saúde mental mais politizada, além de propiciar a contratação de mais assistentes sociais.

Machado (2009), afirma que o “social” no campo da saúde mental está incorporado no próprio modelo de atenção atual e esta perspectiva é produto da história de luta do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial que ampliou o debate dos direitos dos portadores de transtorno mental.

Já para Vasconcelos (2002), o campo da saúde mental é marcado por um dilema que articula, de forma complexa, as conquistas no campo social e no campo psicossocial, com o desenvolvimento de processos de subjetivação que buscam a autonomia e a reinvenção da sociabilidade, trabalho, moradia, lazer, educação, etc.

Conforme Machado (2009), atualmente, passamos por uma mudança no campo da saúde mental, em que se busca um aprofundamento dos aspectos sociais na desinstitucionalização, enfatizando a cidadania e inclusão social dos portadores de transtornos mentais.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 e a portaria 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial -RAPS, pontuando que o serviço de atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), direciona que o serviço deve ser constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar. Dentre os profissionais que devem compor essa equipe, insere-se o assistente social.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 2004).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Os CAPS são instituições com o objetivo de acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Para Machado (2009), os CAPS são considerados hoje um dispositivo estratégico da política de saúde mental, e um dos elementos centrais do que há de mais inovador nas propostas da Reforma Psiquiátrica. Os CAPS têm como função: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica.

Diferentes atividades são desenvolvidas nos CAPS, entre elas o atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento à família, atividades comunitárias, reuniões e serviços. (BRASIL, 2004). As demandas apresentadas para o Serviço Social nos CAPS, permitem ao profissional diferentes possibilidades de intervenção, que visam consolidar os princípios da política de saúde mental.

Quadro 1 - Atividades desenvolvidas no CAPS

Atividades desenvolvidas no CAPS.

Atendimento individual

Prescrição de medicamentos, psicoterapia,

	orientação
Atendimento em grupo	Oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal
Atendimento para a família	Atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares
Atividades comunitárias	Atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários
Assembleias ou Reuniões de Organização do	A Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço.
Serviço	Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido

Fonte: BRASIL, 2004.

Os serviços substitutivos, fruto da Reforma Psiquiátrica, Robaina (2010), se apresentam como mais um espaço sócio ocupacional para a atuação do Serviço Social, na qual expressivamente na década de 1990 ocorre uma intensificação da inserção de assistentes sociais nesses espaços. Assim, podemos considerar que a nova perspectiva que a saúde mental brasileira experimentou com a reforma psiquiátrica possibilitou uma atuação do Serviço Social numa perspectiva histórico-crítica.

Bisneto (2007), demarca que diante da complexidade do campo da saúde mental, em que entram fatores biológicos, psicológicos e sociais, apenas um ramo de conhecimento não dá conta da problemática. Assim, a atuação deve seguir a lógica interdisciplinar.

Os profissionais de nível superior são enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros

necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha. (BRASIL, 2005)

Dias *apud* Machado (2009) aponta que a orientação do processo de trabalho da equipe de saúde mental está calcada em:

- a) - Interdisciplinaridade: a atuação da equipe em considerar os diferentes campos de saber e a abordagem do sujeito como um todo, atento ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A perspectiva interdisciplinar não opera uma eliminação das diferenças: quanto na vida em geral, reconhece as diferenças e as especificidades, convive com elas, sabendo, contudo, que ela se reencontra e se complementa, contraditória e dialeticamente.
- b) Integralidade da atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo.
- c) Intersetorialidade: o desenvolvimento de ações deve ser integrado entre os serviços de saúde, outras políticas públicas e programas.
- d) Plano terapêutico individual: a assistência deve resultar na elaboração de um plano, pela equipe, de uma rotina personalizada para cada usuário, de acordo com necessidades terapêuticas, visando a sua melhora na socialização, educação em saúde e cuidados pessoais. (p. 370)

Para Vasconcelos (2005), as práticas interdisciplinares têm uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os membros e campos de saber que, gradativamente, pactuando problemáticas, saberes, valores e um projeto ético-político e assistencial comuns, que deverão reger todo o serviço ou programa, introduzindo a noção de finalidade maior, aos poucos tendem a questionar e redefinir a formação, as práticas e as identidades profissionais dos campos originais envolvidos.

De acordo com Nogueira e Miotto (2006), a interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

Conforme Bisneto (2007), os assistentes sociais não são capacitados pela formação universitária para entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política, o autor também afirma que na saúde mental há um vazio metodológico da categoria profissional. Portanto, o saber profissional do Serviço Social não é suficiente para responder esta demanda, sendo necessário a contribuição de outros saberes para a compreensão desta realidade, ou seja, a interdisciplinaridade.

Para Iamamoto (2001), muitas vezes a ideia de trabalho em equipe vem carregada da concepção de que ao trabalhar em parceria, cria-se uma identidade entre seus integrantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais no trabalho coletivo. Entretanto, é necessário, nesse contexto atual, que os assistentes sociais desmistifiquem esta ideia, tenham cada vez maior clareza no trato da mesma e que cultivem sua identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto.

Conforme Machado (2009), o assistente social se diferencia e se legitima na equipe a partir dos seus conhecimentos acerca das políticas públicas e dos direitos sociais. Desta forma, contribui para o enfrentamento da questão social imbricada no processo de saúde/sofrimento psíquico, que vem ao encontro da concepção de saúde “ampliada”, presente na Constituição de 1988.

A pandemia do coronavírus mudou a realidade da saúde em todo o país, mas também trouxe reflexos profundos sobre a saúde mental. Os CAPS também tiveram que se adequar e passar por diversas mudanças como o atendimento remoto, por telefone, vídeo ou email, especialmente no caso de atendimentos em grupo, tornando assim apenas os atendimentos emergenciais presenciais ou visitas domiciliares em casos específicos.

Este processo de adaptação aos novos meios de contato interpessoal e de cuidados com o coletivo também exigiu do Serviço Social novas formas do fazer profissional, pois se depararam com uma mudança na rotina e o impacto em pacientes que não frequentavam as unidades da Rede de Atenção Psicossocial.

Para Miotto e Alves (2020), a pandemia da Covid-19 colocou ao sistema de serviços de saúde o dilema de desenvolver a tecnologia de cuidado mais nobre da área: a tecnologia leve, que envolve a capacidade de encontrar, de oferecer alternativas, de pensar projetos de autocuidado. Assim complementam as autoras:

Por tudo isso, a peculiaridade desse momento nos impõe também a urgência de aprofundar o conhecimento sobre as requisições dirigidas aos assistentes sociais pela política social e como essas requisições se configuram no campo das instituições e dos serviços sociais. Conhecimento esse que está associado à defesa dos direitos sociais como o único caminho capaz, no contexto das sociedades capitalistas, de augurar uma sociedade mais protetiva e menos desigual. (MIOTTO, ALVES, 2020, p. 2)

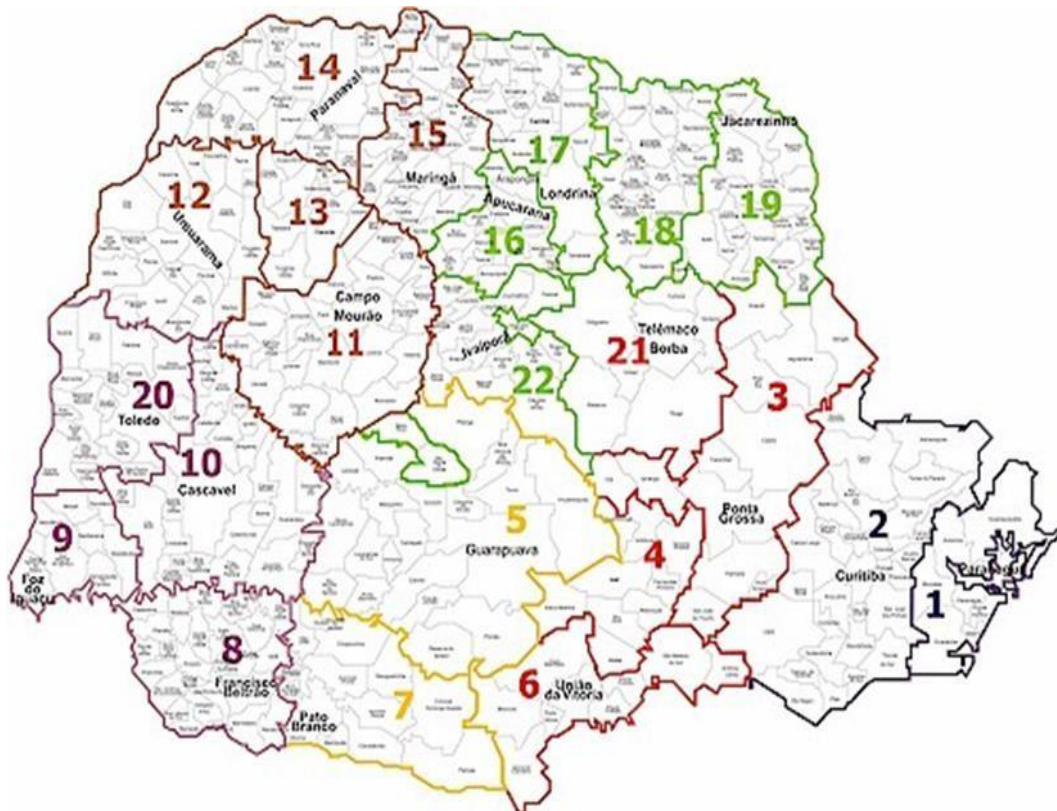
A atuação do Serviço Social na saúde ou ainda mais especificamente na saúde mental, ressaltamos que os espaços institucionais denominados CAPS, são orientadas e norteadas por direitos e deveres que constam no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação

da Profissão, além de ser tratado do assunto no terceiro item do documento intitulado Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

3. A SINGULARIDADE DO UNIVERSO PESQUISADO

A administração político-administrativa da saúde no Estado do Paraná é dividida em quatro (4) macrorregionais, que por sua vez são subdivididas em regionais de saúde. Os municípios de abrangência da pesquisa estão situados na Macrorregional Oeste do Paraná, onde estão as seguintes Regionais de Saúde: 10ª Regional de Saúde - Cascavel; 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu; 8ª Regional de Saúde - Francisco Beltrão; 7ª Regional de Saúde - Pato Branco e 20ª Regional de Saúde - Toledo.

Figura 1: Mapa Regionais de Saúde do Estado do Paraná



Fonte: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – 2021

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde – SESA (2021), a Rede Estadual de Atenção Psicossocial conta com diversos componentes: atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Figura 2: Mapa dos municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde



Fonte: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - 2021

Segundo dados da SESA (2021), são 52 ambulatórios distribuídos em 19 regionais de saúde, 143 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todas as modalidades, 132 leitos psiquiátricos e 21 leitos de saúde mental em hospitais gerais, 13 hospitais psiquiátricos, sendo um hospital próprio, que contam com 1.884 leitos e 16 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). (SESA, 2021)

O paciente de saúde mental pode ser encaminhamento para ambulatórios, CAPS, Serviços Integrados de Saúde Mental (SIMPR), entre outros, sempre mantendo a vinculação com a APS (Atenção Primária a Saúde). Os Serviços Integrados de Saúde Mental (SIMPR) são um dos diferenciais da rede. Atualmente seis regiões já contam com o serviço, Guarapuava, Marmeleiro, Cascavel, Cornélio Procópio, Coronel Vivida e Toledo.

A ARSS (Associação Regional de Saúde do Sudoeste), a qual tem por finalidade atender as consultas especializadas na rede pública de saúde atende os 27 municípios da 8ª Regional de Saúde, oferecendo diversos serviços de média e alta complexidade em saúde, além de manter o MACC-Modelo de Atenção as Condições Crônicas, onde também oferece atendimento na especialidade de psiquiatria.

No sudoeste do Paraná não há hospitais psiquiátricos e nem leito psiquiátrico em Hospital Geral e havendo a necessidade de internação psiquiátrica os pacientes são

encaminhados para unidades hospitalares dentro do Estado do Paraná através da regulação central de leitos, que classifica a urgência e a especificidade do internamento.

A maioria dos municípios da região são de pequeno porte, ou seja, com menos de 20.000 mil habitantes, todos possuem Departamento Municipal de Saúde, e a saúde mental é atendida nas Unidades Básicas de Saúde. Os municípios de Francisco Beltrão, Dois Vizinhos, Barracão, Boa Esperança do Iguaçu e Salto do Lontra possuem Ambulatório de Saúde Mental e todos são referenciados ao CRE- Centro Regional de Especialidades no município de Francisco Beltrão o qual dispõe de atendimento na especialidade de psiquiatria.

3.1 Os CAPS integrantes da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

Os CAPS são diferentes entre si quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas, sendo assim cada CAPS do universo da pesquisa possui suas especificidades. Também é importante ressaltar a diferença quanto ao público atendido em cada tipo de CAPS, sendo que na abrangência da 8ª Regional de saúde não há CAPSi, possui apenas 01 CAPS ADIII que faz atendimento regional e fica localizado no município de Marmeleiro e os demais são CAPS I e CAPS II, esse a diferenciação se dá apenas por conta do número de habitantes e que o município de Francisco Beltrão é o único município da 8ª Regional de saúde com mais de 70.000 mil habitantes, portanto contempla 01 CAPS II.

Na abrangência territorial que compõe a 8ª Regional de Saúde do Paraná, neste momento há 06 (seis) CAPS I, sendo que o universo da pesquisa irá completar 05 unidades, considerando que atuo em um dos CAPS I, o qual se localiza no município de Marmeleiro, portanto é inviável minha participação a qual iria descaracterizar uma relação de neutralidade entre pesquisador e objeto.

Entre os municípios de abrangência da 8ª Regional de Saúde, os quais possuem serviços de CAPS I são: Dois Vizinhos, Capanema, Francisco Beltrão, Marmeleiro, Realeza e Santo Antônio do Sudoeste, sendo que Realeza e Marmeleiro atendem outros municípios por terem menos de 20.000 mil habitantes, sendo critério para implantação da sede do CAPS.

Quadro 2: Municípios da 8ª Regional de Saúde com sede de CAPS

Municípios sede de CAPS na abrangência da 8ª Regional de Saúde do Paraná			
Município	Nº de Habitantes	Tipo de serviço	Data de implantação
Capanema	19.172	CAPS I	2014
Dois Vizinhos	41.424	CAPS I	2006
Francisco Beltrão	93.308	CAPS II	2003
Marmeleiro	14.407	CAPSI CAPS ADIII	2013 2014
Realeza	16.976	CAPS I	2013
Santo Antônio do Sudoeste	20.354	CAPS I	2011

Fonte: População; IBGE; 2021.

