

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**CAMILA ÁVILA DE LIMA**

**O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do  
lugar de cuidado na saúde mental: contribuições e perspectivas  
para o serviço social**

**MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SÃO PAULO  
2015**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**CAMILA ÁVILA DE LIMA**

**O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do  
lugar de cuidado na saúde mental: contribuições e perspectivas  
para o serviço social**

Dissertação de mestrado apresentada à  
Banca Examinadora da Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo, como  
exigência parcial para obtenção do título de  
Mestre em Serviço Social, sob a orientação  
da Prof. Dra. Raquel Raichelis Degenszajn.

**SÃO PAULO**

**2015**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data 26/10/2015

**e-mail: camila\_avila1@yahoo.com.br**

### FICHA CATALOGRÁFICA

L871

Lima, Camila Ávila de

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental: contribuições e perspectivas para o serviço social/  
Camila Ávila de Lima. – São Paulo: s.n., 2015.

136 p. ; 30 cm.

Referências: 123-132

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszajn  
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2015.

1. Serviço social e saúde mental
2. Reforma psiquiátrica e serviço social
3. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CDD 361.3

Lima, Camila Ávila de. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental**: contribuições e perspectivas para o serviço social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszajn - orientadora

---

Profa. Dra. Maria Lúcia Martinelli – PUC-SP

---

Profa. Dra. Damares Pereira Vicente

*Aos sobreviventes: Onofre, Paulo e Sueli.  
A vocês, meu profundo respeito e  
admiração.*

## AGRADECIMENTOS

Momento da chegada e da partida, agradecimento pelo processo é também sinal de despedida, aos que muito contribuíram para essa jornada, fica o convite para novas idas... em especial:

Eduardo, amor que possibilita o cuidado e a liberdade. Obrigada pelo compartilhamento da vida e por dividir seus sonhos comigo.

Pais, Ronaldo e Nilma, amor que ensina, que não se limita, que proporciona vida. Obrigada pelo carinho, compreensão e pela possibilidade que me deram de realizar escolhas.

Agradeço ao apoio de todos da família que entenderam as dificuldades deste percurso e que comemoram comigo esta conquista. Kika, irmã e minha primeira amiga. Às sobrinhas, um sorriso especial: Lara, Duda e Bia.

E aos grandes amigos/as, aqueles/as que escolhemos para partilhar a vida. Em especial, às amigas de sempre, Jeanny e Kate, é muito mais colorida a vida com vocês! Marlene, Lucrécia, Elizy, Pati, Eloísa, Dayane amigas que muito me apoiaram neste último tempo de finalização desta dissertação. Obrigada pelos acaentos e por dividirem o cotidiano comigo!

Às companheiras desta jornada, amigos que a PUC reuniu e que deixaram este percurso mais prazeroso, Priscila, Rose, Valéria, Alana, Kátia, Fernanda e Monica e às companheiras de luta no CRESS-SP (seccional de Campinas) Beth, Rita, Juliana, Amanda e Auda, obrigada pela compreensão da ausência e pelo compartilhamento da esperança!

Aos professores da PUC-SP, meu agradecimento e admiração, em especial à Profa. Raquel Raichelis, orientadora que me conduziu no percurso, obrigada pelo compartilhamento do seu extenso conhecimento. Agora comemoramos esta conquista! Aos professores que fizeram novamente meus olhos brilharem: Profa. Bia Abramides, Profa. Maria Lucia Barroco, Prof. Antônio Carlos Mazzeo, Prof.

Odair Furtado, Profa. Maria Lúcia Martinelli e Profa. Maria Carmelita Yazbek; estas últimas, em especial, agradeço pela disponibilidade em participar da banca de defesa e dividir mais um pouco comigo seus conhecimentos. À Andreia, Secretária do Programa que tanto acolhe as angústias dos estudantes, obrigada pelo carinho!

À Profa. Damares Pereira Vicente que esteve presente em todas as etapas deste estudo de forma generosa, dividiu comigo seus conhecimentos e experiências na política de saúde mental! Obrigada pelo carinho das conversas e orientações. À Profa. Ana Luisa Aranha e Silva pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação, entre elas a proposta de realizar um estudo de caso na metodologia. Sua contribuição foi fundamental para este estudo, obrigada!

Aos companheiros/as, trabalhadores/as dos CAPS Renascer (Vinhedo) Sem Fronteiras (Jundiaí) e Davi (Campinas) meu especial agradecimento. Este trabalho só foi possível porque é dividido com vocês. Obrigada a todos pelos compartilhamentos, afetos e lutas. Em especial às assistentes sociais Gilza, Juliana e Silvia que contribuíram com generosidade com este trabalho. Silvia, te admiro, obrigada!

Aos usuários/as e familiares dos CAPS que constroem o sonho da vida em liberdade. Vocês me ensinam que “quando tudo parece calmo, quando ninguém mais acredita em mudança, pode saber: é hora da luta ressurgir!” Obrigada pelas trocas e ensinamentos.

Em especial, a nós, classe trabalhadora brasileira, que através de impostos financia a pós-graduação que possibilitou apoio a este estudo/estudante por intermédio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Lima, Camila Ávila de. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental: contribuições e perspectivas**

para o serviço social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

## RESUMO

Esta dissertação de mestrado tem como objeto a intervenção do/a assistente social na área de saúde mental, mais especificamente no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, com o objetivo de investigar o cotidiano profissional dos/as assistentes sociais neste equipamento, no contexto dos movimentos de luta pela saúde e de renovação crítica do serviço social brasileiro. Fruto do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o CAPS configura-se como um novo espaço ocupacional para assistentes sociais e demais profissionais que compõem a equipe de saúde mental, o que demanda estudos e pesquisas que possam problematizar o trabalho técnico que ali se desenvolve, os desafios do trabalho em equipe e as especificidades da contribuição do serviço social, na perspectiva de seu projeto ético-político profissional. Utilizamos como metodologia a pesquisa qualitativa com a estratégia de estudo de caso para analisar o cotidiano profissional de uma assistente social que trabalha em um CAPS da cidade de Campinas. Observamos que a assistente social preserva sua identidade profissional no trânsito entre o “campo e o núcleo”, mas está constantemente tensionada pelas tendências de homogeneizações dos saberes profissionais para atuação na saúde mental. Concluimos que o serviço social pode contribuir para o avanço da Reforma Psiquiátrica, especialmente com intervenções no âmbito da garantia de direitos aos usuários, compondo, com os demais profissionais, a luta pela defesa do SUS e da política de saúde mental comunitária.

**Palavras-chave:** Serviço Social e Saúde Mental, CAPS, Estudo de Caso, Reforma Psiquiátrica e Serviço Social.

Lima, Camila Ávila de. **The Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) and the reinvention of a caring place in mental health: contributions and perspectives**



**to the social service.** . Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

## **ABSTRACT**

This master's essay has as object the intervention of the social assistant in the mental health area, more specifically in the Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), with the objective of investigating the professional routine of social assistants in this gear, in the context of health and critical renovation of Brazilian social security movements. As a result of the Brazilian Psychiatric Reform Movement, CAPS is configured as a new occupational space for social assistants and other professionals who compose the mental health team, what demands studies and researches able to problematize the technical work that is there developed, the team-work challenges and the specificities of the social service contribution, in the perspective of its professional ethical-political project. We used as our methodology the qualitative research with the case study strategy to analyze the professional routine of a social assistant who works at a "CAPS" in the city of Campinas. It was observed that the social assistant preserves her professional identity in the transit between "field and center", but is constantly tensioned by tendencies of professional knowledge homogenization for mental health application. It was concluded that the social service can contribute to the advance of a Psychiatric Reform, specially with interventions in the scope which ensures rights to users, composing, with other professionals, the fight for SUS defense and the common mental health policy.

**Keywords:** Social Service and Mental Health, CAPS, Case Study, Psychiatrical Reform and Social Service.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>ABNT:</b>	<b>Associação Brasileira de Normas Técnicas</b>
<b>CAPES:</b>	<b>Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior</b>
<b>CAPS AD:</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas</b>
<b>CAPS Davi:</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial Davi Capistrano da Costa Filho</b>
<b>CAPS Itapeva:</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira</b>
<b>CAPS:</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial</b>
<b>CAPSi:</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil</b>
<b>CFESS:</b>	<b>Conselho Federal de Serviço Social</b>
<b>CRESS:</b>	<b>Conselho Regional de Serviço Social</b>
<b>EBSERH:</b>	<b>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares</b>
<b>MTSM:</b>	<b>Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental</b>
<b>NAPS:</b>	<b>Núcleo de Atenção Psicossocial</b>
<b>NASF:</b>	<b>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</b>
<b>NOT:</b>	<b>Núcleo de Oficinas e Trabalho</b>
<b>PTI:</b>	<b>Projeto Terapêutico Individual</b>
<b>PTS:</b>	<b>Projeto Terapêutico Singular</b>
<b>PUC-SP:</b>	<b>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo</b>
<b>RAPS:</b>	<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>
<b>SAMU:</b>	<b>Serviço e Atendimento Móvel de Urgência</b>
<b>SUS:</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TCLE:</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>UA:</b>	<b>Unidade de Acolhimento</b>
<b>UPA:</b>	<b>Unidade de Pronto Atendimento</b>