Como se percebe a implantação dos CAPS iniciaram em 2003, desde então foram sendo implementados gradativamente, embora seja possível perceber que houve uma estagnada depois de 2014. Segundo o coordenador de Saúde Mental da 8ª Regional de Saúde, Hamilton de Oliveira Minas, em reuniões realizadas com Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores Municipais de Saúde Mental e profissionais da área, é possível identificar a necessidade de ampliação de serviços na saúde mental, principalmente a implantação de leitos psiquiátricos na região e a implantação de CAPSi regional, considerando a crescente demanda deste segmento.

3.2 Percurso Metodológico da Pesquisa

A interlocução com o materialismo histórico dialético possibilita ao profissional de Serviço Social o estabelecimento de mediações para uma reflexão acerca da ontologia do ser social, este tido em sua totalidade como um sujeito histórico que, pela sua posição e função

nas condições de existência na sociedade burguesa, é um ser ativo para apreender a essência, estrutura e dinâmica desta sociabilidade. Para responder como o documento intitulado Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde, optou-se pela análise dos dados através do método do materialismo histórico dialético, levando em consideração o movimento do objeto de estudo.

A pesquisa bibliográfica é o primeiro passo da pesquisa, e dará a base para o entendimento da política de saúde e de saúde mental e, para a compreensão da inserção do Assistente Social nestes espaços ocupacionais.

Para Gil (1991) a pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet, enquanto que, para o autor, a pesquisa documental é elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico, neste caso o estudo das legislações referentes a política de saúde mental.

Esta pesquisa é de cunho qualitativo, que “abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados” (MINAYO, 1998, p.11).

Utilizou-se do instrumental baseado em um questionário semiestruturado apresentado na plataforma do Google Forms para coleta de dados, considerando a especificidade do momento em que estamos vivendo, diante da Pandemia do COVID-19²⁸.

Primeiramente, foi realizado contato telefônico para apresentação da pesquisa e mobilização da categoria para participar do processo. Em seguida, foi informado através do e-mail o endereço eletrônico para que pudessem responder o questionário.

Todos os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e se dispuseram a fazer parte da pesquisa. O documento foi enviado por e-mail, sendo assinado pelos sujeitos da pesquisa e posteriormente escaneados e encaminhados a pesquisadora.

O roteiro de perguntas foi elaborado com base no documento Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, procurando contemplar as questões propostas nos eixos do

²⁸ A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o Covid-19, causado pelo novo coronavírus, é uma pandemia. Segundo a Organização, pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença que se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa. Devido à alta taxa de transmissão foram necessárias várias medidas de prevenção, com restrições, isolamento, uso de máscara e distanciamento social.

documento, sendo eles: Ações de Atendimento direto ao usuário, Ações de mobilização, participação e controle social, Ações de investigação, Planejamento e Gestão e Ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

Buscando prevenir ou diminuir os riscos, os sujeitos da pesquisa tiveram suas respostas tratadas de forma anônima e confidencial, não sendo divulgado seu nome em qualquer fase da pesquisa. Além disto, a participação foi voluntária, e não houve recusa de nenhum profissional em participar da pesquisa.

Respeitando a dignidade humana dos sujeitos da pesquisa, o pesquisador também estará embasado no Código de Ética profissional do assistente social, Lei n.8662/93, que dentre outras normativas, em seu Art. 2, prevê o direito de realização de estudos e pesquisas desde que resguardados os direitos de participação dos indivíduos ou grupos envolvidos neste trabalho.

Os dados foram coletados e as informações foram condensadas em gráficos ou tabelas e posteriormente analisados e interpretados por meio da técnica de análise de conteúdo.

3.3 Apresentação e análise dos dados da pesquisa

Para apresentação e análise de dados foi utilizado as respostas do questionário semiestruturado aplicado através da Plataforma Google Forms aos participantes da pesquisa. A sistematização foi composta de por 19 (dezenove) questões, sendo 14 objetivas e 5 questões abertas descritivas tendo o objetivo de conhecer a realidade do objeto estudado.

As questões abordam conteúdo referente ao documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, tendo como foco principal o terceiro item, o qual aborda a Atuação do Assistente Social na Saúde. Esse propõe a apresentação das atribuições e competências gerais do profissional, enfatizando ações deste na área da saúde, sendo posteriormente explicitada as principais ações do Serviço Social nesta política.

Na política de saúde o Assistente Social atua em quatro eixos principais, sendo eles: Atendimento direto aos usuários (ações socioassistenciais, ações de articulação com a Equipe de Saúde e ações socioeducativas), mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional.

Partindo dessas categorias, foram realizadas as perguntas, e mesmo não contemplando todos os eixos, buscou-se a aproximação da prática cotidiana dos assistentes sociais nos CAPS de acordo com a perspectiva Marxiana, compreendendo que todas as relações humanas

são pautadas na historicidade do movimento do objeto, buscando situar essa prática em dado tempo e espaço institucional.

Ao ser perguntado há quanto tempo o profissional é formado, observou-se que o tempo da formação varia de menos de 02 anos há mais de 10 anos, sendo que 02 profissionais se formaram há menos de 02 anos e outros 02 profissionais há mais de 10 anos, e somente 01 profissional há mais de 05 anos.

Conforme Imamoto (1999), reafirma-se a dimensão contraditória das demandas e requisições sociais que se apresentam à profissão, expressão das forças sociais que nelas incidem: tanto o movimento do capital quanto os direitos, valores e princípios que fazem parte das conquistas e do ideário dos trabalhadores.

A formação acadêmico-profissional em Serviço Social no Brasil sofre importantes mutações na atualidade, sendo uma delas o crescimento do quadro profissional nas últimas décadas, decorrente da expansão acelerada do ensino superior privado, inclusive a distância, o que tem implicações na qualidade acadêmica da formação.

Para Koike (2010), as transformações societárias desencadeadas pelo movimento que as classes sociais, suscitam novas exigências às práticas profissionais, aos processos da formação profissional e à organização dos sujeitos da profissão. Conforme a autora:

Com renovada capacidade intelectual, ético-política e organizativa, a categoria profissional, as unidades acadêmicas, docentes e discentes da graduação e pós-graduação, sob a coordenação de suas entidades representativas apresentaram-se, à entrada dos anos de 1990, para um amplo repensar coletivo e democrático da profissão. Cabia redimensionar o projeto profissional, a partir de então denominado projeto ético-político, frente às alterações no mundo do trabalho, nas manifestações da questão social, nas práticas do Estado e suas relações com as classes sociais. (KOIKE, 2010, p. 12)

De acordo com Imamoto (1992), a concepção emancipatória que não está na origem da profissão e nem se fez espontaneamente, mas que tem história tecida nas lutas sociais, pelas quais se deram condições sociopolíticas que possibilitaram os assistentes sociais brasileiros estruturar um projeto profissional crítico que em seu desenvolvimento rompe com as matrizes conservadoras do Serviço Social.

As novas configurações do Serviço Social no Brasil, a partir de um novo projeto pedagógico que a profissão foi construindo para a formação reflete no perfil de atuação profissional que o assistente social está condicionado.

Para Koike (2010), do ponto de vista de sua estrutura lógica e como proposta pedagógica, o projeto da formação profissional, consolidado nas diretrizes curriculares

apresenta longo alcance em assentar o ensino-aprendizado na dinâmica da vida social e posicionar o profissional na realidade sócio institucional.

Na questão seguinte foi perguntado aos participantes se consideravam a formação acadêmica suficiente para atuar junto a saúde mental, bem como foi solicitado que justificassem a resposta posteriormente.

A maioria dos profissionais considera que sua formação acadêmica foi insuficiente para respaldar a atuação junto a saúde mental. Sendo que apenas um dos entrevistados considerou que a formação acadêmica proporciona formação satisfatória no que diz respeito a saúde mental, as justificativas dos profissionais apresentam as seguintes considerações:

Sujeito A: *“Pouco se abordou sobre saúde mental na graduação”*.

Sujeito B: *“Durante a graduação faltou material teórico sobre saúde mental”*.

Sujeito C: *“Humanitária”*

Sujeito D: *“A prática do exercício profissional diário faz com que busque por mais conhecimentos específicos sobre o tema”*.

Sujeito E: *“Na grade curricular do curso de graduação não existia disciplina específica em saúde mental, assim o embasamento advém da prática cotidiana e na busca por conhecimentos com leitura e pesquisa seja legislação ou estudos científicos, isso ocorre também com outras áreas de atuação, pois só o embasamento da graduação não é suficiente para a atuação profissional exigindo a busca por novos conhecimentos fazendo com que uma complemente a outra”*.

De acordo com os profissionais entrevistados, os mesmos referem-se à formação profissional, que não consegue dar todas as respostas que os profissionais buscam para a atuação profissional, considerando o atual contexto sanitário e social, sabe-se que a demanda envolvendo a saúde mental tende a ficar mais expressiva, levando um maior contingente de pessoas ao adoecimento mental e ao conseqüente aumento de demanda para a área.

Nesse sentido, embora as diretrizes curriculares, não propunham disciplinas específicas de Política de Saúde Mental nos cursos de graduação, as disciplinas abrangem as políticas sociais e sua instrumentalidade.

A partir da perspectiva de uma formação generalista, cabe ressaltar que a formação do assistente social permite a interlocução com diversas áreas, uma vez que propicia

competências e habilidades amplas e diversas, calcadas em bases sólidas da sua identidade profissional, seu projeto profissional e seu código de ética.

Os CAPS, após a implantação da Reforma Psiquiátrica a partir da Lei 10.216/2001, representam o principal dispositivo alternativo à internação psiquiátrica e incorpora o Serviço Social por estar no âmbito das profissões reconhecidas na política de saúde, sendo possível o profissional contribuir para a intersectorialidade na perspectiva de fortalecer os direitos sociais e principalmente o direito a saúde.

Para Netto (1996), a formação profissional deve ser contínua, a partir de uma formação generalista, como possibilidade de aprofundamento em uma área de atuação específica, e considera que:

[...] a curto prazo o problema da formação profissional não pode continuar se colocando mais como restrito à preparação das novas gerações de profissionais: tem que incluir os milhares de assistentes sociais já diplomados e que se vêm fortemente pressionados pelas restrições do mercado de trabalho. Cursos de especialização, de reciclagem, de atualização profissional etc., que atendam às exigências de intervenção localizada (ação focal), terão que ser implementados rapidamente. E a questão central, na implementação desses cursos, é óbvia: reside no modo como se tornará a intervenção localizada, de que se trate – tomá-la como tal, na sua imediaticidade de demanda operativo-instrumental, pode ser o enquadramento oferecido pelas vertentes profissionais que contestam a direção social estratégica; para as vertentes comprometidas com esta, o trato operativo-instrumental deve ser necessariamente, conectado à compreensão da problemática em tela e da ação focal no sistema de relações da sociedade brasileira. (NETTO, 1996, p. 124-125).

Iamamoto (2008), elenca os pressupostos para uma formação conectada com os novos tempos, o rompimento com a visão endógena objetivando a construção de um profissional propositivo, a profissão precisa ser entendida como um tipo de trabalho na sociedade, que está inscrito na divisão técnica, sendo socialmente necessário, ou seja, precisa estar atenta aos processos macroscópicos que estão presentes em todas as especializações do trabalho e privilegiar a produção e reprodução da vida social da classe que vive do trabalho dentro das mais variadas dimensões.

Complementa Iamamoto (2008), os desafios postos pela sociedade capitalista exigem um profissional comprometido com os valores ético-humanistas, com os valores de liberdade, igualdade e justiça, como pressupostos e condição para a autoconstrução de sujeitos individuais e coletivos, criadores da história.

A autora elenca os pressupostos para uma formação conectada com os novos tempos, a saber:

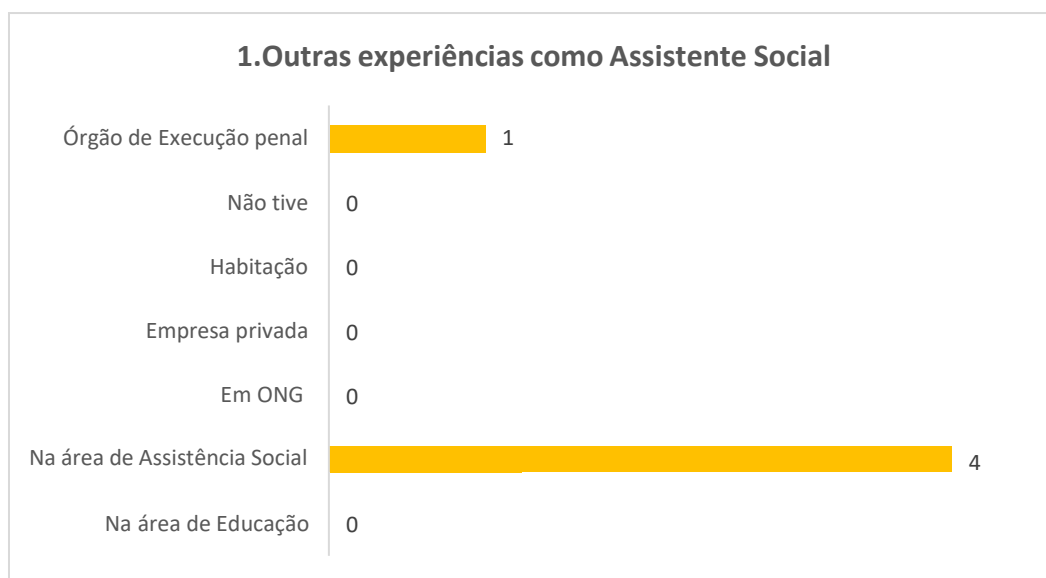
[...] a) o rompimento com a visão endógena objetivando a construção de um profissional propositivo, superando certos paradigmas como as atividades burocráticas e rotineiras, bem como atitudes fatalistas e messiânicas; b) a profissão precisa ser entendida como um tipo de trabalho na sociedade, que está inscrito na divisão técnica, sendo socialmente necessário, ou seja, produzindo serviços que atendam às necessidades sociais – valor de uso – logo, precisa estar atenta aos processos macroscópicos que estão presentes em todas as especializações do trabalho; c) o privilegiar a produção e reprodução da vida social da classe que vive do trabalho dentro das mais variadas dimensões.(IAMAMOTO, 2008, P.185)

Portanto o Serviço Social é uma classe trabalhadora reconhecida pela sua formação generalista e capacidade de analisar a realidade social a partir da conjuntura social, econômica, política e cultural do país.

Na pergunta seguinte foi questionado sobre as experiências profissionais dos participantes, pois o Serviço Social mesmo sendo reconhecida como profissão da saúde, tem sua intervenção muito abrangente o que permite terem experiências em outras políticas públicas.

Como pode ser observado no gráfico abaixo, a maioria dos participantes da pesquisa responderam que já atuaram na Política de Assistência Social e um participante respondeu ter atuado junto a um programa de execução penal, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1: Outras Experiências como Assistente Social



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

As políticas sociais se constituem em espaço para a consolidação da profissão e o assistente social se insere no mercado de trabalho, enquanto trabalhador assalariado, com a

função de executar políticas sociais voltadas ao atendimento das expressões da questão social, majoritariamente propostas pelo Estado.

O Serviço Social enquanto profissão emerge pela necessidade do Estado em dar respostas às mazelas da questão social, mesmo com cunho conservador e aliado aos princípios da Igreja atuou historicamente junto à política de Assistência Social.

É importante frisar que historicamente a Assistência Social tem sua gênese vinculada e compreendida a partir do processo de conformação da identidade subalterna de seus usuários. Para Yazbek (2015), diante disso, um grande desafio se coloca, poderia a Assistência Social constituir-se em espaço de protagonismo para os subalternos ou reiterava sua condição.

Nesse contexto, vale realçar que a Assistência Social é atualmente um dos campos mais visados pelos Assistentes Sociais, pois com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), muito se ampliou o campo de atuação para essa categoria, passando a assistência a ser atualmente um dos setores que mais requisita o profissional Assistente Social.

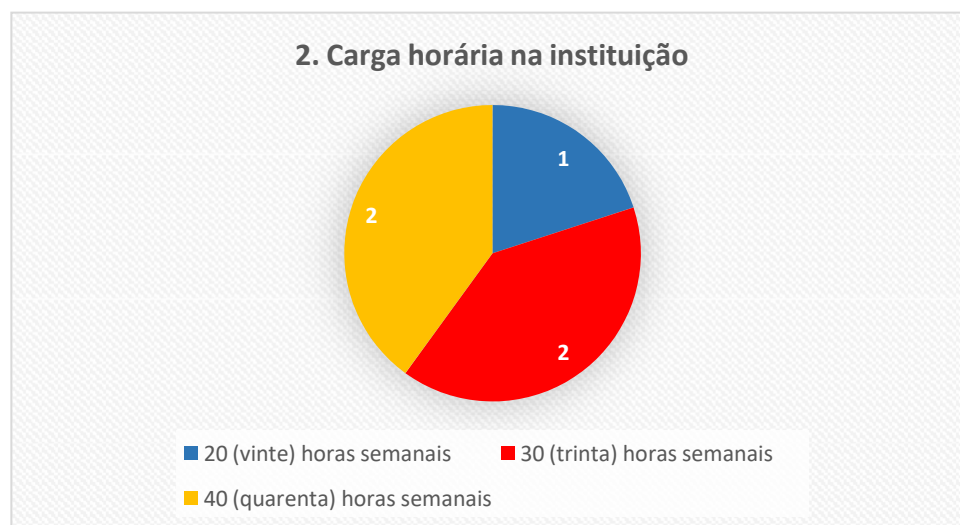
Iamamoto (2008) elucida, que é importante considerar que o exercício profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses sociais. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução do antagonismo dos interesses sociais.

A experiência profissional junto a Política de Assistência Social contribui na intervenção profissional, pois além de conhecer o fluxo da rede, o profissional consegue auxiliar o paciente na acessibilidade de outros serviços, programas, projetos e benefícios existentes enquanto sujeito de direitos, compreendendo a importância de não ser um agente repressor e fiscalizador do Estado.

Ao ser perguntado sobre o tempo de atuação no CAPS a maioria está há mais de 05 anos na instituição, o tempo de atuação na instituição permite ao profissional reconhecer os limites de intervenção, mas por outro lado permite conhecer os pacientes e familiares, fortalecendo os vínculos institucionais e construindo possibilidades de emancipação.

Foi perguntado qual é a carga horária dos profissionais inseridos nos CAPS, 02 deles trabalham 30 horas semanais, porém há profissionais que atuam 40 horas e os que atuam 20 horas. O questionamento quanto às 20 horas é porque alguns profissionais não são exclusivos no serviço, o que muitas vezes pode comprometer o trabalho do Serviço Social, pois além do profissional limitar-se ao tempo, por vezes acaba sobrecarregado de trabalho. O gráfico 2 é respectivo a essa pergunta:

Gráfico 2: Carga horária na instituição



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

As discussões acerca das condições de trabalho dos profissionais de Serviço Social têm sido ampliadas desde o início deste século. A luta e a conquista dos profissionais pela jornada semanal de 30 horas, sem redução salarial, têm ganhado evidência nos debates, porém essa discussão sobre a conquista das 30 horas semanais pelos profissionais de Serviço Social não pode ser interpretada como algo isolado, desconectado de uma realidade concreta, pois as condições e as relações de trabalho só podem ser analisadas a partir de um contexto histórico.

Santos (2010), evidencia a ação política do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) na defesa das condições de trabalho dos assistentes sociais. Conforme a autora a ação, que visou a melhorias nas condições de trabalho dos assistentes sociais, foi articulada pelo conjunto: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Conselho Regional de Serviço Social (CRESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); e Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

De acordo com CFESS (2011), o processo para implementação das 30 horas se iniciou em 2007, mas concretizou-se após a aprovação da Lei 12.317/1010. É importante ressaltar que antes de se manifestar favorável ao PL, representantes do CFESS-CRESS e Seccionais reuniram-se em audiências com seu autor e relator, quando foi possível esclarecer algumas preocupações como, por exemplo: o risco de haver redução salarial; o risco de provocar ampliação na jornada de profissionais que exercem carga horária inferior a de 30 horas; e o risco de emendas com alterações em artigos da Lei 8.662/1993.

Conforme apontamentos do CFESS (2011):

[...] pesquisas mostram que, depois dos policiais e professores, somos uma das categorias mais expostas ao stress e riscos para a saúde.” A historicidade da profissão confirma que os assistentes sociais estão sujeitos ao desgaste físico e mental, tanto quanto aos demais trabalhadores. Ao lidar com situações complexas e com políticas marcadas pela escassez de recursos, o profissional se vê em um campo minado de tensões, tendo que responder às demandas, mesmo em circunstâncias adversas. (CFESS, 2011, P.27)

Embora tenha sido positiva a luta pelas 30 horas, cabe ressaltar que essa luta dos assistentes sociais deve ser compreendida no conjunto de luta da classe trabalhadora, pois é evidente que a organização coletiva dos trabalhadores é um movimento necessário para se fazer frente às diversas formas de violação dos direitos, e ainda é preciso considerar que a Lei não beneficiou a todos os profissionais inseridos no mercado de trabalho, portanto a luta continua.

Foi perguntado aos participantes a partir dos referenciais e atribuições do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a profissão, “Você busca respaldo para sua intervenção e reconhecimento da profissão no espaço institucional?” Nesse sentido os profissionais responderam:

A: “*Sim*”

B: “*Sim*”

C: “*Baseada na legislação vigente e código ética Profissional*”

D: “*Sim*”

E: “*Em partes sim, acredito que a maior dificuldade está em designar atribuições que não condizem com as estabelecidas nas legislações e documentos referenciados*”

O conhecimento é, sem dúvida, o principal instrumento de trabalho em qualquer área, pois permite que o profissional tenha uma real dimensão das diversas possibilidades de intervenção, sendo assim o assistente social deve apropriar-se dos documentos inerentes a profissão para intervir respaldado nas dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas do Serviço Social.

Ao ser perguntado sobre formação permanente do profissional, a qual tem sido uma reivindicação da categoria, pois o aperfeiçoamento principalmente na especificidade da política em que atua é fundamental. Na saúde mental a maioria dos profissionais participaram de capacitações, porém percebe-se que esta não é uma proposta para todos dos profissionais e

ainda, a maioria das capacitações são voltadas as especificidades e necessidades da instituição, não havendo registro de capacitações tendo como referenciais temas relacionados ao Serviço Social.

Sujeito A: *“Matriciamento em Saúde Mental; Congresso Paranaense de Psiquiatria”*

Sujeito B: *“Sobre estratificação em saúde mental”*

Sujeito C: *“Não”*

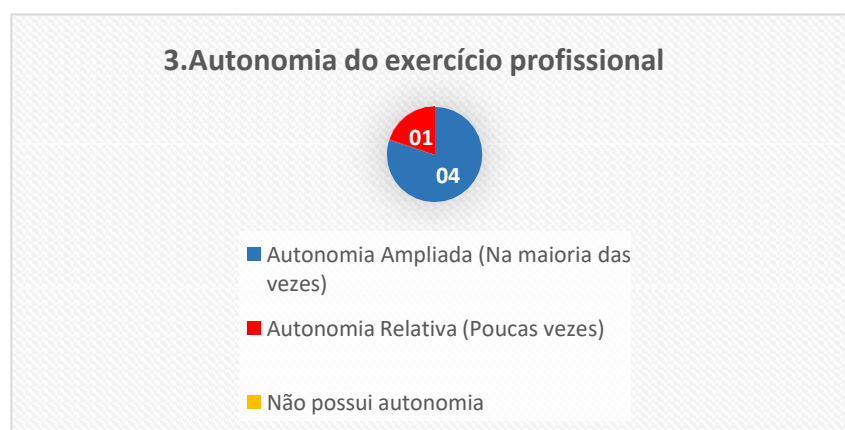
Sujeito D: *“Seminário – saúde mental e prevenção do suicídio na pandemia - intersectorialidade em saúde mental: ações conjuntas em meio as tensões cotidianas”*

Sujeito E: *“Não participei”*

As capacitações devem ser permanentes no sentido de aprimorar a intervenção profissional, percebe-se na pesquisa que os profissionais se capacitam principalmente em temas pertinentes a atuação cotidiana, ou seja, na saúde mental principalmente, porém não podemos esquecer da formação permanente do Serviço Social enquanto profissão, retomando práticas e teorias que contribuam na perspectiva de aprofundar e socializar o conhecimento acumulado, conectado ao projeto profissional, pois no enfrentamento das dificuldades que se apresentam no exercício da profissão.

Os profissionais consideram que possuem autonomia no exercício da profissão na instituição, nenhum dos entrevistados não se reconhece sem autonomia, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 3: Autonomia do exercício profissional



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Para Iamamoto (2008), na direção da expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que a orientam, competências teórico metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias à sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado às forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. A autora complementa:

Nesse sentido o profissional na defesa de sua relativa autonomia, no âmbito dos espaços ocupacionais, o assistente social conta com sua qualificação acadêmico-profissional especializada, com a regulamentação de funções privativas e competências e com a articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo, além das forças políticas das organizações dos trabalhadores que aí incidem. (IAMAMOTO, 2008, p. 422).

O código de ética profissional regulamenta como direito do assistente social a ampla autonomia no exercício da profissão. Nesse sentido, os profissionais devem se sentir seguros em sua atuação nos CAPS e em outros serviços sociais de saúde, pois ele tem autonomia para desenvolver atividades na realidade em que atua, conforme a própria criatividade.

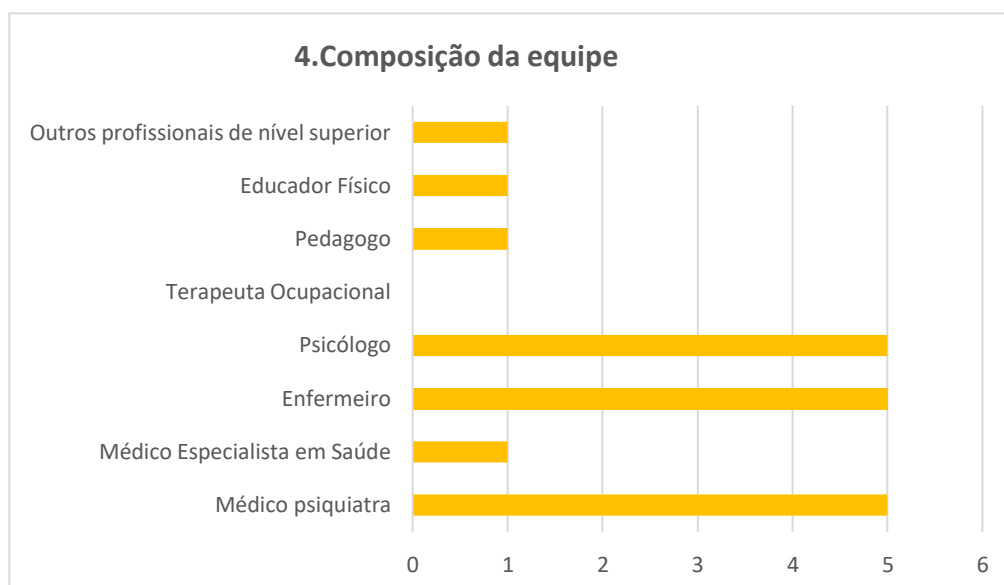
Diante disto, o CFESS (2010) assegura que: A definição das estratégias e o uso dos instrumentais técnicos devem ser estabelecidos pelo(a) próprio(a) profissional, que tem o direito de organizar seu trabalho com autonomia e criatividade, em consonância com as demandas regionais, específicas de cada realidade em que atua.

Em seguida foi questionado os sujeitos da pesquisa em relação ao número de pacientes atendidos na instituição, considerando seus diferenciais quanto ao tamanho, estrutura e público atendido. Na região sudoeste, a maioria dos municípios é de pequeno porte, e considerando o número de habitantes dos municípios observa-se a capacidade de atendimento.

É importante mencionar que a demanda apresentada aos CAPS representam um percentual bastante significativo, e aumenta a cada dia, sendo esta uma problemática que envolve vários determinantes sociais e exige cada vez mais serviços com equipe de trabalho qualificada e profissional suficiente para o atendimento desta demanda.

De acordo com as orientações em relação as normativas do CAPS, observamos que as Equipes Técnicas se diferem entre si, onde o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar nestes espaços de atendimento psicossocial se complementam. Foi perguntado aos participantes qual era a composição das Equipes onde trabalham, sendo pontuados conforme gráfico a seguir:

Gráfico 4: Composição da equipe



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Constatou-se que a composição da equipe mínima preconizada é respeitada na maioria das instituições e que os demais técnicos de nível superior se apresentam de maneira diferenciada. O foco está principalmente no médico psiquiatra, enfermeiro e psicólogo, não sendo identificado o profissional Terapeuta Ocupacional, o qual desempenha importante trabalho junto a Oficinas Terapêuticas.

Segundo Iamamoto (2009), o assistente social não realiza seu trabalho sozinho, mas sim como parte de um trabalho combinado ou de um trabalho coletivo que forma uma grande equipe de trabalho, sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas em conjunto para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas públicas ou privadas.