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
..	
<b>CAPÍTULO I - A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>22</b>
<b>1. Apontamentos sobre a Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira.....</b>	<b>22</b>
<b>1.1 Conquistas no campo da saúde mental – marcos e marcas.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2 O Serviço Social no campo da saúde mental e o projeto ético- político profissional.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO II – A CONSTITUIÇÃO DOS CAPS – UMA CONQUISTA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....</b>	<b>46</b>
<b>2. Normativas de funcionamento dos CAPS.....</b>	<b>46</b>
<b>2.1 CAPS: (re) invenção do (ou novo) lugar do cuidado em saúde mental.....</b>	<b>51</b>
..	
<b>CAPÍTULO III - O CAPS COMO UM ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL PARA O SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>62</b>
<b>3. CAPS Davi Capistrano: o campo empírico do estudo de caso.....</b>	<b>62</b>
<b>3.1. A equipe de trabalho – revisões e recomposições necessárias.....</b>	<b>66</b>
<b>3.1.1. A terceirização do trabalho no serviço público de saúde: impactos no trabalho e na qualidade dos serviços.....</b>	<b>70</b>
<b>3.1.2. Os usuários do CAPS – enfrentando a subalternidade.....</b>	<b>73</b>
<b>3.2 Organização do trabalho – desafio a ser enfrentado no CAPS.....</b>	<b>77</b>
<b>3.2.1. Reunião de Equipe – espaço privilegiado do trabalho coletivo no CAPS.....</b>	<b>84</b>
<b>3.2.2 Identidade dos trabalhadores do CAPS: o caso do Serviço Social.....</b>	<b>86</b>
...	
<b>3.2.3. O “serviço social clínico” ou “serviço social terapêutico” notas para discussão.....</b>	<b>90</b>

3.3. Problematizando competências e atribuições do/a Assistente Social no CAPS.....	<b>94</b>
3.4. Os direitos dos usuários – pauta a ser enfrentada pelo CAPS.....	<b>107</b>
3.5. A direção da mudança – desafios e perspectivas para a saúde mental no CAPS.....	<b>111</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	<b>117</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	<b>123</b>
ANEXOS.....	<b>133</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto a intervenção do/a assistente social na saúde mental, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Partimos da inserção da autora nesse espaço sócio-ocupacional, onde pretende-se, ao final, obter um maior conhecimento, ou desvelamento, das especificidades do campo para o Serviço Social.

Tal pesquisa justifica-se pelos desafios encontrados no cotidiano profissional, seja pela novidade do CAPS como equipamento de saúde destinado ao tratamento e acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves, substitutivo do modelo manicomial, que surgiu após o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, seja pela tentativa de problematizar a inserção de assistentes sociais nesse espaço institucional.

Com a experiência de sete anos trabalhando como assistente social no CAPS, pretendemos com este estudo realizar uma reflexão crítica da intervenção profissional, procurando colaborar com o Serviço Social e com o campo da saúde mental, aliando a experiência do cotidiano com as produções teóricas sobre as múltiplas dimensões que recortam nosso objeto.

Nesse sentido, corremos certo “risco” de que as crises vividas no cotidiano do trabalho transbordem para a nossa reflexão, pois também esta autora é afetada pelas desesperanças às quais está submetida como trabalhadora assalariada.

O esforço metodológico empreendido nesta dissertação foi, portanto, o de buscar preservar um distanciamento crítico em relação ao objeto de estudo no qual a pesquisadora também se insere e com o qual, inevitavelmente, estabelece uma identidade. A forma encontrada foi a de dialogar com o sujeito da pesquisa sem ignorar a experiência da própria pesquisadora, confrontando, dessa forma, vivências, percepções, indagações, reflexões sobre o mesmo objeto.

Atualmente, este cotidiano de trabalho, na função de assistente social, é desenvolvido em um CAPS Adulto III, na cidade de Jundiaí<sup>1</sup>, município de aproximadamente 400.000 habitantes, localizado a 57 km da capital paulista.

---

<sup>1</sup> Em 1968, seguindo o modelo de “tratamento” em saúde mental até então ofertado no Brasil, a cidade de Jundiaí inaugurou seu primeiro Hospital Psiquiátrico – Instituto de Psiquiatria e Higiene Mental de Jundiaí, localizado no bairro Jardim Tamoio, e, por isso, popularmente reconhecido como Hospital do Tamoio, fechado em 1990. A história deste local é marcada como um território de

Através da militância de trabalhadores da saúde mental, especialmente da terapeuta ocupacional Elaine Maria de Souza e da psiquiatra Márcia Ataíde do Paço, Jundiaí inaugurou seu primeiro CAPS no ano 2000, o qual, em 2002, já se tornou um CAPS III, de funcionamento 24 horas. No decorrer do processo de Reforma Psiquiátrica, a cidade foi estruturando sua rede de atenção com base em portarias subsequentes, possuindo, hoje em dia, além desse CAPS Adulto III – com o nome de “Sem Fronteiras” – um CAPS AD, um CAPS i, um Ambulatório de Saúde Mental em transição para transformar-se em um novo CAPS – e alguns serviços na atenção básica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Consultório na Rua. A cidade possui ainda atenção em emergência psiquiátrica no Hospital Geral.

Como em muitas cidades, falta em Jundiaí a estruturação de serviços que possam garantir, efetivamente, o cuidado em liberdade, como as residências terapêuticas, considerando que ainda há moradores internados em Hospitais Psiquiátricos da região. Entretanto, apontamos que a cidade que outrora fechou seu manicômio, no presente, empenha-se em construir uma rede, de fato, comunitária.

Assim como em outras realidades, as assistentes sociais que trabalham nos CAPS desse município (três profissionais – uma em cada CAPS – CAPS III, CAPS AD e CAPS i) são as únicas profissionais em serviços que contam com maior quantitativo de outras categorias profissionais.

Dessa maneira, temos o primeiro comprometimento do nosso estudo, voltado para a colaboração da ampliação do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional.

Constatamos que a área da saúde mental vem se apresentando como um espaço de trabalho para o Serviço Social desde a regulamentação da profissão no Brasil, nos anos de 1950, nos indicando que para discutir sobre a presença do/a assistente social no CAPS devemos percorrer os caminhos de luta e de

---

marginalização, já que sua estrutura abandonada foi ocupada em 1996 por uma população militante “sem teto” que permaneceu ali até o ano de 2013, sem condições mínimas de dignidade. Nesse ano, finalmente a área foi demolida e em seu entorno as famílias foram incluídas em projeto habitacional. Marcam como estrutura manicomial de Jundiaí a presença de hospitais psiquiátricos bem próximos, como o “Hospital Psiquiátrico de Várzea Paulista” (1971-2001) e, em outra cidade limítrofe a 30 Km, o “Hospital Psiquiátrico do Juqueri”, na cidade de Franco da Rocha, um dos mais antigos (1898) e maiores manicômios do Brasil, chegando a ter mais de 14 mil pessoas internadas nos anos de 1950.

transformação da política de saúde brasileira e da própria redefinição da profissão no Brasil, que tem seu marco no Movimento de Reconceituação, processo latino-americano vivido pelo Serviço Social que buscou romper com o conservadorismo profissional nos âmbitos teórico, político, metodológico e ideocultural.

Os rebatimentos desse movimento levaram à elaboração, nas décadas de 1980/1990, de um novo projeto profissional do Serviço Social brasileiro, crítico e comprometido com os interesses da classe trabalhadora e dos usuários das políticas sociais. É no interior desse movimento e em seus desdobramentos posteriores que se confrontam diferentes tendências na profissão, que rebatem nos seus fundamentos teóricos e metodológicos e na direção social de sua intervenção<sup>2</sup>.

Nossa perspectiva de análise parte do reconhecimento de que o Serviço Social se insere na divisão sociotécnica do trabalho no âmbito do trabalho coletivo, inscrito no movimento geral de produção e reprodução social. Nesse processo, os/as assistentes sociais se configuram como trabalhadores/as assalariados/as de instituições públicas e privadas, ingressando, portanto, no circuito da mercantilização de sua força de trabalho.

Como apoio para a nossa discussão, pesquisamos na bibliografia do Serviço Social análises acerca da Reforma Psiquiátrica sob a ótica da saúde mental. Encontramos, entre as publicações pesquisadas, uma dissertação de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC/SP que nos remete a um “Estado da Arte” onde a pesquisadora pôde apreender que:

Do total de 1063 produções publicadas pela Revista Serviço Social & Sociedade, apenas 8 destinam-se ao tema da Saúde Mental. São 7 artigos e 1 Comunicação de Pesquisa que abordam a temática da Saúde Mental, o que corresponde a apenas 0,75% de toda a produção, ou seja, menos de 1%. Um percentual baixo considerando-se o tempo da circulação da Revista (30 anos) e seu total de publicações (1063). (MOYA, 2010, p. 32)

---

<sup>2</sup> Uma das polêmicas teóricas é a análise do serviço social como trabalho. Reconhecemos o debate que há no interior da categoria, entretanto, pela complexidade da discussão e pelo entendimento da não centralidade para o nosso tema, optamos por não aprofundar essa análise e adotar as terminologias trabalho, prática, exercício profissional, indistintamente, e como expressões da condição de assalariamento do/a assistente social.

Destacamos a importância do levantamento realizado pela autora, considerando que a Revista *Serviço Social & Sociedade* (Cortez Editora) é um dos periódicos classificados como *Qualis A* pela área de Serviço Social na CAPES, sendo a mais antiga revista da área, com circulação nacional ininterrupta desde 1979. Observamos que a autora realizou um recorte bastante extenso, uma vez que considerou as publicações de 30 anos da Revista (1979-2009), compreendendo 100 números publicados. O reduzido número de artigos encontrados sobre a área de saúde mental evidencia a necessidade de ampliação de pesquisas e produções científicas nesse campo de atuação.

Compreendemos, dessa forma, que esta pesquisa possui relevância no âmbito do Serviço Social, uma vez que pode contribuir com a sistematização da prática do/a assistente social nos CAPS, bem como trazer subsídios teóricos e práticos que possam fazer avançar o Projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda em construção em nossa sociedade.

Nossa hipótese de trabalho é que assim como outros profissionais, os/as assistentes sociais vêm sofrendo com o esvaziamento do debate teórico e político acerca das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em seu cotidiano de trabalho no CAPS, sendo pouco valorizada sua contribuição específica, transformando-se muitas vezes em “técnicos polivalentes”, contrariando, assim, ambos os movimentos, tanto os de reformas da saúde quanto o projeto profissional, historicamente construído pela categoria, questão que, em nossa visão, reporta às reflexões sobre a especificidade do trabalho de assistentes sociais nos CAPS.

Consideramos que a articulação entre os movimentos de luta pelo direito à saúde e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Projeto Ético-Político do Serviço Social, forjados a partir do contexto de reestruturação produtiva do trabalho, constituem os fundamentos para a historicização e problematização deste projeto de pesquisa.

Entendendo a pesquisa como produção teórica e aliada da ação prática na realidade, destacamos que o materialismo histórico dialético orienta nossas análises, percorrendo, desse modo, um caminho já traçado por nossos antecessores no Serviço Social no movimento de ruptura com o conservadorismo da profissão.



É sem dúvida necessário distinguir o método da exposição formalmente, do método de pesquisa. A pesquisa tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear a sua conexão íntima. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real. Caso se consiga isso, e espelhada idealmente agora a vida da matéria, talvez possa parecer que se esteja tratando de uma construção a priori. (MARX, 1983, p.20)

Com o método dialético, temos a possibilidade de uma apreensão das determinações que regem o movimento da realidade. Entendemos, ainda, que para estudar um objeto é necessário o exercício de concebê-lo na totalidade das situações que o determinam. Por isso, há a necessidade de situá-lo no seu contexto histórico social e de movimentar-se do singular para o universal, realizando as devidas mediações. Não temos, então, uma produção teórica de conceitos, mas sim um conhecimento crítico que partiu do concreto, sendo resultado de múltiplas determinações.

Para tanto, realizamos pesquisa qualitativa, pela sua adequação ao nosso objeto de pesquisa, na tentativa de desvelamento do real e no intuito de maior compreensão sobre o cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais nos CAPS. Seguindo a reflexão de Minayo, entendemos que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. (MINAYO, 2009, p. 21).

Para a realização da pesquisa qualitativa, com a pretensão de se conhecer o sujeito, conforme Martinelli (1999, p. 22), “[...] precisa ir exatamente ao sujeito, ao contexto em que vive sua vida”. Compreendendo, portanto, o sujeito da nossa pesquisa o/a assistente social que trabalha no CAPS, adotamos a estratégia de *estudo de caso* que, apesar de não visar generalizações, “um caso pode revelar realidades universais, porque, guardadas as peculiaridades, nenhum caso é um fato isolado, independente das relações sociais onde ocorre”. (CHIZZOTTI, 2014, p. 138).

Ainda conforme o autor:

[...] estudo de caso é uma estratégia de pesquisa bastante comum [...] nas quais, em geral, o caso é dado ao profissional para que reúna informações sobre um determinado produto, evento, fato ou fenômeno social contemporâneo complexo, situado em seu contexto específico. Objetiva reunir os dados relevantes sobre o objeto de estudo e, desse modo, alcançar um conhecimento mais amplo sobre esse objeto, dissipando as dúvidas, esclarecendo questões pertinentes, e, sobretudo, instruindo ações posteriores. (CHIZZOTTI, 2014, p. 135)

No estudo de caso, podemos utilizar alguns instrumentais, de acordo com o necessário para a apreensão da realidade. As técnicas de coletas de dados, nos estudos de caso, geralmente são as usadas nos estudos sociológicos ou antropológicos, como: “[...] observação, entrevista, análise de documentos, gravações, anotações de campo [...]” (ANDRÉ, 2008, p. 16).

Prevendo a flexibilidade para a adequação ao nosso objeto, contamos, para a realização deste estudo, com a coleta de dados através de entrevistas com uma assistente social que trabalha em um CAPS, e utilizamos também anotações em diário de campo, conforme observações realizadas durante um mês, período em que estivemos no campo.

Realizamos alguns encontros com a assistente social, que nos recebeu com muito interesse pela pesquisa, engajando-se, desde o primeiro momento, com grande disponibilidade, reconhecendo a importância de estudos sobre a inserção do Serviço Social nos CAPS que, segundo ela, não têm sido realizados, ao contrário do que ocorre com as demais áreas.

Com a finalidade de reunir o maior conhecimento possível sobre as múltiplas determinações do trabalho do/a assistente social no CAPS, bem como analisar os avanços e as dificuldades do trabalho profissional no cotidiano institucional, escolhemos uma unidade que expressasse o comprometimento com os princípios e diretrizes preconizadas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para isso, selecionamos um CAPS de uma cidade que, reconhecidamente, vem trabalhando na operacionalização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, funcionando como uma rede substitutiva ao tratamento asilar manicomial e que tenha em seu quadro profissional o/a assistente social.

Dessa forma, elegemos um CAPS da cidade de Campinas, que preenchia os critérios definidos para a realização da pesquisa.

A escolha de um CAPS de Campinas como unidade empírica da pesquisa justifica-se em função de a política municipal de saúde ter desencadeado uma experiência inovadora, amplamente reconhecida, que incorporou os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, na perspectiva de um sistema integrado de saúde. Como nos indica Luzio & L'Abbate:

Desde a década de 1980, o município assumiu a responsabilidade de construir um sistema integrado de saúde. No que se refere à saúde mental, com base na avaliação do trabalho desenvolvido na rede básica de saúde, integrou-se, de modo progressivo e nos vários níveis de complexidade, a assistência em saúde mental ao sistema geral de saúde. Assim, essa experiência, associada às parcerias das duas universidades e do movimento popular por saúde, permitiu a construção de um modelo assistencial "em defesa da vida", voltado para a reorganização e ampliação da atenção em saúde, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS e de um sistema de co-gestão formado por espaços coletivos em que se viabilizam as diretrizes do governo, fortalecem os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), bem como permite a transformação das relações de dominação, criação de novos contratos, composição de consensos, alianças e implantação de projetos. (LUZIO; L'ABBATE, 2006, p. 296).

Assim, temos uma construção importante da cidade de Campinas para a mudança de paradigma do modelo manicomial para o modelo participativo e democrático, o que ficou evidenciado na pesquisa que realizamos.

Planejamos, portanto, estudar o Serviço Social em um CAPS onde há, reconhecidamente, avanços no processo de Reforma Psiquiátrica e que pode nos fornecer bons elementos para análise.

No centro das problematizações da pesquisa, está a identidade profissional do Serviço Social nos CAPS e a especificidade do trabalho, já apontando perspectivas em direção a um Serviço Social comprometido com a Reforma Psiquiátrica sob princípios do Projeto Ético-Político da profissão.

A partir dessas referências, estruturamos a dissertação em três capítulos, além da introdução e da conclusão.

No primeiro capítulo, estudamos, na esfera de resistência que os trabalhadores travaram, na segunda metade do século XX, os movimentos sociais que, no Brasil, se comprometeram com a garantia do direito à saúde pública e universal, compreendendo o contexto econômico mundial, marcado pelas

profundas transformações no mundo do trabalho, determinadas pela reestruturação produtiva. Ainda neste primeiro capítulo, inscrevemos no mesmo período histórico as transformações do Serviço Social brasileiro com o Movimento de Reconceituação. Percorremos, também, as articulações entre a profissão e o campo da saúde, mais especificamente da saúde mental.

No segundo capítulo, desenvolvemos a discussão sobre o *lócus* da pesquisa, ou seja, o CAPS. Contextualizamos o espaço sócio-ocupacional a ser pesquisado – o CAPS – como uma conquista do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil que emergiu das discussões da Reforma Sanitária, no âmbito de efervescência política pela redemocratização do país, especialmente nas décadas de 1970 e 1980, tensionado por movimentos sociais e de trabalhadores pela ampliação de direitos sociais. Ainda neste capítulo, a partir das diretrizes que norteiam o trabalho no CAPS, buscamos conceituar a noção de clínica ampliada, trabalho interdisciplinar e as noções de “campo” e “núcleo”, problematizando alguns desafios desencadeados pelas formas de organização do trabalho, praticadas no interior dos CAPS.

No terceiro capítulo, apresentamos os dados colhidos no estudo de caso, momento em que dialogamos mais diretamente com as questões norteadoras do objeto da pesquisa.