O trabalho dos profissionais de serviço social junto as equipes multidisciplinares compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos entre outros profissionais, é indispensável para o atendimento integral das necessidades biopsicossociais dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Todavia, de acordo com CFESS (2009), os assistentes sociais não devem permitir o obscurecimento ou a banalização da profissão nas ações multidisciplinares nos hospitais, por não fazerem uso de referências médicas, biológicas, psicológicas e patológicas, uma vez que o serviço social faz intensa alusão teórica dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, reforçando estratégias e experiências que efetivem o direito social à saúde.

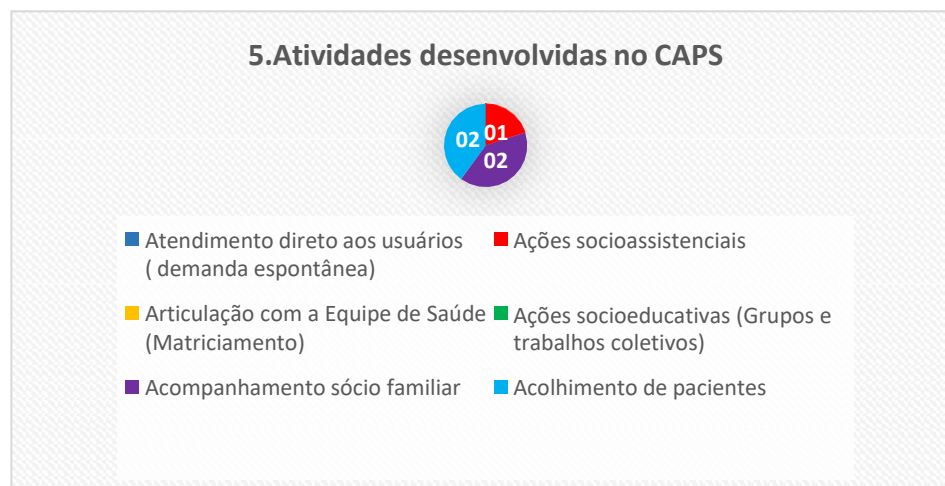
Para Mioto (2008), a interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de uma equipe multidisciplinar, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

Através da interdisciplinaridade é possível a integração do conhecimento e a oportunidade de busca de respostas aos desafios cotidianos, requisitando do profissional um olhar diferenciado e amplo para compreender a dinâmica determinada na realidade em que estamos inseridos.

Mioto e Nogueira (2006) evidenciam que, pelo fato do profissional estar situado no processo de trabalho coletivo em saúde, o assistente social, pautado na lógica dos direitos e da cidadania, a organização do seu trabalho abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos.

Para Guerra (1995) a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. Nesse sentido a instrumentalidade se manifesta nas ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários do serviço. Diante do exposto foi questionado os profissionais quanto as principais atividades que desenvolviam no CAPS, as quais vão de encontro com as ações previstas no documento “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, conforme observamos abaixo:

Gráfico 5: Atividades desenvolvidas no CAPS



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Segundo Martinelli (2007) o assistente social trabalha com pessoas vulnerabilizadas que pedem um gesto humano, um olhar, um sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.

Podemos destacar entre os principais atendimentos direto ao usuário, ele pode ocorrer de várias formas, como orientação, acolhimento, atendimento em grupo, reunião familiar, atendimento individual, além do fato de que a partir desses atendimentos o Serviço Social pode demandar de outros instrumentais para seus registros como relatórios, laudos e pareceres.

Sousa (2008), define a dinâmica de grupo como uma técnica em que se aplica jogos, brincadeiras e simulações de situações, com a intenção de promover reflexão a respeito de uma temática definida. Assim, os assistentes sociais podem trabalhar diversas temáticas com os pacientes inseridos nos grupos e oficinas, principalmente relacionados à família, direitos sociais, violência, dependência química, entre outros assuntos pertinentes ao grupo.

Outro instrumento utilizado pelos assistentes sociais na intervenção cotidiana em diferentes espaços, é o relatório social. Sousa (2008), caracteriza-se por ser o relato descritivo da execução de determinada atividade interventiva, realizada pelo profissional.

O relatório social por vezes é utilizado para registrar determinadas situações, para complementar informação junto a processos judiciais, para subsidiar ações de outros profissionais e de outras instituições, sendo um importante instrumento de aproximação da realidade do paciente, que pode contribuir na compreensão da singularidade do usuário das políticas sociais.

É importante assinalar que atendimento a pacientes e familiares ocorre a partir de demanda espontânea, sendo assim, se expressa no cotidiano e está associado a rotina profissional, as ações e atividades desenvolvidas com base na relação estabelecida entre os sujeitos institucionais, de como se dá a interação social, assim como os pacientes atendidos também expressam a vida cotidiana como terreno fértil as intervenções profissionais.

De acordo com Coelho (2013), a prática profissional é historicamente determinada por condições econômicas, ideopolíticas e socioculturais objetiva, que resulta e se explicita no processo de desenvolvimento sócio histórico do modo de ser da sociedade que a produziu.

Nessa direção, refletir acerca da prática profissional do assistente social significa apreendê-la em suas dimensões objetivas e subjetivas. Implica, portanto, estabelecer os nexos constitutivos entre a prática profissional e as relações sociais na sociedade capitalista que criam e recriam sua necessidade para intervir nas sequelas da questão social, a fim de apreender suas determinações sociais objetivas, sua direção social e o sentido a ela atribuído por seus agentes. Significa, ainda, afirmar que não há prática

descolada de intencionalidades, mesmo quando visam tão somente atender a uma demanda emergencial como, por exemplo, inserir uma família em um programa de renda mínima, ou executar procedimentos burocráticos para que um cidadão portador de necessidades especiais tenha acesso a uma cadeira de rodas, ou encaminhar um cidadão que necessita de atendimento médico-hospitalar para as unidades de referências, ou acompanhar e orientar um adolescente em relação as medidas sócio-educativas, ou elaborar um parecer social. Mesmo as práticas profissionais circunscritas as ações rotineiras e burocráticas reforçam uma determinada direção social, encontram-se permeadas de sentido e objetivam valores. (COELHO, 2013, P.135)

Para Lukács (2002) a vida cotidiana constitui uma mediação objetivo-ontológica entre a simples reprodução espontânea da existência física e as formas mais altas da genericidade agora já conscientes, precisamente porque nela, de forma ininterrupta, as constelações mais heterogêneas fazem com que os dois pólos humanos apropriados da realidade social, a particularidade e a genericidade, atuem em sua interrelação imediatamente dinâmica.

Netto (2000), fundamentando-se na concepção lukacsiana afirma que a vida cotidiana configura o mundo da heterogeneidade. Intercessão das atividades que compõem o conjunto das objetivações do ser social, o caráter heteróclito da vida cotidiana constitui um universo em que, simultaneamente, se movimentam fenômenos e processos de natureza compósita (linguagem, trabalho, interação, vida política e vida privada, etc.).

Os profissionais identificam como uma das principais atividades do Matriciamento. Entende-se por Matriciamento ou apoio matricial um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No caso dos CAPS ele é realizado junto às Equipes de Estratégia Saúde da Família para que o cuidado do paciente nas áreas de abrangência possa ser compartilhado.

Segundo Campos e Domitti (2007), a relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde, apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O acolhimento também é uma ação fundamental na saúde mental, entendendo-se que não há um acolhimento específico em saúde mental, mas pressupõe que ele deve acontecer de forma integral e humanizada, podendo ser realizado por técnicos que compõe a Equipe Técnica de saúde mental.

Para Mattos (2001) a integralidade deve ser considerada como um valor e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus pacientes, buscando reconhecer suas

demandas e necessidades de saúde. A integralidade leva em consideração o sofrimento e outros aspectos envolvidos na qualidade de vida dos sujeitos e da população, evitando a fragmentação e a redução do paciente ao sistema biológico.

Segundo, Brasil (2004):

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2004, p.18)

De acordo com Merthy (1999), qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, [...] criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como momentos de falas, escutas e interpretações, no que há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam neste encontro, momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado.

É importante ressaltar que nas relações de atendimento, os profissionais devem reconhecer a liberdade como valor ético central, assegurando devida informação e discussão diante das possibilidades e consequências das situações, de maneira a respeitar democraticamente as decisões dos pacientes e de seus familiares.

O assistente social desempenha um importante papel no que diz respeito as ações socioeducativas, as consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática, sua finalidade é proporcionar uma visão reflexiva e participativa aos usuários de serviços de saúde.

As ações socioeducativas em saúde, e principalmente em saúde mental, possibilitam ao paciente e familiares a compreensão da doença, da aceitação, e também das perspectivas de emancipação e autonomia do paciente. A adesão ao tratamento através da ação socioeducativa é de suma importância considerando que a própria doença acaba limitando o entendimento quanto a necessidade do tratamento e quanto a gravidade de sua doença.

Dentre os vários fazeres do assistente social, está incluído o trabalho e articulação com redes de atendimento, desta forma, dialogando, referenciando e contra referenciando com outros segmentos e políticas, como CRAS, CREAS, Ministério Público, UBS, CRE e até

mesmo UPA ou hospitais psiquiátricos. Realizando tais articulações, o profissional viabiliza os aspectos de intersectorialidade e integralidade da proteção social.

Quanto as ações de participação, mobilização e controle social explanadas no documento Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, estas são voltadas para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social. Nesse sentido, quando o profissional propõe junto aos gestores e coordenadores do CAPS a participação de todos no planejamento das ações da instituição e propõe a mobilização de todos em defesa da saúde e conseqüentemente da saúde mental, ele está atuando na perspectiva da democratização da gestão em saúde. De acordo com o documento:

Socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde; estimular usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; possibilitar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política social, são estas umas das principais ações desenvolvidas pelo assistente social no campo da mobilização, assim como participar da ouvidoria com a preocupação de democratizar questões evidenciadas pelos usuários, reunindo-se com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde coletivizando as questões e interferindo no planejamento da instituição de forma coletiva (CFESS, 2009 p.31).

Foi perguntado aos entrevistados, se equipe e usuários conseguiam identificar o trabalho do Serviço Social nos CAPS I onde atuam, sendo que para os profissionais participantes da pesquisa, usuários e equipe conseguem visualizar o trabalho do Serviço Social na instituição, conforme justificam:

Sujeito A: “Sim. Com o passar dos anos, o Serviço Social dentro do CAPS I ganhou espaço e relevância, definindo suas atribuições dentro da instituição, sendo o profissional que irá identificar as necessidades dos usuários e as condições em que este se insere, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Porém, vale ressaltar que devido a falta de equipe técnica mínima, o Serviço Social ainda assume atribuições genéricas”.

Sujeito B:” Sim, mas algumas vezes equipe acredita que o Assistente Social deva desenvolver ações que não condizem com as práticas do serviço social”.

Sujeito C: *“Sim, pelo trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar”*

Sujeito D: *“O trabalho é realizado em equipe, identificados pela atribuição e competência dos profissionais”.*

Sujeito E: *“Acredito que relativamente sim. (e aqui eu abro um parênteses Luciani, quando falamos hoje acabei não falando a você que desde o início do novo mandato do prefeito eleito foi realizado a contratação de uma profissional formada em serviço social, porem essa foi contratada para assumir a coordenação do CAPS então acaba por atender a demanda toda de saúde do município e não somente a demanda de saúde mental, na minha percepção ela até desenvolve coisas que vão muito além das nossas atribuições como assistentes sociais, e por vezes eu ainda acabo realizando alguns atendimento em parceria com ela quando ela solicita a minha presença) por isso acredito que nem sempre há a percepção correta das ações que nos profissionais do serviço social deveríamos realizar dentro da política de saúde mental.”*

Durante muitos anos a profissão caracterizou-se por um fazer profissional cuja centralidade estava apenas na dimensão interventiva, sendo que a própria profissão foi se reconstruindo para que hoje sua prática seja entendida para além de uma mera atividade profissional.

O Serviço Social como trabalho, tem sua intervenção direta na vida do paciente e da Equipe, por isso precisa enfatizar a natureza qualitativa desta intervenção, se assim o fazer profissional pode ser identificado em sua ação.

De acordo com Iamamoto (2009), esta intervenção deve ser orientada a um fim como respostas as necessidades sociais, materiais e espirituais condensadas nas múltiplas expressões da questão social de segmentos sociais das classes subalternas na singularidade de suas vidas”

Para Martinelli (2006), à medida que os projetos de identidades se afinam, expressam uma consciência partilhada, são sujeitos que lutam por vontades históricas determinadas. Assim, numa perspectiva micro e macrosocial, esse projeto exige da categoria uma postura,

um posicionamento frente à disputa de classe, uma disputa de concepção, uma disputa política.

Ou seja, o Serviço Social precisa ser percebido em sua intervenção, precisa ser identificado em suas ações, pois a neutralidade não existe, e sendo assim precisa de impor em seu ser, saber e fazer.

Em seguida foi perguntado aos sujeitos da pesquisa se havia planejamento nas ações a serem desenvolvidas no CAPS, pois o planejamento das ações a serem executadas pelo Serviço Social é tão importante quanto a execução das atividades, nesse sentido os profissionais responderam:

Sujeito A: *“Todo o planejamento de ações dentro do CAPS são desenvolvidas em equipe, sendo que cada membro define suas atribuições privativas, dentro de cada profissão”.*

Sujeito B: *“São feitas semanalmente de acordo com a especificidade de cada paciente atendido”.*

Sujeito C: *“Reunião de equipe”.*

Sujeito D: *“Realizado através das ações de articulação com a equipe multiprofissional, identificação da demanda de atendimentos e encaminhamentos para rede primária e/ou secundária”.*

Sujeito E: *“Devido a sobrecarga de trabalho e dividir funções não há planejamento efetivo.”*

O planejamento é basicamente um processo de racionalidade, está inerente à natureza humana, e faz parte tanto da vida pessoal de cada indivíduo como é fundamental no desenvolvimento de qualquer trabalho. No que diz respeito à gestão pública de serviços e ações o impacto do planejamento se expressa no cotidiano institucional.

Para Baptista (2002), no processo de planejamento, é realizado no momento em que, após a tomada de um conjunto de decisões, definidas em face de uma realidade determinada, inicia-se o trabalho de sistematização das atividades e dos procedimentos necessários para o alcance dos resultados previstos. A autora prossegue afirmando:

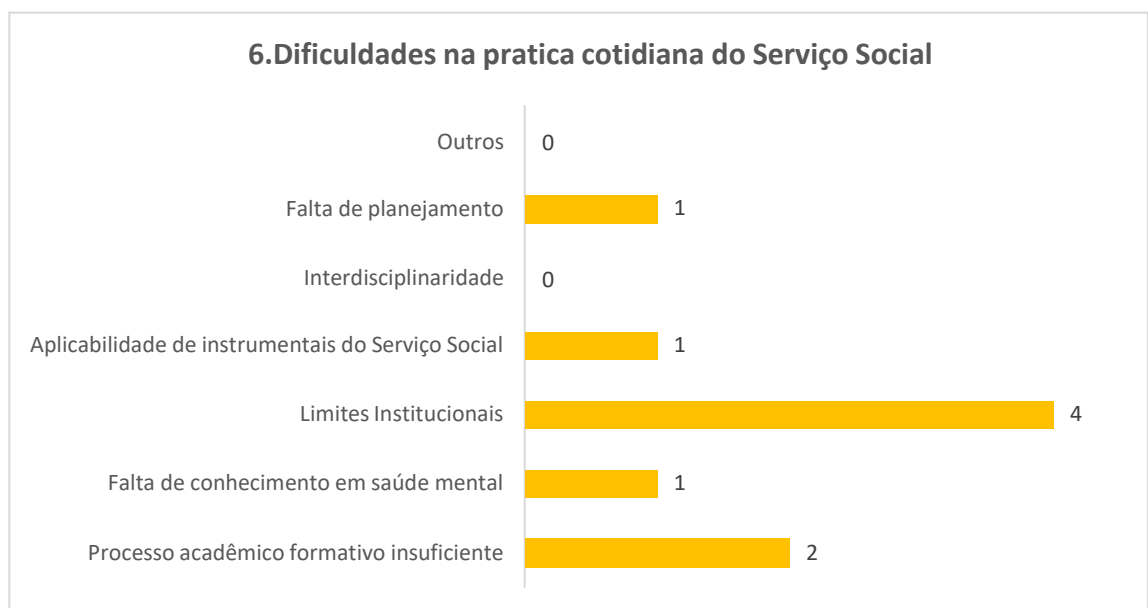
Se sua perspectiva da realidade se faz a partir de um ângulo conservador, o planejador vai percebê-la enquanto fato social objetivo, tomando o dado como o limite da reflexão. [...] nessa perspectiva não é levado em consideração que a estrutura das classes sociais naquele momento histórico é determinada pelas relações econômico- sociais que são estabelecidas no jogo de forças e presença na sociedade. (BAPTISTA, 2002, P. 22)

O planejamento permite orientar o trabalho do Serviço Social na instituição, bem como a própria instituição organizar o serviço, não se limitando a improvisação e reduzindo a incerteza dos resultados, sempre partindo de um objetivo nas tomadas de decisões. Sendo assim, a discussão sobre o planejamento no âmbito do Serviço Social permite avaliar os limites e possibilidades tanto no plano teórico quanto em sua apreensão nos espaços sócio ocupacionais.

Os Assistentes Sociais precisam participar nos processos de planejamento das políticas sociais, pois este momento envolve os posicionamentos teóricos e políticos dos envolvidos, o que pode fortalecer ou não, tanto a profissão quanto o acesso dos usuários aos direitos sociais.

Foi questionado aos profissionais, quais eram as principais dificuldades encontradas na prática cotidiana da atuação profissional nesses espaços. Os assistentes sociais inseridos nos CAPS identificam as principais dificuldades conforme abaixo:

Gráfico 6: Dificuldades na prática cotidiana do Serviço Social



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Para os profissionais inseridos nos CAPS da 8ª Regional de saúde, a maior dificuldade na execução do trabalho se dá por conta dos limites institucionais, nesse sentido Faleiros corrobora:

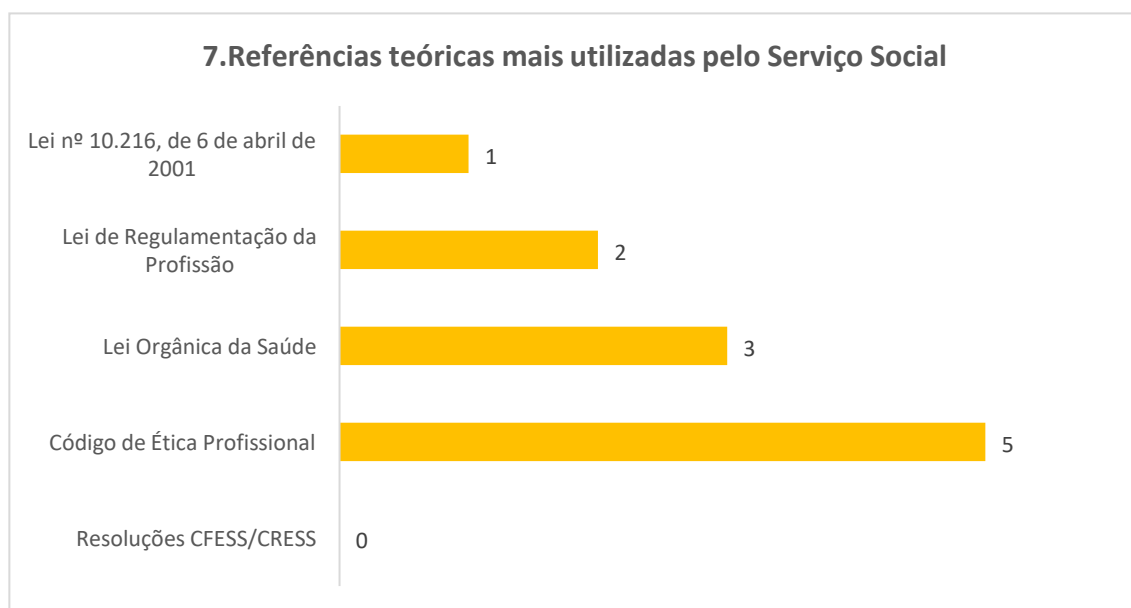
[...] a questão do exercício profissional do(a) assistente social no cotidiano com seus fios (vínculos) e desafios (questionamentos), no contexto capitalista de redução do Estado e de fortalecimento do mercado onde se conflitam demandas de atuação profissional com grande diversidade de expressões, de defesa e implementação de direitos e de limitações burocráticas, de poder e de recursos. (FALEIROS, 2014, p. 70)

É no cenário do capitalismo que o assistente social, na condição de trabalhador assalariado está sujeito as imposições institucionais, principalmente quando a forma de contratação está baseada em vínculos frágeis (CLT, contratos temporários, cargos comissionados, PSS, entre outros). Assim, prestação de serviços está condicionada pela legislação, pelo orçamento e pela gestão dos serviços num processo de trabalho dependente de uma subordinação gerencial, e por relações trabalhistas de um contrato salarial, e mesmo quando o servidor público é concursado ele enfrenta desafios cotidianos baseados em uma hierarquia e posicionamento governamental.

De acordo com Faleiros (2014), a intervenção do Estado na garantia de benefícios e serviços se estrutura de forma a manter as condições econômicas da acumulação capitalista e da reprodução da força de trabalho, inclusive com os chamados mínimos sociais, e ao mesmo tempo condições de sobrevivência e de convivência do pacto político de cidadania, que vai se construindo e desconstruindo pela organização e pressão dos trabalhadores e segmentos dominados.

Perguntado aos Assistentes Sociais quais eram os referenciais teóricos que respaldam a atuação profissional, entendendo que são importantes em qualquer política pública, nos CAPS os participantes mencionaram:

Gráfico 7: Referências teóricas mais utilizadas pelo Serviço Social



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os referenciais teóricos devem trazer conceitos e justificativas sobre o objeto de intervenção do Serviço Social, partindo de um posicionamento teórico-metodológico pela Teoria Social crítica, compreendendo que é a partir deste referencial teórico que o profissional vai elaborar seus processos de trabalho na realidade. Contudo, é importante que os profissionais tenham clareza em relação aos referenciais teóricos e o aparato de instrumentos normativo-legais da profissão, bem como todas as demais legislações pertinentes as políticas sociais e a intervenção profissional.

É importante considerar a relevância dos instrumentos normativo-legais da profissão no direcionamento do exercício e respostas do Serviço Social, não só o Código de Ética, mas de todo o conjunto de Leis e resoluções que envolvem o exercício profissional do assistente social, problematizando as conquistas no aparato regulatório da profissão em contraposição às condições concretas de trabalho profissional.

O conjunto normativo da categoria profissional, como a Lei de Regulamentação, Código de Ética, as Diretrizes curriculares constituem um tripé de sustentação aonde é possível materializar o Projeto Profissional, construído coletivamente e entendendo a questão social como objeto de intervenção do assistente social.

Podemos dizer que o Projeto Ético-Político do Serviço Social vem sendo ameaçado pela atual conjuntura do capital, e manter ou não as bases teóricas, organizativas e ético-políticas da profissão se apresenta como um desafio a profissão. Para tal, é necessário que os

assistentes sociais tenham uma formação de sólidos conhecimentos teóricos que o proporcionem uma visão ampliada sobre a realidade social.

Para Yamamoto (2009), o Serviço Social brasileiro construiu um projeto profissional radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista [...] Ele adquire materialidade no conjunto das regulamentações profissionais: O Código de Ética do Assistente Social (1993), a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares norteadoras da formação acadêmica.

O Código de Ética profissional representa o maior referencial teórico da profissão, como indica os profissionais da pesquisa, considerando que ele baliza as ações da categoria profissional e das entidades representativas do Serviço Social. Quando nos referimos a um Código de Ética, estamos tratando de uma dimensão da ética profissional que remete ao caráter normativo e jurídico que regulamenta uma profissão, mas também deve ser visto como um instrumento privilegiado que permite à profissão expressar sua identidade ético-política a sociedade.

Para Barroco (2001), na década de 1990, o debate entre Ética e Serviço Social se fortalece e se ressignifica, pautado sobre uma reflexão ético-crítica, que assume valores libertários e democráticos com potencial de fortalecer uma Identidade Profissional articulada a um projeto societário democrático que coadunava com a construção de uma nova ordem societária, tendo por pilar a defesa intransigente de direitos e promoção do homem na sua condição humano-genérica.

A estrutura do Código de Ética de 1993 trata dos direitos, deveres, vedações das (os) Assistentes Sociais e dos onze (11) Princípios Fundamentais, que representam o arcabouço ideológico sobre o qual se elaborou o código, além de refletir a maturidade teórica da profissão, reafirmando os valores fundamentados pautados na liberdade e justiça social, consolidado a partir da democracia, normatizou o exercício profissional, valorizando a dimensão técnico-operativa; ampliou a visão de compromisso dos profissionais com o usuário, empenhou-se na eliminação das formas de preconceito, desencadeou uma luta pela ampliação e consolidação da cidadania e pela garantia do acesso universal e igualitário dos serviços; e apresentou a defesa da participação popular.

Matos (2015) relata que as competências são ações que os assistentes sociais podem desenvolver, mas não lhes são exclusivas. São competências destes profissionais a elaboração, execução e avaliação de políticas sociais; orientar grupos e indivíduos; realizar estudos socioeconômicos, entre outras expressas na lei 8.662 de 1993. Conforme o Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (CFESS, 2010, p. 23).

No que diz respeito à Lei de Regulamentação da profissão, o Assistente Social é um profissional qualificado que possui por meio de sua formação particularidades que lhe são específicas, comumente denominadas por Atribuições Privativas estabelecidas no artigo 5º da Lei 8.662/93 conforme são apresentadas:

- 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 e 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 a 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; Lei n º 8.662;
- IX -elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos 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 Federal 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, 2010, p. 24)

Sendo o CAPS uma política de saúde mental inserida na política de saúde o documento intitulado, Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, se torna um referencial teórico na prática cotidiana dos assistentes sociais, porém ao serem questionados sobre o referido documento, constatou-se que a maioria dos profissionais não possui conhecimento sobre o referido documento, um dos profissionais afirmou desconhecer o referido documento, dois profissionais disseram conhecer, mas não fizeram a leitura e dois profissionais afirmam que já fizeram a leitura do documento.

Com base no documento intitulado Parâmetro para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde foi perguntado aos profissionais quais são as principais contribuições que o Serviço Social poderia oferecer ao serviço. Partindo da informação de que a maioria dos profissionais desconhecem o documento e alguns não responderam a pergunta.

Sujeito A: *“Estimular a integração social e familiar do paciente, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento merecido e humanizado, proporcionando a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”*.

Sujeito B: *“Humanização nos atendimentos, olhar e acolhimento sem julgamentos aos pacientes, ressocialização dos pacientes, facilitar o acesso aos serviços de saúde, garantia de direitos”*.

Sujeito E: *“Por não ter realizado a leitura do documento não tenho muita propriedade em falar, mas acredito que tenha a ver com acolhida dos pacientes, mediação e acompanhamento familiar, trabalho com grupos, trabalho intersetorial e participação no plano terapêutico dos pacientes, acesso e encaminhamento a outras políticas setoriais quando necessário”*.

Para Casate e Correia (2005), uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a

operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão.

O Ministério da Saúde propõe uma Política Nacional de Humanização – PNH no intuito de dar uma resposta do para as constantes e inúmeras denúncias de mau atendimento e filas desumanas (tanto nos serviços quanto nos encaminhamentos para média e alta complexidade).

Dentre as prioridades da PNH podemos destacar a redução de filas, ampliação do acesso, o atendimento integral, acolhedor, resolutivo com base em critérios de risco, os usuários conhecerem os profissionais e a rede de serviços, a educação permanente para os trabalhadores e a participação dos usuários e trabalhadores na gestão. Porém na prática se sabe que esta política não se concretiza, pois as filas permanecem e os profissionais participam de capacitações esporádicas, sem planejamento de educação permanente.

O desafio da Humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, traçada na centralização dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para consolidar essa proposta é necessário que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis (CFESS, 2009, p.26).

De acordo com o documento “Parâmetros de Atuação para assistentes sociais na saúde”, os profissionais de serviço social atuam na ampliação da cidadania e buscam justiça social, e as políticas de saúde constituem-se como políticas de proteção social. Portanto, o assistente social e a política de saúde não compõem o âmbito do Aparelho Repressor do Estado. Nesse sentido, em qualquer serviço ou instituição, o profissional deve superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas.

Também foi perguntado aos participantes em que sentido o Serviço Social ainda precisa avançar para estar mais próximo do modelo de trabalho que o documento propõe, e obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito A: “Deve avançar na mobilização dos usuários para sua participação mais ativa na sociedade e nas instâncias de controle social, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade. Também é necessário que o Serviço Social, junto com outros profissionais que integram a equipe, busquem junto aos gestores, incentivo para a qualificação e formação profissional,

visando o aprimoramento profissional, participando de cursos, congressos, seminários e encontros na área de Saúde Mental”.