Para a realização da pesquisa, atendemos às orientações éticas do Conselho Nacional de Saúde, contidas na Resolução 196/96 sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Submetemos nosso projeto a Plataforma Brasil onde obtivemos aprovação sob o número: 46097315.6.0000.5482.

Com a devida aprovação, realizamos a pesquisa de campo onde nossa entrevistada recebeu informações detalhadas sobre o estudo que foi realizado, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo, tendo aceitado a participação na pesquisa, voluntariamente.

As falas gravadas e, posteriormente, transcritas foram submetidas à aprovação de nossa entrevistada.

## **CAPÍTULO I - A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

### **1. Apontamentos sobre a Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira.**

A segunda metade do século XX foi marcada por profundas transformações econômicas que resultaram em perdas de direitos dos trabalhadores. Foi um tempo

de crise do capitalismo, a partir da qual se desencadeia a reestruturação produtiva no mundo do trabalho, com transformações nas formas de organização nas indústrias e nos serviços, especialmente através da flexibilização e da precarização das relações de trabalho e dos direitos trabalhistas e sociais.

Consolida-se o poder das grandes multinacionais, da especulação financeira e dos grandes bancos internacionais, por meio de políticas voltadas, predominantemente, aos interesses do setor privado, com apoio ativo do Estado. Dessa forma, observamos que a máxima liberal “da não intervenção do Estado” funciona, na verdade, como sustentação da estrutura de classes da sociedade. “É importante acentuar o papel que cumpre o Estado nesse modo de dominação. O Estado tem papel-chave de sustentar a estrutura de classes e as relações de produção” (IAMAMOTO, 2008, p. 120).

Assim, para novas formas de acumulação capitalista correspondem atualizações nas formas de expropriação do trabalho por meio da precarização, das subcontratações e da intensificação que, ao mesmo tempo em que contribuem para a ampliação dos lucros privados, geram perdas de direitos dos trabalhadores.

Com o aprofundamento da degradação do trabalho, encontramos, como consequência, importantes movimentos de resistência em todo o mundo. Movimentos sociais que lutam por diferentes direitos (mulheres, negros, ecológicos, entre outros) convergem no apontamento de questionamentos sobre o modo de produção e reprodução capitalista.

O tensionamento das estruturas sociais do mundo capitalista, tanto nas suas áreas centrais quanto periféricas, ganhou uma nova dinâmica e gestou-se um quadro favorável para a mobilização das classes subalternas em defesa de seus interesses imediatos. Registraram-se então amplos movimentos para direcionar os ônus da desaceleração do crescimento econômico, mediante as lutas de segmentos trabalhadores e as táticas de reordenação dos recursos das políticas sociais dos Estados burgueses. Em tais movimentos, o conteúdo das demandas econômicas – em função da complexidade e da diferenciação sociais já presentes nas sociedades capitalistas mais desenvolvidas, nas quais os impactos da revolução científica e técnica se faziam sentir – entrecruza-se e

conflui com outras demandas, sociais e culturais [...]. (NETTO, 2005, p. 3)

No Brasil, temos, nas décadas de 1970/1980 (período pré-Constituição Federal de 1988), importantes movimentos sociais que lutaram por ampliações de direitos sociais, lembrando que esta efervescência política brasileira ocorreu no período da Ditadura Militar (1964-1985).

A importância dos movimentos dos trabalhadores de luta por direitos e pela redemocratização do Brasil, bem como seu impacto nos outros movimentos em latência, é destacada por Sader:

A novidade eclodida em 1978 foi primeiramente enunciada sob a forma de imagens, narrativas e análises referindo-se a grupos populares os mais diversos que irrompiam na cena pública reivindicando seus direitos, a começar pelo primeiro, pelo direito de reivindicar direitos. O impacto dos movimentos sociais em 1978 levou a uma revalorização de práticas sociais presentes no cotidiano popular, ofuscadas pelas modalidades dominantes de sua representação. Foram assim redescobertos movimentos sociais desde sua gestação no curso da década de 70. (SADER, 1988, p. 26)

A citação faz menção ao ano de 1978, quando houve a greve de trabalhadores iniciada no ABC paulista, que se expandiu para outras regiões industriais do país. Observamos que a força do movimento operário trouxe importantes repercussões nos outros movimentos que já gestavam no Brasil.

A Reforma Sanitária brasileira configura-se como um dos movimentos que foram forjados nesse contexto e que foi incorporado às lutas das organizações de trabalhadores pela ampliação de acesso à saúde.

A luta por melhores condições de saúde, ao longo do século XX, passou a fazer parte da pauta de “demandas” dos movimentos sociais de vários países industrializados. O sindicalismo, os partidos políticos e diversas modalidades de associações tem colocado na ordem do dia a luta pelo acesso universal aos serviços. (CAMPOS, 1992, p. 27)

Esse movimento contou com o protagonismo dos trabalhadores e de intelectuais da área da saúde, que percorreram um caminho de “crítica às

concepções de saúde dominantes, ao papel de controle e à estreita vinculação das práticas médico-sanitaristas aos interesses do capital” (CAMPOS, 1992, p. 27).

As propostas do Movimento Sanitário contrariaram interesses do capital – principalmente os lucros dos grandes centros privados de saúde – e denunciaram a mercantilização da saúde no Brasil.

Dessa forma, com a bandeira de luta de que a saúde deveria ser “direito de todos e dever do Estado”, o Movimento pela Reforma Sanitária buscou, na responsabilização do Estado, a efetivação dessa política.

Nos anos de 1980, no processo de redemocratização do país, ocorreu a construção do Projeto da Reforma Sanitária cuja preocupação central foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. (BRAVO, 2013, p. 177)

Assegurar a primazia do Estado na execução das políticas sociais também foi objeto de discussão no processo da Reforma Psiquiátrica. Contrariando os interesses da mercantilização da “loucura”, a proposta de extinção dos manicômios e a defesa por serviços abertos, comunitários e públicos foi se fortalecendo, sendo o CAPS um dos produtos desse movimento. Portanto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil emergiu a partir das discussões da Reforma Sanitária em um contexto de efervescência política brasileira, com os movimentos sociais impulsionando questionamentos às formas de reprodução social capitalista.

Como marco desse movimento, temos, no ano de 1978, o protagonismo dos trabalhadores de saúde mental que, em um encontro no Rio de Janeiro, criaram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Especialmente influenciados pela experiência Italiana, com Franco Basaglia (1924-1980) como seu expoente, o movimento da Reforma Psiquiátrica questionou o lugar da loucura na sociedade capitalista como expressão da luta de classes, realizando críticas às análises dominantes sobre as doenças mentais e as formas institucionalizadas de cuidado. O autor italiano nos ajudou na compreensão de que as formas de tratamento eram dependentes do sistema econômico e da posição de classe, determinando os tipos de cuidados que o “doente” recebia.



A situação (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental) se revela, assim, intimamente ligada e dependente do sistema, donde toda a relação está rigidamente determinada por leis econômicas. Ou seja: não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema sócio-econômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos. Um exame atento revela que a doença, enquanto condição comum, assume significados concretamente distintos segundo o nível social do doente. (BASAGLIA, 1985, p. 105)

Com essa apropriação, o movimento brasileiro discutiu a loucura como construção social na perspectiva do modelo econômico capitalista, produzindo reflexões que explicitavam as relações entre o sistema sócio-econômico e a terapêutica implementada pelas instituições de saúde mental.

Para isso, o MTSM realizou críticas à psiquiatria e às suas instituições, construindo um pensamento crítico que, em 1987, no Encontro de Bauru, resultou na campanha “Por uma Sociedade Sem Manicômios”.

Em dezembro de 1987, no Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, surge uma nova e fundamental estratégia. O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade de envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p. 492)

A luta pela reformulação da atenção em saúde mental, dessa forma, passa, necessariamente, pela desconstrução dos manicômios.

Os manicômios, sanatórios, hospícios, hospitais de higiene mental ou psiquiátricos foram o principal serviço de atendimento em saúde mental no Brasil, tendo inaugurado seu primeiro em 1852, o “Hospício Pedro II” na cidade do Rio de Janeiro, e se multiplicado no interior do país, chegando aos 110.000 mil leitos psiquiátricos:

No campo psiquiátrico brasileiro, entre as décadas de 1960 e 1980, o parque hospitalar triplicou e alcançou a cifra de 110.000 mil leitos, ou seja, uma parcela da população do Brasil vivia sob o regime de internação asilar, excludente e institucionalizada, praticamente a única oferta de tratamento psiquiátrico no país [...]. (ARANHA; SILVA, 2012, p. 21)

Esse modelo asilar é reconhecido, conforme estudo de Goffman (1961), pelas Instituições Totais, que se apresentam como moradia, onde os internos ficam fechados e suas vidas são administradas por outros.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1961, p. 11)

Goffman sinaliza que a centralidade do conceito está na limitação da vida, em que “todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade” (GOFFMAN, 1961, p. 17). O autor, desse modo, define os Hospitais Psiquiátricos como um tipo de instituição total, ou seja, “[...] locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional” (GOFFMAN, 1961, p. 16).