Sujeito B: *“Precisa ter mais autonomia na tomada de decisão em algumas situações. Desconstrução do pensamento de trabalhadores da saúde que o Serviço Social é para fazer caridade”.*

Sujeito C: *“Autonomia profissional”.*

Sujeito E: *“Devido a não existir um ordenamento específico e um profissional especificamente para atender a demanda da saúde mental o que acarreta na sobrecarga de trabalho, e não se tem um planejamento efetivo das ações o que acaba por ocasionar uma precarização do serviço oferecido. Então a meu ver seria necessário profissionais que respondem exclusivamente pelo CAPS na área de saúde mental para que assim ocorra um planejamento satisfatório das ações que possam ser desenvolvidas nesse âmbito de atuação.”*

Na perspectiva dos profissionais entrevistados, muitos são os desafios que se impõem no cotidiano para efetivação do trabalho profissional, contudo, segundo coloca Matos (2004), cabe ao Serviço Social formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

Os assistentes sociais nos CAPS devem estar preparados para lidar com o aspecto das doenças e a possibilidade de finitude, como por exemplo, a questão do suicídio, além de estar atento ao papel do cuidador e à família que, geralmente, é sobrecarregada a um responsável. Na saúde mental o cuidado para com o paciente é referenciado a um familiar ou até mesmo a outras pessoas com as quais o paciente possua algum vínculo.

Segundo Yamamoto (2000), um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, portanto deve ser um profissional propositivo e não só executivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar que o Serviço Social está inserido nos CAPS, assim como na política de saúde, e em seus mais diversos serviços sendo reconhecido como profissional da saúde. A saúde mental é uma sub área da política de saúde, que possui diretrizes, princípios e estratégias próprias, que dizem respeito aos trabalhadores sociais e apresentam suas especificidades, que impactam diretamente na atuação profissional cotidiana.

A pesquisa revela que a maioria dos profissionais considera a formação profissional insuficiente para dar conta as diversas expressões da questão social que emergem no campo da saúde mental, porém entende-se que a formação do Assistente Social é genérica, capaz de fornecer respaldo teórico-metodológico para subsidiar sua intervenção, e cabe ao profissional a busca contínua de aprimoramento necessário para atuar nas especificidades políticas sociais.

Outra consideração importante apresentada na pesquisa refere-se àquela 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. De acordo com os profissionais o Serviço Social é reconhecido institucionalmente, possui autonomia relativa porém entre as principais dificuldades destaca-se a os limites institucionais, ou seja, a correlação de forças.

Conclui-se que a capacitação permanente se faz necessária, pois possibilita ao profissional romper com a prática rotineira e burocrática, e buscando uma atuação crítica fundada na realidade do paciente e respaldada em referenciais teóricos capazes de reorganizar sua atuação cotidiana e ir de encontro as propostas do projeto de Reforma Sanitária. Observou-se que as capacitações se mostraram pontuais as necessidades institucionais, porém é necessário priorizar o conhecimento relativo a profissão para não obscurecer seu sentido dentro da própria instituição.

Ou seja, as possibilidades de intervenção estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais, cabe aos assistentes sociais apropriarem-se dessas possibilidades. Portanto, a busca pela transformação da assistência psiquiátrica com vistas a desinstitucionalização, é um caminho em construção pelos assistentes sociais, por estarem presentes na maioria dos serviços de saúde mental.

Outra consideração pertinente que podemos identificar na pesquisa é que o assistente social não realiza seu trabalho sozinho, mas sim como parte de um trabalho coletivo, em

equipe, composta por diversos profissionais da saúde, entendendo que a interdisciplinaridade como um olhar ampliado das diversas profissões visando agregar saberes em prol da promoção da saúde e do cuidado do paciente.

A pesquisa aponta que a maioria dos profissionais embasa sua atuação cotidiana no Código de Ética e na Lei que regulamenta a profissão, no entanto, percebe-se que a maioria dos entrevistados desconhece o documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, ainda que se entenda que o referido documento não é o único para subsidiar o exercício profissional nos CAPS, e nem deveria, mas ele é uma importante “ferramenta” para a prática cotidiana.

O questionamento e crítica ao aparato em saúde mental, não se limita ao local do tratamento, mas propõe um repensar de toda a estrutura, conceitos, valores e normas estabelecidas com relação a doença mental, bem como o Serviço Social pode contribuir na garantia ao acesso a saúde com toda a amplitude que o próprio termo se propõe, pautado em um projeto ético político que tem como valor ético central a liberdade, compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, além da defesa intransigente dos direitos humanos.

Espera-se que a pesquisa possibilite reflexões a categoria profissional, coordenadores de serviços e gestores de saúde, uma vez que a aproximação com a realidade da profissão, permite novas possibilidades de intervenção profissional e um maior direcionamento do profissional em relação a defesa dos direitos de seus usuários, do atendimento integral e da defesa da cidadania.

A Lei de Regulamentação da profissão, o Código de Ética, bem como o documento “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, são documentos que embasam a direção social que os profissionais buscaram e buscam imprimir na ruptura com o conservadorismo impregnado na gênese da profissão.

A busca deste rompimento é importante tanto na formação quanto na prática cotidiana dos Assistentes Sociais em consonância com o que denominamos a partir da década de 1990 de Projeto Ético Político Profissional, o qual se contrapõe ao projeto societário capitalista e se vincula a outro projeto societário que seja capaz de permitir concretamente a minimização das desigualdades e a emancipação humana.

Espera-se que a pesquisa possibilite reflexões a categoria profissional, coordenadores de serviços e gestores de saúde, uma vez que a aproximação com a realidade da profissão, permite novas possibilidades de intervenção profissional.

Conclui-se, nas palavras de Imamoto (2000), o assistente social é um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos da história.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. L. e MIOTO, T. C. R. **A demanda no processo de trabalho dos assistentes sociais e sua configuração nos serviços de saúde.** Revista Serviço Social e Saúde. Campinas- SP. Vol. 19; p. 1-17, 2020.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARROCO, M. L. S. **Ética, direitos humanos e neoconservadorismo** / Maria Lúcia Silva Barroco Org. - 1ª edição. São Paulo : EDUC, 2021.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional.** São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social:** Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. CFESS, 10ª ed.: Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 08 Set. 2021.

_____. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 20 maio 2021.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental.* 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 19 de fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** v.10, Ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília: mar. 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>Acessado em: 27 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

_____. Elaine R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde e Serviço Social no século XX. In: BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In:CFESS/CEAD. Capacitação para conselheiros de saúde- texto apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate**. In BRAVO, Maria Inês Souza (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

BUSS, P. M.; PELEGRINI, A. A. **Saúde e seus determinantes sociais**. *Physis: Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 17, p. 77-93.

CAMPOS, Gastão W. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 84, 2004.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. *et. al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

COELHO, Marilene. **Na prática profissional do Assistente Social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

COSTA. Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. Dissertação de Mestrado, UFPE, 1998.

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social. **Coletânea de Leis – Revista Ampliada**. CRESS 10ª Região, 2005.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M. F (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artimed, 2007. p. 39-84.

DRAIBE, S. **As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas**. In: BRASIL. Ipea/Iplan. Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: [s. n.], 1990.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1997.

FERREIRA, J. T. et al. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental**. Revista Saberes. 2016 p. 72-86.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6. ed, São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia (Org.). **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 2012.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. 20 p., 2009

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 29. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo, Cortez, 2012.

LUKÁCS, G. **A ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

MACHADO. Graziela S. **O trabalho do Serviço Social nos CAPS**. Revista Textos e Contextos. Porto Alegre, 2009, p. 241-254.

MARTINELLI. M.L. **Identidade e Alienação**. Ed. Cortez, São Paulo, 1995.

_____. M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set., 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIOTO R. C. T. e NOGUEIRA, V. M. R. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional**. Katálisis. Florianópolis, v. 16, 2013.

MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Editora Cortez, São Paulo, 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1994.

_____. **Transformações Societárias e o Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade n.50 - O Serviço Social no Século XXI. Ano XVI. São Paulo. Cortez,1996.

PANOZZO, Vanessa M. **O trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Porto Alegre**. Dissertação Mestrado. 2009.

PASSOS, R.G.; COSTA R. A.; SILVA, F.G.; **Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**- Rio de Janeiro, Gramma, 2017.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 102. São Paulo. 2010.

Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

SIMIONATO; NOGUEIRA. **Mercosul e Reforma do Estado: impactos sobre o direito a saúde**. In: Revista Katalysis, n.3, 1998, Florianópolis, UFSC, Santa Catarina, Brasil.

SIMIONATTO, Ivete. Fundamentos Históricos e Teórico-Metodológicos do Serviço Social. **Temporalis** / Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 4, nº8, Porto Alegre: ABESS, Gráfica Odisséia, 2004, p. 31- 42.

SOUZA, Charles T. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação, Ponta Grossa, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>.

_____. C. T. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação, Ponta Grossa, v.8, n.1, p. 119-132, abr. 2008.

PASSOS, G. Rachel; Costa, A. Rosane; Silva, G. Fernanda. **Saúde Mental e os desafios da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

PAULIN, L F e TURATO. E. R.: **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol.11: p. 241-258, maio-ago.2004.

PINHEIRO E MATOS, 2001, Apud NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In MOTTA, A.E., et al. (Orgs.). Serviço social e saúde. 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf, acessado em 15/09/2021.

PITTA, Ana. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4ªed. São Paulo: Hucitec, 2016. p.27-36.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: Trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: et al (orgs). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018, p. 25 -65.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

SILVA, Diuslene Rodrigues. **O trabalho do assistente social no SUS: Reflexões a partir do projeto ético-político do Serviço Social**. V SASSO – Semana Acadêmica de Serviço Social. Set 2019.

SILVA, Diuslene Rodrigues da; YKEGAIA, T. G. **Da loucura ao transtorno mental :a constituição de políticas sociais e seus pressupostos**. Tempo da Ciência (UNIOESTE), v. 18, p. 137-151, 2011.

VASCONCELLOS, Ana Maria de. **Prática do Serviço Social: cotidiano, formação, e alternativas para saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEADUNB, 2009.

WIESE, M. L. **A categoria social no âmbito das práticas profissionais no Programa Saúde da Família do município de Blumenau**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2003.

WIKIPEDIA – **A Enciclopédia Livre**. Disponível em: www.wikipedia.org. Acesso em 12 de out. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Município: _____

1- Graduada em Serviço Social há quanto tempo?

- Há menos de 02 (dois) anos
- Há mais de 05 (cinco) anos
- Há mais de 10 (dez) anos

2- Você considera que sua formação acadêmica foi suficiente para respaldar sua atuação junto à Política de Saúde Mental?

3- Teve outras experiências como Assistente Social?

- Sim
- Não

4- Há quanto tempo atua no CAPSI?

- Menos de 02 (dois) anos
- Menos de 04 (quatro) anos
- Mais de 05 (cinco) anos

5- Qual é a sua carga horária neste serviço?

- 20 (vinte) horas semanais
- 30 (trinta) horas semanais
- 40 (quarenta) horas semanais

6- Participou de alguma capacitação em Saúde Mental nos últimos 02 anos?

- Sim
- Não

7- A inserção do Serviço Social no CAPSI ocorreu há quanto tempo?

- Aproximadamente 02 (dois) anos
- Aproximadamente 05 (cinco) anos
- Aproximadamente 10 (dez) anos

8- Na sua opinião, o Serviço Social, a partir dos referenciais e atribuições do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a profissão, tem sua intervenção respaldada e reconhecida neste espaço institucional?

9- Como você considera sua autonomia no exercício da profissão na instituição?

- Autonomia Ampliada (Na maioria das vezes)
- Autonomia Relativa (Poucas vezes)
- Não possui autonomia

10- Este CAPSI atende até quantos pacientes?

- Aproximadamente 100 pacientes
- Aproximadamente 200 pacientes
- Aproximadamente 300 paciente

11- Que outros profissionais compõem a Equipe Técnica Multiprofissional?

- Médico psiquiatra
- Médico Especialista em Saúde Mental
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Pedagogo
- Educador Físico
- Outros profissionais de nível superior

12 - Segundo a autora Yolanda Guerra (1995) a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. Diante desta afirmação, quais são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários do serviço?

- Atendimento direto aos usuários (demanda espontânea)
- Ações socioassistenciais
- Articulação com a Equipe de Saúde (Matriciamento)
- Ações socioeducativas (Grupos e trabalhos coletivos)
- Acompanhamento sócio familiar
- Acolhimento de pacientes
- Outras atividades .

12- A equipe e os usuários conseguem identificar as ações do Serviço Social?

13- Como é feito o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Serviço Social na Instituição?

15- Quais são as principais dificuldades encontradas na prática cotidiana do Serviço Social?

- Respaldo teórico e metodológico
- Processo acadêmico formativo insuficiente
- Falta de conhecimento em saúde mental
- Limites Institucionais
- Aplicabilidade de instrumentais do Serviço Social
- Interdisciplinaridade
- Falta de planejamento
- Outros

16 - Que outros referenciais utiliza na prática cotidiana do Serviço Social?

17 - Tem conhecimento do documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde?

- Já fiz a leitura do referido documento
- Ainda não conheço este documento
- Conheço, mas não realizei a leitura

18- Com base no documento intitulado “Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde”, na sua opinião, quais são as principais contribuições que o Serviço Social pode oferecer a este serviço?

19- Na sua opinião, em que sentido o Serviço Social ainda precisa avançar para estar mais próximo do modelo de trabalho que o documento propõe?

APÊNDICE 2



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: As dimensões da prática cotidiana dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8º regional de saúde do estado do Paraná sob a ótica dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde.

Pesquisadora: Luciani Aparecida Berti, contato telefônico (46) 98815 6005, E-mail: lucianiberti@yahoo.com.br

Convidamos a Sr(a) _____, Assistente Social do CAPS I– Centro de Atenção Psicossocial, com sede na cidade de _____, a participar da pesquisa que tem o objetivo compreender e analisar como se materializa na prática cotidiana dos Assistentes Sociais inseridos em CAPS I os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde. Espera-se, com este estudo, realizar contribuições científicas: Produção acadêmica/reflexões teóricas sobre o debate da prática cotidiana dos Assistentes Sociais nos CAPS I sob a ótica do documento intitulado “Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde”, contribuindo, também, com as discussões sobre os limites e possibilidades de intervenção profissional neste espaço institucional, auxiliando os profissionais na construção de estratégias para a prática cotidiana. Para tanto, será realizada um Questionário Semiestruturado com o objetivo de coletar informações. O questionário será disponibilizado através da plataforma digital Google Forms e após será analisada. Durante a execução do projeto poderão acontecer riscos indiretos que podem ser de cunho moral, ou um constrangimento diante das perguntas dentro das dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, embora as questões do questionário não sejam de ordem pessoal. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida imediatamente. Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo, além disso, poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar o pesquisador pelo telefone mencionado acima ou o Comitê de Ética pelo número (45) 3220-3092. Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue ao sujeito da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

(Nome do sujeito de pesquisa ou responsável)

Eu, Luciani Aparecida Berti, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Pesquisadora: Luciani Aparecida Berti

Local e data

Aplicado no Sujeito do CAPS A Respondido

Questionário Semiestruturado

As dimensões da prática cotidiana dos Assistentes Sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná sob a ótica dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde.