São lugares estabelecidos para a prática da opressão e da violação institucionalizada de direitos, como demonstra a história dessas instituições no Brasil. Vicente (2001) relaciona os abusos dos manicômios com o modo da “classe hegemônica compreender e tratar os sujeitos que apresentam algum sofrimento psíquico” (VICENTE, 2001, p. 55), enumerando como práticas violentas nos manicômios o “cárcere coletivo, o da punição, o da contenção química e mecânica e, para completar, o total impedimento da prática de atos civis” (VICENTE, 2001, P. 55).

Como símbolo, temos o “Hospital Colônia de Barbacena”, inaugurado em 1903, em Minas Gerais, e conhecido no final do século XX pelo tratamento desumano, especialmente após a visita de Franco Basaglia, em 1979, que comparou o manicômio a um campo de concentração nazista.

Em recente publicação do livro *Holocausto Brasileiro* foi denunciada, entre outras situações, a existência de muitas pessoas, entre 1960 e 1970, que não tinham nenhum diagnóstico de doença e que eram levadas ao Hospital através das linhas ferroviárias, por serem consideradas à margem da sociedade, como prostitutas, pessoas em situações de rua, homossexuais e outras. A estimativa é

de mais de 60 mil mortes com comercialização dos corpos às faculdades de medicina pelo país.

Os manicômios foram evidenciados pelos defensores da Reforma Psiquiátrica como instituições totais, violentas, opressoras e violadoras de direitos humanos. Assim, uma “forma de tratamento” que deveria ser substituída.

Tratando da peculiaridade da Reforma Psiquiátrica, Nicácio (2003, p. 95) aponta que a concretização das práticas exigia “a transformação das formas de pensar e agir em saúde mental”. Nesse sentido, a prática de estímulo à cidadania com os “doentes mentais” foi possível com a discussão em torno do conceito saúde-doença, em nosso caso, saúde-doença mental.

Temos, desde a Antiguidade, a presença de concepções sobre o processo saúde-doença com modelos explicativos diferentes, determinados ao longo da história pelos lugares, culturas e organização social dos povos.

Com a influência do processo Italiano, a Reforma Psiquiátrica brasileira utilizou-se da concepção, especialmente desenvolvida por Basaglia, de saúde-doença, em que o autor nos indica uma direção dialética, reconhecendo que a saúde é:

[...] um momento de consciência, de apropriação do próprio corpo, como superação da experiência da doença, e a doença, uma fase da vida, um momento de apropriação de si, do próprio corpo, da experiência da doença e, portanto, da própria saúde. (BASAGLIA, 1982, p. 366)

A saúde e a doença, numa articulação dialética, entendidas como partes de uma totalidade, em que a experiência da saúde de “apropriação de si” supera a doença, que por sua vez também se constitui como “apropriação do próprio corpo” configurando assim a própria saúde.

Nesse reconhecimento, avançamos na superação da negação da saúde como ausência de doença, buscando, assim, uma relação de superação do lugar das pessoas com sofrimento psíquico, ou seja, não são mais corpos doentes institucionalizados, mas pessoas com complexidades de vida e com sofrimentos psíquicos.

Caminhamos, então, para a direção da compreensão das pessoas nas estruturas de base social. Como nos ensina Basaglia (1979, p. 17), “[...] o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades”.

Sendo assim, rompe-se a dimensão do tratamento a partir de sintomas, como na medicina tradicional. Nessa nova configuração do processo saúde-doença, não é possível separar o homem da realidade, do contexto social, avançando para a construção de novas possibilidades de atenção, saúde e cidadania dos sujeitos.

### **1.1 Conquistas no campo da saúde mental – marcos e marcas**

Com os movimentos de luta pela saúde, no Brasil, fortemente influenciados pelo período de efervescência política brasileira e de luta geral da classe trabalhadora, tivemos importantes avanços sociais na área.

Em 1988, após o período de Ditadura Militar, temos a promulgação de uma nova Constituição Brasileira, em que os defensores da Reforma Sanitária (baseados especialmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu com ampla participação no ano de 1986), tensionaram o debate para a incorporação de suas reivindicações – como principal marco a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado. (BRAVO, 2009)

Dessa forma, a primeira conquista, certamente, é a Constituição Federal de 1988, demonstrada no artigo 196, que reconhece o direito à saúde e a primazia do Estado para sua concretização:

Artigo 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

Em 1990 é inaugurada a principal legislação de mudança na operacionalização da saúde pública brasileira com o Sistema Único de Saúde – o SUS, que trouxe, entre seus princípios, a universalidade, a equidade e a integralidade e o reconhecimento de que saúde está para além do processo da doença, pois “[...] expressa a organização social e econômica do país”, e os determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença:

Artigo 3º- A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.<sup>3</sup>

Com as conquistas da reforma sanitária, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica buscou na constituição do SUS criar serviços e novas formas de atendimento em saúde mental (NICÁCIO, 2003), configurando um novo momento para o movimento.

Para isso, retomou as experiências pioneiras de mudanças nas formas de cuidado em saúde mental, destacando-se as experiências em São Paulo (Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira – o “CAPS Itapeva”) e em Santos (NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial).

Essas experiências buscavam a concretização de práticas de cuidado em saúde mental extra-hospitalares, não reprodutoras da violência institucional dos manicômios, como espaços de reconhecimento das pessoas enquanto sujeitos de direitos e o exercício de sua cidadania, propiciadores de uma nova experiência da vivência da loucura dentro da sociedade.

Seguindo os tensionamentos para a mudança de legislação da área, foi proposto em 1989, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, e redireciona o modelo de atenção prevendo a substituição progressiva dos hospitais por tratamento em comunidade. Esse Projeto de lei tramitou por 12 anos no Congresso, sendo aprovado somente em 2001, sob o número 10.216.

No processo extenso de tramitação para aprovação da lei, tivemos refletidas as contradições e posicionamentos contrários à Reforma Psiquiátrica. Nesse campo tensionado por diversos interesses, principalmente econômicos, a lei sofreu alteração na proposta original e quando sancionada, em 2001, não mais previa a extinção<sup>4</sup> dos Hospitais Psiquiátricos. Entretanto, a Lei 10.216 é, sem dúvida, reconhecida por seu avanço na legislação brasileira para a Saúde Mental.

---

<sup>3</sup> Brasil. Sistema Único de Saúde, Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1988.

<sup>4</sup> O Brasil diminuiu de 51.393 leitos em Hospitais Psiquiátricos em 2002 para 29.958 em 2012. Fonte: “Saúde Mental em dados 11” - Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

Neste percurso de avanços, destacamos ainda a III Conferência de Saúde Mental, no ano de 2001, que indicou alguns importantes caminhos para o campo.

Com o apoio da sistematização de Aranha e Silva (2012), observamos que houve reafirmações das garantias indicadas na Conferência de Caracas<sup>5</sup>, de superação do modelo hospitalar, de implantação de serviços comunitários nas bases do SUS e a garantia de direitos humanos aos usuários.

Houve avanços também nas discussões sobre o acesso e o controle social com a participação ativa de familiares e usuários, trabalhadores, gestores e outros atores nos Conselhos de Saúde; na interlocução com políticas intersetoriais que pudessem promover a qualidade de vida e confrontar mecanismos de exclusão de usuários dos serviços de saúde mental.

Foram indicadas novas formas de substituição do tratamento manicomial com a construção de uma rede de cuidado desde a atenção básica, prevendo a desinstitucionalização de pessoas internadas há longo tempo, com garantia de acolhimento. Colocou-se também o norte para o financiamento do custeio dos serviços e das ações substitutivas e desinvestimento no parque hospitalar com características asilares, reorientando as internações para leitos em emergência e enfermaria de hospital geral.

Avançou-se, da mesma forma, nas discussões acerca dos processos de trabalho e do lugar dos trabalhadores, apontando-se a necessidade de fomento às políticas de gestão no reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos sociais inscritos nos processos políticos, construindo e transformando realidades; propôs-se reflexão sistemática sobre os processos de trabalho no cotidiano e gestão democrática dos serviços, considerando os diversos e distintos direitos dos trabalhadores, projetos, saberes, possibilitando a recriação de identidades profissionais, responsabilização ética e sanitária pelas necessidades de saúde da população; e, finalmente, a necessidade de articulação entre universidades e

---

<sup>5</sup>A Conferência Regional de Caracas (1990) que resultou na “Declaração de Caracas” foi um marco para as novas configurações de atendimento de Saúde Mental no Continente. A “Declaração de Caracas” reafirmou direitos humanos, condenou o modelo asilar e propôs o redirecionamento do atendimento em saúde mental para modelos comunitários, indicando que as legislações dos países devem ser ajustadas para a garantia de “assegurarem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais e promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento”.

serviços para proposição das estratégias de capacitação, atualização, produção de conhecimentos advindos da prática.

Enfim, uma discussão que pautou a necessidade de substituir os modelos asilares, prevendo uma rede comunitária com respeito aos direitos dos usuários, estimulando a participação e o controle social dos serviços, nos marcos do SUS.

Para isso, indicou-se o redirecionamento de financiamento das ações em saúde mental e a mudança na gestão de recursos humanos, em que o processo de trabalho fosse organizado para o reconhecimento dos direitos e do lugar dos sujeitos sociais inscritos nos processos políticos, construindo e transformando realidades.

Com esses pressupostos, a Política de Saúde Mental, seus serviços e legislação avançaram. Em 2011, temos a portaria nº 3088/GM que aglutina as conquistas pelo tempo e organiza os serviços em “pontos” de atenção em saúde com ações estratégicas na lógica de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de cuidado em saúde mental no território.

São programas e ações importantes de serem citadas em sua complexidade, sendo componentes da RAPS:

- Atenção Básica em Saúde – Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, apoio aos serviços do componente Atenção Residencial e Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura;
- Atenção Psicossocial Estratégica – CAPS nas suas diferentes modalidades;
- Atenção de Urgência e Emergência – SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório – Unidade de acolhimento, serviços de atenção em regime residencial;
- Atenção Hospitalar – Enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

- Estratégias de Desinstitucionalização – Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa;
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial – Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Portanto, desse conjunto de programas e ações, destaca-se o CAPS como um dispositivo de saúde, com sua complexidade de atenção, direcionado para as pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes, não sendo, entretanto, o único equipamento de saúde destinado a essa população, sendo que seu atendimento deve ser articulado à rede de saúde.

Conforme dados do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, o número de CAPS no Brasil aumentou de 148 unidades, em 1998, para 1803, em 2012. Neste mesmo ano, o país chegou a uma cobertura de 0,74 CAPS/100.000 habitantes.

A Região Sudeste que, em 2002, apresentava média superior à nacional, em 2012, está abaixo, com 0,66 CAPS/100.000 habitantes, e São Paulo com 0,68 CAPS/100.000 habitantes. Indicadores que nos sugerem que essa Região, que implantou o primeiro CAPS no Brasil, expandiu sua rede comunitária imediatamente após a implementação da Lei nº 10.216, não acompanhando, posteriormente, a expansão nacional. O que não aconteceu, por exemplo, com a Região Sul do país que, em 2002, estava acima da média nacional de implantação de CAPS e, em 2012, continua com um percentual de 0,94 CAPS/100.000 habitantes.

## **1.2 O Serviço Social no campo da saúde mental e o projeto ético- político profissional**

No mesmo período histórico, de lutas pelo direito à saúde no Brasil, temos o Serviço Social brasileiro vivendo um momento de questionamentos, e a incorporação, por parte de segmentos da categoria, da tradição marxista, influência

---

<sup>6</sup>Saúde Mental em dados 11 - Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.



que, mais tarde, se consolidou com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

O Serviço Social é uma profissão que atua com as expressões da questão social no cerne do sistema capitalista, e sua história e reprodução estão inscritas em contradições que exprimem interesses de classes que revelam projetos societários. Conforme Netto (1999, p. 2), a ação do homem, de forma individual ou coletiva, “implica sempre um projeto” que é “[...] uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para lográ-la”.

Os projetos societários, assim como os projetos profissionais, são projetos coletivos que se relacionam com os interesses sociais em uma determinada sociedade, em determinado tempo histórico.

Em quase 80 anos de existência no Brasil, o Serviço Social, assim como a própria sociedade brasileira, passou por muitas concepções, influências, mudanças com rupturas, continuidades conservadoras, ou seja, múltiplas determinações que não esgotaremos neste momento, e que expressam a construção crítica do Serviço Social brasileiro.

Nessa contextualização mais geral, entre projetos societários conservadores ou transformadores, podemos afirmar que o Serviço Social brasileiro vem transitando nessas concepções desde a sua gênese, ora com códigos de éticas que revelam valores cristãos com perspectivas de harmonização social, ora com leituras críticas indicando valores de solidariedade e liberdade.

Mas foi no mesmo contexto de efervescência dos movimentos sociais, no período de ditadura militar, que a categoria profissional, sendo questionada e se questionando, impulsionou debates críticos de práticas e concepções conservadoras e provocou discussões de enfrentamento de um novo posicionamento do Serviço Social na sociedade brasileira. Iamamoto (2010, p. 5) indica que, nesse período, o Serviço Social impulsionou um “processo de ruptura com o tradicionalismo profissional e seu ideário conservador”, transformando as respostas profissionais e induzindo profundas alterações no ensino, pesquisa, regulamentação da profissão e na organização política da categoria de assistentes sociais.

Com isso, temos a construção do Movimento de Reconceituação do Serviço Social que, especialmente entre os anos de 1965/1975, foi um fenômeno latino-americano que constituiu-se, certamente heterogêneo, no continente.

A heterogeneidade também foi marca desse processo no Serviço Social brasileiro, que expressou tendências modernizadoras de ajustamento às demandas institucionais, e intenção de ruptura com o conservadorismo, numa vertente crítica.

A vertente crítica, que estava sintonizada com os acontecimentos históricos de sua época, construiu confluências importantes e socialmente necessárias. Expressava a conjuntura política do continente e buscava ruptura com um serviço social até então comprometido com a ordem vigente, tanto na análise da realidade social quanto nas práticas interventivas.

Sua premissa é a de que o processo de reconceituação, expressando a conjuntura de transição social vivida na América Latina, tinha a sua sorte hipotecada aos próprios rumos da revolução social em escala continental. Ganhando impulso o movimento revolucionário, o projeto de uma nova prática profissional encontraria suportes sociais reais e romperia com a própria noção histórica do Serviço Social, entendido como instrumento de manipulação das demandas sociais das classes espoliadas em proveito do status quo; frustrado transitoriamente este movimento, o projeto em tela seria enquadrado e reabsorvido nas pautas profissionais institucionais. (NETTO, 1981, p. 61)

Com a ditadura que se implanta no Brasil, temos um retrocesso no projeto de mudança de direção da profissão para, mais tarde, com a redemocratização, voltarmos à crítica e à autocrítica profissional, aos fundamentos teórico-metodológicos, incorporando a questão social e suas manifestações no cotidiano como objeto do Serviço Social. Marca que a questão social “sustenta a construção do nosso projeto profissional” e é o “norte do giro teórico e político desencadeado pelo Movimento de Reconceituação”, conforme Iamamoto<sup>7</sup>.

Desse modo, o que chamamos Projeto Ético-Político do Serviço Social é fruto da construção histórica da profissão, em estreita articulação com o movimento

---

<sup>7</sup>CRESS 7ª Região/RJ. Em Foco: Atribuições privativas do Assistente Social e o “Serviço Social Clínico”. CRESS/RJ e Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da UERJ. Rio de Janeiro, Maio/2004.

da sociedade e, por isso, sempre tensionado, pois é expressão da direção geral do projeto de sociedade que defendemos.

À guisa de introdução, vale a tentativa de destrinchar o termo projeto ético-político profissional. Trata-se de uma projeção coletiva que envolve sujeitos individuais e coletivos em torno de uma determinada valoração ética que está intimamente vinculada a determinados projetos societários presentes na sociedade que se relacionam com os diversos projetos coletivos (profissionais ou não) em disputa na mesma sociedade. (BRAZ, 1996, p.1)

Identificamos, assim, que no mesmo movimento histórico de luta por ampliação de direitos sociais, no Brasil, também tivemos, no interior da categoria, discussões acaloradas acerca das concepções de Serviço Social e do seu significado social, demonstrando, dessa maneira, que o Projeto Ético-Político do/a assistente social se “desenvolveu sintonizado com os movimentos progressistas da sociedade brasileira desde as décadas de 1970/1980” (NETTO apud BISNETO, 2009, p. 34).

O projeto profissional, construído pelo Serviço Social, sendo também expressão das vivências históricas, radicalizou-se na defesa dos direitos humanos, no reconhecimento das implicações de sua inserção em uma sociedade de classes e das disputas entre distintos projetos, posicionando-se ao lado da luta geral dos trabalhadores, o que podemos observar através dos princípios éticos apresentados no Código de Ética Profissional de 1993:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- Defesa intransigente dos direitos humanos;
- Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;

- Garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem discriminação.

Com a explicitação dos princípios do Código de Ética de 1993, podemos avançar para a compreensão de que ele expressa as lutas, as conquistas e o amadurecimento da categoria dos/as assistentes sociais, relacionando o projeto profissional à defesa de direitos e a um projeto societário contra-hegemônico. Conforme Barroco (2012), este código não pode ser visto apenas como um conjunto de normas, mas deve-se reconhecer que a ética profissional é “ação prática mediada por valores que visam interferir na realidade, na direção da sua realização objetiva, produzindo um resultado concreto” (BARROCO, 2012, p. 35). Nesse sentido, não podemos entender tais princípios como teorias que não se aplicam na prática profissional, como nos alerta Matos (2013, p. 99), que entende essa fala como “perigosa” porque pode “reeditar a falsa dicotomia entre teoria e prática”.

Para a realização, portanto, do Serviço Social no cotidiano de sua prática profissional, a categoria foi construindo ferramentas fundamentais para a atuação profissional.

Na lei de Regulamentação da Profissão, também de 1993, encontramos as competências e atribuições privativas do/a assistente social. Utilizando a definição de Terra (1998), as competências são qualificações profissionais para prestar serviços, independente de serem, também, competências de outras categorias

profissionais, enquanto atribuições privativas são também competências, porém exclusivas, decorrentes de formação profissional específica, no caso, da formação em Serviço Social.