E-mail *

priscila_azambouja@hotmail.com

ocultado e-mail para evitar a identificação do sujeito da pesquisa

Município: *

Dois Vizinhos

1. Graduada em Serviço Social há quanto tempo? *

- Há menos de 02 (dois) anos
- Há mais de 05 (cinco) anos
- Há mais de 10 (dez) anos

2. Você considera que sua formação acadêmica foi suficiente para respaldar sua atuação junto a Política de Saúde Mental? *

- Sim
- Não

Justifique a resposta anterior. *

Pouco se abordou sobre saúde mental na graduação.

3. Teve outras experiências como Assistente Social? *

Sim

Não

Se sim, em que área? *

Na área de Educação

Na área de Assistência Social

Em ONG

Empresa privada

Habitação

Não tive

Outro:

4. Há quanto tempo atua no CAPSI? *

Menos de 02 (dois) anos

Menos de 04 (quatro) anos

Mais de 05(cinco) anos

5. Qual é a sua carga horária neste serviço? *

- 20 (vinte) horas semanais
- 30 (trinta) horas semanais
- 40 (quarenta) horas semanais

6. Participou de alguma capacitação em Saúde Mental nos últimos 02 anos? *

- Sim
- Não

Se sua resposta foi sim, quais? *

Matriciamento em Saúde Mental; Congresso Paranaense de Psiquiatria

7. A inserção do Serviço Social no CAPSI ocorreu há quanto tempo? *

- Aproximadamente 02 (dois) anos
- Aproximadamente 05 (cinco) anos
- Aproximadamente 10 (dez) anos

8. Na sua opinião, o Serviço Social , a partir dos referenciais e atribuições do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a profissão, tem sua intervenção respaldada e reconhecida neste espaço institucional? *

Sim

9. Como você considera sua autonomia no exercício da profissão na instituição? *

- Autonomia Ampliada (Na maioria das vezes)
- Autonomia Relativa (Poucas vezes)
- Não possui autonomia

10. Este CAPSI atende até quantos pacientes? *

- Aproximadamente 100 pacientes
- Aproximadamente 200 pacientes
- Aproximadamente 300 pacientes

11. Que outros profissionais compõem a Equipe Técnica Multiprofissional? *

- Médico psiquiatra
- Médico Especialista em Saúde Mental
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Pedagogo
- Educador Físico
- Outros profissionais de nível superior

12. Segundo a autora Yolanda Guerra (1995) a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. Diante desta afirmação, quais são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários do serviço? *

- Atendimento direto aos usuários (demanda espontânea)
- Ações socioassistenciais
- Articulação com a Equipe de Saúde (Matriciamento)
- Ações socioeducativas (Grupos e trabalhos coletivos)
- Acompanhamento sócio familiar
- Acolhimento de pacientes
- Outras atividades

13. A equipe e os usuários conseguem identificar as ações do Serviço Social? Justifique *

Sim. Com o passar dos anos, o Serviço Social dentro do CAPS I ganhou espaço e relevância, definindo suas atribuições dentro da instituição, sendo o profissional que irá identificar as necessidades dos usuários e as condições em que este se insere, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Porém, vale ressaltar que devido a falta de equipe técnica mínima, o Serviço Social ainda assume atribuições genéricas.

14. Como é feito o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Serviço Social na Instituição? *

Todo o planejamento de ações dentro do CAPS são desenvolvidas em equipe, sendo que cada membro define suas atribuições privativas, dentro de cada profissão.

15. Quais são as principais dificuldades encontradas na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Respaldo teórico e metodológico
- Processo acadêmico formativo insuficiente
- Falta de conhecimento em saúde mental
- Limites Institucionais
- Aplicabilidade de instrumentais do Serviço Social
- Interdisciplinaridade
- Falta de planejamento
- Outros

16. Que outros referenciais teóricos mais utiliza na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Resoluções CFESS/CRESS
- Código de Ética Profissional
- Lei Orgânica da Saúde
- Lei de Regulamentação da Profissão
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

17. Tem conhecimento do documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”? *

- Já fiz a leitura do referido documento
- Ainda não conheço este documento
- Conheço, mas não realizei a leitura

18. Com base no documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, na sua opinião, quais são as principais contribuições que o Serviço Social pode oferecer a este serviço? *

Estimular a integração social e familiar do paciente, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento merecido e humanizado, proporcionando a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

19. No CAPS em que atua, na sua opinião, em que direção o Serviço Social ainda precisa avançar para estar mais próximo do modelo de trabalho que o documento propõe? *

Deve avançar na mobilização dos usuários para sua participação mais ativa na sociedade e nas instancias de controle social, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade. Também é necessário que o Serviço Social, junto com outros profissionais que integram a equipe, busquem junto aos gestores, incentivo para a qualificação e formação profissional, visando o aprimoramento profissional, participando de cursos, congressos, seminários e encontros na área de Saúde Mental.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Aplicado no Sujeito do CAPS B Respondido

Questionário Semiestruturado

As dimensões da prática cotidiana dos Assistentes Sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná sob a ótica dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde.

E-mail *

[Redacted email address]

ocultado e-mail para evitar a identificação do sujeito da pesquisa

Município: *

Capanema

1. Graduada em Serviço Social há quanto tempo? *

- Há menos de 02 (dois) anos
- Há mais de 05 (cinco) anos
- Há mais de 10 (dez) anos

2. Você considera que sua formação acadêmica foi suficiente para respaldar sua atuação junto a Política de Saúde Mental? *

- Sim
- Não

Justifique a resposta anterior. *

Durante a graduação faltou material teórico sobre saúde mental.

3. Teve outras experiências como Assistente Social? *

Sim

Não

Se sim, em que área? *

Na área de Educação

Na área de Assistência Social

Em ONG

Empresa privada

Habitação

Não tive

Outro:

4. Há quanto tempo atua no CAPSI? *

Menos de 02 (dois) anos

Menos de 04 (quatro) anos

Mais de 05(cinco) anos

5. Qual é a sua carga horária neste serviço? *

- 20 (vinte) horas semanais
- 30 (trinta) horas semanais
- 40 (quarenta) horas semanais

6. Participou de alguma capacitação em Saúde Mental nos últimos 02 anos? *

- Sim
- Não

Se sua resposta foi sim, quais? *

Sobre estratificação em saúde mental

7. A inserção do Serviço Social no CAPSI ocorreu há quanto tempo? *

- Aproximadamente 02 (dois) anos
- Aproximadamente 05 (cinco) anos
- Aproximadamente 10 (dez) anos

8. Na sua opinião, o Serviço Social , a partir dos referenciais e atribuições do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a profissão, tem sua intervenção respaldada e reconhecida neste espaço institucional? *

Sim

9. Como você considera sua autonomia no exercício da profissão na instituição? *

- Autonomia Ampliada (Na maioria das vezes)
- Autonomia Relativa (Poucas vezes)
- Não possui autonomia

10. Este CAPSI atende até quantos pacientes? *

- Aproximadamente 100 pacientes
- Aproximadamente 200 pacientes
- Aproximadamente 300 pacientes

11. Que outros profissionais compõem a Equipe Técnica Multiprofissional? *

- Médico psiquiatra
- Médico Especialista em Saúde Mental
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Pedagogo
- Educador Físico
- Outros profissionais de nível superior

12. Segundo a autora Yolanda Guerra (1995) a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. Diante desta afirmação, quais são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários do serviço? *

- Atendimento direto aos usuários (demanda espontânea)
- Ações socioassistenciais
- Articulação com a Equipe de Saúde (Matriciamento)
- Ações socioeducativas (Grupos e trabalhos coletivos)
- Acompanhamento sócio familiar
- Acolhimento de pacientes
- Outras atividades

13. A equipe e os usuários conseguem identificar as ações do Serviço Social? Justifique *

Sim, mas algumas vezes equipe acredita que o Assistente Social deva desenvolver ações que não condizem com as práticas do serviço social.

14. Como é feito o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Serviço Social na Instituição? *

São feitas semanalmente de acordo com a especificidade de cada paciente atendido.

15. Quais são as principais dificuldades encontradas na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Respaldo teórico e metodológico
- Processo acadêmico formativo insuficiente
- Falta de conhecimento em saúde mental
- Limites Institucionais
- Aplicabilidade de instrumentais do Serviço Social
- Interdisciplinaridade
- Falta de planejamento
- Outros

16. Que outros referenciais teóricos mais utiliza na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Resoluções CFESS/CRESS
- Código de Ética Profissional
- Lei Orgânica da Saúde
- Lei de Regulamentação da Profissão
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

17. Tem conhecimento do documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”? *

- Já fiz a leitura do referido documento
- Ainda não conheço este documento
- Conheço, mas não realizei a leitura

18. Com base no documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, na sua opinião, quais são as principais contribuições que o Serviço Social pode oferecer a este serviço? *

Humanização nos atendimentos, olhar e acolhimento sem julgamentos aos pacientes, ressocialização dos pacientes, facilitar o acesso aos serviços de saúde, garantia de direitos.

19. No CAPS em que atua, na sua opinião, em que direção o Serviço Social ainda precisa avançar para estar mais próximo do modelo de trabalho que o documento propõe? *

Precisa ter mais autonomia na tomada de decisão em algumas situações. Desconstrução do pensamento de trabalhadores da saúde que o Serviço Social é para fazer caridade.

Google Formulários

Aplicado no Sujeito do CAPS C Respondido

Questionário Semiestruturado

As dimensões da prática cotidiana dos Assistentes Sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8º Regional de Saúde do Estado do Paraná sob a ótica dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde.

E-mail *

[REDACTED]

ocultado e-mail para evitar a identificação do sujeito da pesquisa

Município: *

Santo Antônio do sudoeste

1. Graduada em Serviço Social há quanto tempo? *

- Há menos de 02 (dois) anos
- Há mais de 05 (cinco) anos
- Há mais de 10 (dez) anos

2. Você considera que sua formação acadêmica foi suficiente para respaldar sua atuação junto a Política de Saúde Mental? *

- Sim
- Não

Justifique a resposta anterior. *

Humanitária

3. Teve outras experiências como Assistente Social? *

Sim

Não

Se sim, em que área? *

Na área de Educação

Na área de Assistência Social

Em ONG

Empresa privada

Habitação

Não tive

Outro:

4. Há quanto tempo atua no CAPSI? *

Menos de 02 (dois) anos

Menos de 04 (quatro) anos

Mais de 05(cinco) anos

5. Qual é a sua carga horária neste serviço? *

- 20 (vinte) horas semanais
- 30 (trinta) horas semanais
- 40 (quarenta) horas semanais

6. Participou de alguma capacitação em Saúde Mental nos últimos 02 anos? *

- Sim
- Não

Se sua resposta foi sim, quais? *

Não

7. A inserção do Serviço Social no CAPSI ocorreu há quanto tempo? *

- Aproximadamente 02 (dois) anos
- Aproximadamente 05 (cinco) anos
- Aproximadamente 10 (dez) anos

8. Na sua opinião, o Serviço Social , a partir dos referenciais e atribuições do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a profissão, tem sua intervenção respaldada e reconhecida neste espaço institucional? *

Baseada na legislação vigente e código ética profissional.

9. Como você considera sua autonomia no exercício da profissão na instituição? *

- Autonomia Ampliada (Na maioria das vezes)
- Autonomia Relativa (Poucas vezes)
- Não possui autonomia

10. Este CAPSI atende até quantos pacientes? *

- Aproximadamente 100 pacientes
- Aproximadamente 200 pacientes
- Aproximadamente 300 pacientes

11. Que outros profissionais compõem a Equipe Técnica Multiprofissional? *

- Médico psiquiatra
- Médico Especialista em Saúde Mental
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Pedagogo
- Educador Físico
- Outros profissionais de nível superior

12. Segundo a autora Yolanda Guerra (1995) a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. Diante desta afirmação, quais são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários do serviço? *

- Atendimento direto aos usuários (demanda espontânea)
- Ações socioassistenciais
- Articulação com a Equipe de Saúde (Matriciamento)
- Ações socioeducativas (Grupos e trabalhos coletivos)
- Acompanhamento sócio familiar
- Acolhimento de pacientes
- Outras atividades

13. A equipe e os usuários conseguem identificar as ações do Serviço Social? Justifique *

Sim, pelo trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar.

14. Como é feito o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Serviço Social na Instituição? *

Reunião de equipe.

15. Quais são as principais dificuldades encontradas na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Respaldo teórico e metodológico
- Processo acadêmico formativo insuficiente
- Falta de conhecimento em saúde mental
- Limites Institucionais
- Aplicabilidade de instrumentais do Serviço Social
- Interdisciplinaridade
- Falta de planejamento
- Outros

16. Que outros referenciais teóricos mais utiliza na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Resoluções CFESS/CRESS
- Código de Ética Profissional
- Lei Orgânica da Saúde
- Lei de Regulamentação da Profissão
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

17. Tem conhecimento do documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”? *

- Já fiz a leitura do referido documento
- Ainda não conheço este documento
- Conheço, mas não realizei a leitura

18. Com base no documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, na sua opinião, quais são as principais contribuições que o Serviço Social pode oferecer a este serviço? *

Humanização

19. No CAPS em que atua, na sua opinião, em que direção o Serviço Social ainda precisa avançar para estar mais próximo do modelo de trabalho que o documento propõe? *

Autonomia profissional.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Questionário Semiestruturado

As dimensões da prática cotidiana dos Assistentes Sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná sob a ótica dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde.

E-mail *

[REDACTED]

ocultado e-mail para evitar a identificação do sujeito da pesquisa

Município: *

Francisco Beltrão

1. Graduada em Serviço Social há quanto tempo? *

- Há menos de 02 (dois) anos
- Há mais de 05 (cinco) anos
- Há mais de 10 (dez) anos

2. Você considera que sua formação acadêmica foi suficiente para respaldar sua atuação junto a Política de Saúde Mental? *

- Sim
- Não

Justifique a resposta anterior. *

A PRÁTICA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DIÁRIO FAZ COM QUE BUSQUE POR MAIS CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE O TEMA.

3. Teve outras experiências como Assistente Social? *

Sim

Não

Se sim, em que área? *

Na área de Educação

Na área de Assistência Social

Em ONG

Empresa privada

Habitação

Não tive

Outro: Órgão de Execução penal

4. Há quanto tempo atua no CAPSI? *

Menos de 02 (dois) anos

Menos de 04 (quatro) anos

Mais de 05(cinco) anos

5. Qual é a sua carga horária neste serviço? *

- 20 (vinte) horas semanais
- 30 (trinta) horas semanais
- 40 (quarenta) horas semanais

6. Participou de alguma capacitação em Saúde Mental nos últimos 02 anos? *

- Sim
- Não

Se sua resposta foi sim, quais? *

- SEMINARIO – SAUDE MENTAL E PREVENÇÃO DO SUICIDIO NA PANDEMIA
 - INTERSETORIALIDADE EM SAUDE MENTAL: AÇÕES CONJUNTAS EM MEIO AS TENSOES COTIDIANAS
-

7. A inserção do Serviço Social no CAPSI ocorreu há quanto tempo? *

- Aproximadamente 02 (dois) anos
- Aproximadamente 05 (cinco) anos
- Aproximadamente 10 (dez) anos

8. Na sua opinião, o Serviço Social , a partir dos referenciais e atribuições do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a profissão, tem sua intervenção respaldada e reconhecida neste espaço institucional? *

Sim

9. Como você considera sua autonomia no exercício da profissão na instituição? *

- Autonomia Ampliada (Na maioria das vezes)
- Autonomia Relativa (Poucas vezes)
- Não possui autonomia

10. Este CAPSI atende até quantos pacientes? *

- Aproximadamente 100 pacientes
- Aproximadamente 200 pacientes
- Aproximadamente 300 pacientes

11. Que outros profissionais compõem a Equipe Técnica Multiprofissional? *

- Médico psiquiatra
- Médico Especialista em Saúde Mental
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Pedagogo
- Educador Físico
- Outros profissionais de nível superior

12. Segundo a autora Yolanda Guerra (1995) a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. Diante desta afirmação, quais são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários do serviço? *

- Atendimento direto aos usuários (demanda espontânea)
- Ações socioassistenciais
- Articulação com a Equipe de Saúde (Matriciamento)
- Ações socioeducativas (Grupos e trabalhos coletivos)
- Acompanhamento sócio familiar
- Acolhimento de pacientes
- Outras atividades

13. A equipe e os usuários conseguem identificar as ações do Serviço Social? Justifique *

O TRABALHO É REALIZADO EM EQUIPE, IDENTIFICADOS PELA ATRIBUIÇÃO E COMPETENCIA DOS PROFISSIONAIS.

14. Como é feito o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Serviço Social na Instituição? *

REALIZADO ATRAVES DAS AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS PARA REDE PRIMÁRIA E/OU SECUNDARIA.

15. Quais são as principais dificuldades encontradas na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Respaldo teórico e metodológico
- Processo acadêmico formativo insuficiente
- Falta de conhecimento em saúde mental
- Limites Institucionais
- Aplicabilidade de instrumentais do Serviço Social
- Interdisciplinaridade
- Falta de planejamento
- Outros

16. Que outros referenciais teóricos mais utiliza na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Resoluções CFESS/CRESS
- Código de Ética Profissional
- Lei Orgânica da Saúde
- Lei de Regulamentação da Profissão
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

17. Tem conhecimento do documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”? *

- Já fiz a leitura do referido documento
- Ainda não conheço este documento
- Conheço, mas não realizei a leitura

18. Com base no documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, na sua opinião, quais são as principais contribuições que o Serviço Social pode oferecer a este serviço? *

.....

19. No CAPS em que atua, na sua opinião, em que direção o Serviço Social ainda precisa avançar para estar mais próximo do modelo de trabalho que o documento propõe? *

.....

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Justifique a resposta anterior. *

Na grade curricular do curso de graduação não existia disciplina específica em saúde mental, assim o embasamento advém da prática cotidiana e na busca por conhecimentos com leitura e pesquisa seja legislação ou estudos científicos, isso ocorre também com outras áreas de atuação, pois só o embasamento da graduação não é suficiente para a atuação profissional exigindo a busca por novos conhecimentos fazendo com que uma complemente a outra.

3. Teve outras experiências como Assistente Social? *

- Sim
- Não

Se sim, em que área? *

- Na área de Educação
- Na área de Assistência Social
- Em ONG
- Empresa privada
- Habitação
- Não tive
- Outro:

4. Há quanto tempo atua no CAPSI? *

- Menos de 02 (dois) anos
- Menos de 04 (quatro) anos
- Mais de 05(cinco) anos

5. Qual é a sua carga horária neste serviço? *

- 20 (vinte) horas semanais
- 30 (trinta) horas semanais
- 40 (quarenta) horas semanais

6. Participou de alguma capacitação em Saúde Mental nos últimos 02 anos? *

- Sim
- Não

Se sua resposta foi sim, quais? *

não participei

7. A inserção do Serviço Social no CAPSI ocorreu há quanto tempo? *

- Aproximadamente 02 (dois) anos
- Aproximadamente 05 (cinco) anos
- Aproximadamente 10 (dez) anos

8. Na sua opinião, o Serviço Social , a partir dos referenciais e atribuições do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a profissão, tem sua intervenção respaldada e reconhecida neste espaço institucional? *

Em partes sim, acredito que a maior dificuldade está em designar atribuições que não condizem com as estabelecidas nas legislações e documentos referenciados.

9. Como você considera sua autonomia no exercício da profissão na instituição? *

- Autonomia Ampliada (Na maioria das vezes)
- Autonomia Relativa (Poucas vezes)
- Não possui autonomia

10. Este CAPSI atende até quantos pacientes? *

- Aproximadamente 100 pacientes
- Aproximadamente 200 pacientes
- Aproximadamente 300 pacientes

11. Que outros profissionais compõem a Equipe Técnica Multiprofissional? *

- Médico psiquiatra
- Médico Especialista em Saúde Mental
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Pedagogo
- Educador Físico
- Outros profissionais de nível superior

12. Segundo a autora Yolanda Guerra (1995) a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. Diante desta afirmação, quais são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos usuários do serviço? *

- Atendimento direto aos usuários (demanda espontânea)
- Ações socioassistenciais
- Articulação com a Equipe de Saúde (Matriciamento)
- Ações socioeducativas (Grupos e trabalhos coletivos)
- Acompanhamento sócio familiar
- Acolhimento de pacientes
- Outras atividades

13. A equipe e os usuários conseguem identificar as ações do Serviço Social? Justifique *

Acredito que relativamente sim. (e aqui eu abro um parênteses Luciani, quando falamos hoje acabei não falando a você que desde o início do novo mandato do prefeito eleito foi realizado a contratação de uma profissional formada em serviço social, porem essa foi contratada para assumir a coordenação do CAPS então acaba por atender a demanda toda de saúde do município e não somente a demanda de saúde mental, na minha percepção ela até desenvolve coisas que vão muito além das nossas atribuições como assistentes sociais, e por vezes eu ainda acabo realizando alguns atendimento em parceria com ela quando ela solicita a minha presença) por isso acredito que nem sempre há a percepção correta das ações que nos profissionais do serviço social deveríamos realizar dentro da política de saúde mental.

14. Como é feito o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo Serviço Social na Instituição? *

Devido a sobrecarga de trabalho e dividir funções não há planejamento efetivo.

15. Quais são as principais dificuldades encontradas na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Respaldo teórico e metodológico
- Processo acadêmico formativo insuficiente
- Falta de conhecimento em saúde mental
- Limites Institucionais
- Aplicabilidade de instrumentais do Serviço Social
- Interdisciplinaridade
- Falta de planejamento
- Outros

16. Que outros referenciais teóricos mais utiliza na prática cotidiana do Serviço Social? *

- Resoluções CFESS/CRESS
- Código de Ética Profissional
- Lei Orgânica da Saúde
- Lei de Regulamentação da Profissão
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

17. Tem conhecimento do documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”? *

- Já fiz a leitura do referido documento
- Ainda não conheço este documento
- Conheço, mas não realizei a leitura

18. Com base no documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, na sua opinião, quais são as principais contribuições que o Serviço Social pode oferecer a este serviço? *

Por não ter realizado a leitura do documento não tenho muita propriedade em falar, mas acredito que tenha a ver com acolhida dos pacientes, mediação e acompanhamento familiar, trabalho com grupos, trabalho intersetorial e participação no plano terapêutico dos pacientes, acesso e encaminhamento a outras políticas setoriais quando necessário.

19. No CAPS em que atua, na sua opinião, em que direção o Serviço Social ainda precisa avançar para estar mais próximo do modelo de trabalho que o documento propõe? *

Devido a não existir um ordenamento específico e um profissional especificamente para atender a demanda da saúde mental o que acarreta na sobrecarga de trabalho, e não se tem um planejamento efetivo das ações o que acaba por ocasionar uma precarização do serviço oferecido. Então a meu ver seria necessário profissionais que respondem exclusivamente pelo CAPS na área de saúde mental para que assim ocorra um planejamento satisfatório das ações que possam ser desenvolvidas nesse âmbito de atuação.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

RELATÓRIO DE PESQUISA

PARCIAL

FINAL

Relatório referente ao período de 30\ 05\ 21 a 04\ 12\ 21.

CAAE nº: 44820621.5.0000.0107

Título da Pesquisa: As dimensões da prática cotidiana dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8º Regional de Saúde do Estado do Paraná sob a ótica dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde.

Pesquisador Responsável: Luciani Aparecida Berti

Pesquisadores assistentes

Data da aprovação pelo CEP: 30 de maio de 2021

Sobre a pesquisa

1. Apresentação (objetivo do estudo)

A pesquisa realizada surge do interesse em buscar respostas as inquietações e reflexões cotidianas que surgem na prática profissional como Assistente Social inserida em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8º Regional de Saúde do Estado do Paraná, as quais remeteram a seguinte pergunta: Como se materializam as orientações contidas no documento Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde na prática cotidiana dos assistentes sociais inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I da 8º Regional de Saúde? Sendo assim, buscou-se compreender e analisar como se materializa as orientações expressas no documento elaborado pelo CFESS- Conselho Federal de Serviço Social, intitulado “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” nas dimensões da prática cotidiana dos Assistentes Sociais nesse espaço institucional. Entre os objetivos específicos, buscou-se identificar as dimensões da prática cotidiana dos Assistentes Sociais inseridos na política de saúde mental; bem como compreender a relação do documento Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde com o Código de Ética e o Projeto Ético Político enquanto respaldo teórico do Serviço Social e por fim analisar como os Assistentes Sociais inseridos nos serviços de CAPS I da 8º Regional de Saúde relacionam a prática profissional cotidiana com o documento “Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais” na política de saúde mental, portanto as questões objetivas e subjetivas abordaram os referidos assuntos através da realidade do universo pesquisado, possibilitando o desvelamento dos limites deste segmento e pontuando possibilidades de intervenção profissional no intuito de contribuir com o fortalecimento da categoria.

Desenvolvimento do projeto

2. Explicitar as atividades que envolveram diretamente os participantes da pesquisa.

Os profissionais participantes responderam o Questionário Semiestruturado elaborado com 19 questões pertinentes a temática através da Plataforma Google Forms, considerando o cenário pandêmico da COVID-19 no ano de 2021, que impossibilitou que a pesquisa fosse realizada *in loco*. Todos os participantes foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa e puderam manifestar suas inquietações e as especificidades em trabalhar em um CAPSI.

3. Apontar os resultados alcançados.

Entre os resultados apresentados, podemos destacar que a maioria dos profissionais afirmam que a formação profissional não conseguiu subsidiar a intervenção do Serviço Social nesses espaços; que a correlação de forças institucionais representam uma das maiores dificuldades nestes locais e que por vezes o Assistente Social atua diretamente nas demandas de caráter emergencial e burocrático, o que impede por vezes que o Serviço Social atue de forma crítica, capaz de contribuir com a emancipação e autonomia dos usuários do serviço. A pesquisa revela também que o documento intitulado “Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na política de Saúde”, ainda é pouco conhecido e pouco utilizado pelos profissionais inseridos nos CAPS I, e que os principais referenciais teóricos desses profissionais são a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de ética profissional. Outro aspecto importante é a constante discussão referente a carga horária do assistente social, sendo que somente duas participantes atuam somente 30 horas conforme preconizado em Lei Federal. E por fim destaca-se as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais nestes espaços, que acabam por se limitar a ações específicas deste serviço, como acolhimento de pacientes e Matriciamento e não evidencia as ações socioeducativas em grupos e trabalhos coletivos e acompanhamento sócio familiar, por outro lado um dado importante se refere ao que todos os participantes afirmaram: que os usuários e a equipe de saúde conseguem identificar o trabalho do Serviço Social, tornando-se relevante e pertinente a atuação do Assistente Social neste espaço institucional.

4. Informar o número de participantes da pesquisa e o número e motivo de exclusão (se houver)

Houve a participação de 05 assistentes sociais, atuantes em CAPSI de 05 municípios distintos (Realeza, Capanema, Dois Vizinhos, Santo Antônio do Sudoeste e Francisco Beltrão) dentro da abrangência da 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

5. Descrever a ocorrência de eventos adversos e as medidas paliativas adotadas. (As notificações de eventos adversos graves devem, adicionalmente, ser comunicadas em formulários próprios)

Não houve a ocorrência de eventos adversos no período de realização da pesquisa.

6. Descrever a ocorrência de indenização ou assistência aos participantes da pesquisa. Nos casos positivos há a necessidade de detalhamento. [NSA (não se aplica) nos casos negativos]

Não houve a ocorrência de indenização ou assistência aos participantes da pesquisa.

7. Descrever a forma de acesso dos participantes aos resultados da pesquisa.

A forma de acesso dos participantes aos resultados da pesquisa se dará através da biblioteca da Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná (UNIOESTE) e através do site da instituição.

8. Relatar se os resultados do estudo foram publicados. (Local, título do trabalho e data do evento) (Pode-se indicar publicações no prelo).

Os resultados da pesquisa ainda não foram publicados.

9. Houve necessidade de adequação de algum aspecto do projeto? Qual? (Detalhar e justificar)

Não houve necessidade de adequação do projeto.

10. Há necessidade de prorrogação do prazo para finalização do projeto ou para apresentação do relatório final? (Somente para Relatório Parcial)

SIM NÃO

Se sim, justifique:

Assinale abaixo o tempo mais adequado às suas necessidades

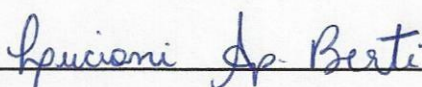
(sujeito à avaliação do CEP Unioeste):

3 meses 6 meses 9 meses 12 meses

11. Outros dados que julgar pertinente.

Dissertação defendida e aprovada em 04/12/2021.

Toledo, 10/ 02 /2022.



Assinatura do Pesquisador Responsável