Nessa direção, as competências e atribuições dos/as assistentes sociais requisitam do profissional a apreensão da realidade social, do contexto social de sua intervenção, podendo realizar, assim, uma análise crítica que fundamentará suas ações e estratégias em sua área de atuação.

Afinado com as competências e atribuições regulamentadas (Lei nº 8.662/93) e com o Projeto Ético-Político, tivemos, em 2010, uma importante contribuição de representação da categoria (CFESS) para os/as assistentes sociais da área da saúde, que são os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”.

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. [...] Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. (CFESS, 2010, p. 41)

Para os/as assistentes sociais que trabalham na saúde mental, os “Parâmetros” trazem a seguinte discussão:

Já nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. (CFESS, 2010, p. 41)

Contribuir, portanto, com a Reforma Psiquiátrica, preservando sua identidade profissional, é a tarefa de assistentes sociais que atuam na saúde mental. Compreendemos que o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social e os projetos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, como construções coletivas, expressam projetos societários embora eles não se confundam.

Conforme NETTO (1999, p. 2), os projetos societários se diferenciam dos demais projetos coletivos por “se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade”. Dessa forma, os projetos societários

estão inscritos em projetos coletivos, que revelam interesses e valores sociais de um determinado tempo histórico e que, na cena de uma sociedade capitalista, constituem-se como projetos de classes.

Como também expressam as contradições da sociedade (no marco da luta de classes), os projetos societários estão sempre em disputa, nem sempre com condições iguais de enfrentamento; os projetos que respondem aos interesses da classe trabalhadora “sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes”. (NETTO, 1999, p. 3)

Reconhecemos, por conseguinte, que enfrentamos desafios para a concretização do Projeto Ético-Político do Serviço Social na conjuntura atual por representar um projeto contra-hegemônico, com um direcionamento voltado aos interesses da classe trabalhadora.

Em contrapartida, o projeto hegemônico na sociedade capitalista, cada vez mais, implementa políticas neoliberais com redução de gastos sociais e fortes ameaças aos direitos já conquistados pela classe trabalhadora.

Entretanto, assinalamos que, embora em condições desiguais, a existência de disputas de projetos na sociedade aponta para a construção de novas possibilidades de sociabilidade, afirmando, de acordo com Braz, que “[...] é a disputa entre projetos societários que determina, em última instância, a transformação ou a perpetuação de uma dada ordem social”. (BRAZ, 1996, p. 5)

Para a apreensão do movimento histórico dos projetos de reforma da saúde e do Serviço Social, Bravo (2009) chama atenção para a conjuntura do Serviço Social na área da saúde, nos anos de 1990.

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, como categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde”. (BRAVO, 2009, p. 35)

A autora remete à problemática de que os principais sujeitos do Serviço Social, vinculados à perspectiva crítica, ocupavam espaços na academia, não refletindo, assim, diretamente, mudanças nas práticas profissionais nos serviços, especialmente no campo da saúde.

Reconhecemos a análise de Bravo (2009), todavia faz-se importante revelarmos que havia no interior do Movimento pela Reforma Psiquiátrica trabalhadores/as assistentes sociais participantes em menor ou maior expressão, identificados com as suas pautas, conforme registra Robaina (2010).

Encontramos entre a bibliografia pesquisada um trabalho de Lúcia Maria Rodrigues Gonçalves (1983), assistente social de um Hospital Psiquiátrico do Rio de Janeiro, em que foi discutida a prática do/a assistente social na saúde mental com uma perspectiva crítica (e autocrítica), envolvendo ambas as instituições: o Hospital e o Serviço Social:

Na verdade, espera-se do profissional em Serviço Social que se articule a uma dedicação intencional, organizada, coletiva ao serviço de interesses gerais em campos extremamente diversos (o interesse da acumulação, para o Estado e as empresas; o interesse do “bem-estar” da família, o interesse, propagado, mas raramente obtido, da sanidade do chamado doente), tudo isso restrito ao campo asséptico da “saúde mental” despolitizada. Se nos decidirmos a falar uma linguagem clara e insofismável, afirmaremos com nitidez que a prática do Serviço Social (e dos demais profissionais vinculados à chamada saúde mental) põe de lado quaisquer resquícios de práticas democráticas, retirando ao “paciente” o direito à manifestação de seus atos políticos (no sentido abrangente do termo), retirando ao “doente” formas de participação e modalidades mínimas de decisão, retirando-lhe (não necessariamente por má-fé) parcela considerável de sua própria humanidade [...]. (GONÇALVES, 1983, p. 50)

Através da citação anterior, podemos observar que a autora, ainda no ano de 1983, já realizava críticas sobre a forma de cuidado em Saúde Mental e à postura autoritária e disciplinadora no trato das pessoas com transtorno mental, como expressão do poder das instituições e dos profissionais e, especialmente, da “indústria da loucura”. Esse trabalho, em nossa visão, está perfeitamente sintonizado com os questionamentos da época, seja do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, seja do Movimento de Reconceitualização no interior da categoria.

Nessa perspectiva, nosso estudo procura também pela articulação entre esses movimentos, com a possibilidade de demonstrar as especificidades das atividades realizadas nos CAPS e do trabalho do/a assistente social como parte integrante da organização do trabalho coletivo e combinado que ali se desenvolve.

Para isso, observamos que, como membros da classe trabalhadora, os/as assistentes sociais estão expostos a todo um conjunto de desproteção do trabalho e de direitos de cidadania. Conforme Raichelis (2013, p. 620), a reestruturação produtiva do trabalho implementada nas empresas também influenciou na “[...] organização do trabalho na esfera estatal, maior empregador da força de trabalho profissional, reestruturando e moldando a ação pública no campo das políticas sociais e dos serviços sociais”.

Observamos que, a partir do fim do período ditatorial, e especialmente com a Constituição de 1988, que incorporou direitos sociais, com garantia de proteção social ampla aos sujeitos sob a responsabilidade do Estado, como no caso da Política de Saúde e da Assistência Social, a intervenção do/a assistente social “[...] volta-se para a implementação das políticas nacionais”, de acordo com análise de Mito e Nogueira (2013, p. 64). Segundo as autoras, nesse momento, havia confluências entre “os valores profissionais e os dispositivos constitucionais relativos aos direitos sociais”.

Com o acirramento das crises do capitalismo, e a implementação de estratégias de ampliação da expropriação da vida e do trabalho, através da reestruturação produtiva e das políticas neoliberais, o Estado vai se distanciando do ideário de valores constitucionais das políticas sociais e delinea-se o direcionamento de ações de proteção social, cada vez mais focalizadas e menos universais.

Consequentemente, a confluência entre as novas políticas com os valores éticos do Serviço Social também sofre grandes tensionamentos e contradições.

Como trabalhadores/as, ficamos subordinados “[...] à máxima mercadorização” (ANTUNES, 2007), que afeta diretamente todos os trabalhadores dos setores públicos. No cotidiano profissional, fica evidente a redução da autonomia relativa do/a assistente social que fica submetido, em muitos momentos, “[...] aos trâmites burocráticos no desenvolvimento de programas e na exigência constante da quantificação de resultados” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 64).



No Serviço Social, temos acumulado a discussão acerca da autonomia relativa do profissional, especialmente através dos trabalhos de Iamamoto, quando afirma que:

Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes históricos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. (IAMAMOTO, 2008, p. 424)

Portanto, é nessa contradição que se estabelece o trabalho do/a assistente social nessa sociabilidade, ou seja, num campo tenso, de contradições, em que é chamado a responder às demandas de seus empregadores em seus espaços sócio-ocupacionais, geralmente, na execução de políticas sociais, mas também em atividades de gestão, e, ao mesmo tempo, responder às demandas da classe trabalhadora, conforme direcionamento ético da profissão.

Nesse sentido, e retornando ao contexto do campo da saúde mental, buscamos a identificação de estratégias e respostas de assistentes sociais às demandas e requisições profissionais na área, em consonância com os fundamentos teóricos, éticos e políticos do projeto profissional do Serviço Social e através da sistematização da prática profissional de uma categoria no cotidiano do CAPS, contribuindo, assim, com a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, identificando possíveis avanços e desafios.

Outros estudos já percorreram esse caminho de articulação entre o Serviço Social e a saúde mental. Destacamos as dissertações de mestrado de Machado (2007)<sup>8</sup> e Moya (2010)<sup>9</sup>, que trazem contribuições importantes na construção do Serviço Social na saúde mental.

---

<sup>8</sup> Dissertação com o título “A singularidade e a Pluralidade do Serviço Social no Processo de trabalho em Saúde Mental” (2007), pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação de Serviço Social, de autoria de Graziela Scheffer Machado, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos.

<sup>9</sup> Dissertação de mestrado defendida por Maira Kelly Verengue Moya no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC/SP, em 2010, com o título “O autorretrato da vida: experiências de sujeitos em sofrimento psíquico”, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Lúcia Martinelli.

O trabalho de Machado (2007) problematiza a inserção de assistentes sociais na saúde mental, especialmente nos CAPS. Essa dissertação, entre outras contribuições, traz elementos dos debates atuais do Serviço Social na saúde mental, tendo como referência as contribuições de Vasconcelos (2000), Rodrigues (2002) e Bisneto (2005).

Machado (2007) observa que, com aspectos diferenciados, os três autores entendem que existe uma “crise/dilema” do Serviço Social na saúde mental numa perspectiva teórico-metodológica e histórica da profissão. Aponta que Rodrigues (2002) identifica uma crise de identidade do Serviço Social na saúde mental, através dos seguintes aspectos: conservadorismo presente ainda na profissão, em que os/as assistentes sociais têm práticas “tarefeiras” e “voluntaristas” que demonstram a defasagem entre o acúmulo teórico-metodológico da profissão com a prática no cotidiano do trabalho.

O outro aspecto defendido é a crise de identidade gerada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica que, sofrendo de influências pós-modernas, submete-se a novas práticas, menos científicas, com experimentações de encontros e de práticas que “preconizam o abandono do saber”. A autora, assim, retoma os ideários da Reforma nos sugerindo os conceitos de Franco Basaglia.

A problematização sobre uma “nova clínica” é bastante densa e complexa. As teorias pós-modernas estão presentes no campo da saúde mental, bem como em toda a sociedade.

Para o nosso estudo, refletimos que essa discussão nos leva, necessariamente, ao debate sobre o trabalho em equipe, tema esse que mais adiante retornaremos.

Em seus estudos sobre a produção de Bisneto (2005), a autora remete a crise a uma indefinição da atuação do Serviço Social que fica submetido aos profissionais do “campo psi”, sendo, portanto, pouco valorizada a participação de assistentes sociais. A autora, dialogando com Bisneto, problematiza que não entende a indefinição a partir dessa direção e sugere que o campo da saúde mental é habitado por diferentes profissionais que também se aproximam da prática do Serviço Social, quando reconhecem os aspectos sociais na relação “saúde/sofrimento psíquico”.

Nessa perspectiva, colaborando com o diálogo entre os autores, observamos que é novo para o Serviço Social participar da constituição de equipes de trabalho que extrapolam a discussão com base em diagnósticos e condutas e percorram caminhos que reconhecem os sujeitos em sua totalidade. Gerando assim necessidade de adaptação também da categoria profissional frente aos novos diálogos que o campo estabelece, qual seja, trabalhadores de diferentes áreas valorizando o contexto social dos sujeitos e discutindo estratégias a partir de leituras de realidades mais amplas.

Em contrapartida, o contingente dos profissionais do “campo psi” é bastante superior nos serviços de saúde mental, ficando evidenciada a expressividade de algumas categorias em detrimento de outras, como podemos analisar em nossa pesquisa de campo. Indicando-nos que, apesar do campo mais abrangente para a linguagem de diferentes atores, ainda é em certas categorias profissionais que se estruturam as bases dos serviços de saúde mental.

Continuando a análise de Machado (2007), a autora nos aponta sobre os estudos de Vasconcelos (2000), relacionando a crise do Serviço Social na saúde mental ao Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que teria provocado certo distanciamento do tema da subjetividade nas práticas dos/as assistentes sociais, indicando, assim, que há uma “lacuna na produção de conhecimento” da categoria no campo da saúde mental.

Em sua reflexão, Machado (2007) revela que os três debates, embora com análises diferentes, sugerem dificuldades teóricas do Serviço Social no campo da saúde mental e propõe que a discussão avance na análise das três dimensões da instrumentalidade do Serviço Social (técnico-operativa, ético-política e teórica-metodológica) que, para Guerra (2014), não se reduz à dimensão operativa:

[...] É nesta perspectiva que consideramos o termo instrumentalidade: como as propriedades /capacidades das coisas, atribuídas pelos homens no processo de trabalho, convertidas em meios/instrumentos para a satisfação de necessidades e alcance dos seus objetivos/finalidades. Tal capacidade é atribuída pelos homens no processo de reprodução da sua vida material e espiritual, através de seu pôr teleológico. (GUERRA, 2014, p. 25)

Assim, para a autora, a instrumentalidade é uma propriedade sócio-histórica do Serviço Social que permite que os profissionais objetivem sua intencionalidade

por meio de respostas profissionais voltadas ao atendimento de demandas sociais das classes e grupos sociais com os quais trabalha. Através dessa capacidade, adquirida na formação e no exercício profissional, os/as assistentes sociais transformam as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes em uma dada realidade social cotidiana, conferindo instrumentalidade às suas ações.

Neste sentido, devemos percorrer, para a discussão sobre a “crise” do serviço social na saúde mental, o caminho dos/as assistentes sociais nesta perspectiva da instrumentalidade, proposto por Guerra, na articulação das dimensões, ampliando e não restringindo o objeto.

Moya (2010), assistente social em um CAPS, realizou um estudo a partir de uma oficina de fotografia para “conhecer os significados atribuídos pelos sujeitos à sua experiência de vida, conhecer trajetórias e identificar o modo como se reconhecem socialmente” (MOYA, 2010, p.10).

Destacamos o estudo de Moya (2010) porque faz uma exaustiva sistematização da bibliografia do Serviço Social no campo da saúde mental, baseada nas produções da Revista *Serviço Social e Sociedade* e na produção científica do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC de São Paulo.

A sistematização da autora evidencia o pequeno número de publicações na área e as diferentes abordagens do Serviço Social sobre o tema da saúde mental. Em referência à Revista *Serviço Social e Sociedade*, a autora conclui que como não há uma produção constante sobre o tema fica impossibilitada a “[...] construção de uma massa crítica que possa fundamentar teoricamente a atuação do assistente social na área” (MOYA, 2010, p. 115).

Em relação à sistematização da bibliografia do Programa de Pós-Graduação do Serviço Social da PUC-SP, Moya (2010) analisa que as dissertações de mestrado (não foram encontradas teses de doutorado) são realizadas a partir da inserção dos autores no campo e todas as pesquisas denotam a “[...] frágil sistematização e registro da prática profissional” (MOYA, 2010, p. 16).

Em seu estudo, a autora relaciona a reduzida bibliografia encontrada à necessidade de ampliação do Serviço Social no campo da saúde mental para auxiliar os/as assistentes sociais na intervenção profissional. Seu trabalho, para

isso, aprofunda o conhecimento sobre os usuários que são atendidos no CAPS buscando suas construções como sujeitos na sociedade.

Portanto, os dois estudos, de Moya (2010) e Machado (2007), nos ajudam na compreensão de que é preciso ampliar a pesquisa e a produção bibliográfica no campo da saúde mental para o Serviço Social, como forma de apoiar os profissionais em seus espaços sócio-ocupacionais e de direcionar o aprofundamento da reflexão do Serviço Social, especialmente nos serviços que, como o CAPS, foram constituídos com base nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

## **CAPÍTULO II – A CONSTITUIÇÃO DOS CAPS – UMA CONQUISTA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

### **2. Normativas de funcionamento dos CAPS**

O CAPS é um serviço público, aberto e comunitário, para o atendimento às pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes. Na definição do Ministério da Saúde:

[...] é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (Brasil, 2004, p. 13)

Tem como objetivo oferecer atendimento em saúde mental às múltiplas complexidades dos sujeitos, através de acompanhamento clínico e de reinserção social pelo trabalho, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, lazer e acesso a direitos sociais. Foi criado para ser substitutivo aos Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Destacamos as principais legislações que orientam o modelo do CAPS:

- 1- Lei nº 10.216 que dispõe sobre a reorientação do modelo assistencial;
- 2- Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece a constituição dos CAPS por nível de complexidade e dispõe acerca do funcionamento de tais serviços com a criação de mecanismos próprios de funcionamento;
- 3- Portaria nº 245/GM, de 17 de fevereiro de 2005, que destina incentivo financeiro para implantação dos centros de atenção psicossocial e dá outras providências;
- 4- Portaria nº 1174/GM, de 07 julho de 2005, que destina incentivo financeiro emergencial para o programa de qualificação dos centros de atenção psicossocial – CAPS e dá outras providências;
- 5- Portaria nº 3088/GM, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 6- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas, 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros;
- 7- Portaria nº 615/GM, de 15 de abril de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria nº 336/GM, de 2002, que trata da tipificação dos CAPS por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional foi reatualizada pela Portaria 615/GM, de 2011, que estabeleceu a seguinte tipificação dos CAPS:

- CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

- CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

A portaria nº 336/GM, de 2002, que regulamentou as tipificações, não contava com a modalidade III para os CAPS AD e também com a possibilidade explícita de atendimento de crianças e adolescentes.

Nessa perspectiva, consideramos que a grande mudança da portaria de 2002 para a de 2011 foi a reafirmação do atendimento nos CAPS das pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, o que responde às demandas crescentes da sociedade para o aumento de ofertas de atendimento a esta população.

Outro ponto que evidencia as transformações do serviço é o lugar do CAPS na rede de atenção em saúde mental.

Na portaria nº 336/GM, de 2002, o CAPS, em todas as modalidades, está no centro como principal organizador da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seus territórios. Na portaria de 2011, encontramos o CAPS ainda com esta responsabilidade, entretanto, compartilhando a atenção com os outros “pontos de atenção” em saúde mental.

Mais que uma transformação do lugar do serviço, consideramos que essa mudança reflete um avanço na construção do que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que vem aumentando programas, atendimentos e consolidando a possibilidade dos sujeitos com sofrimento psíquico viverem em sociedade e serem atendidos em suas necessidades de saúde.

A complexidade, portanto, segue as mesmas hierarquizações de cuidados do SUS, no reconhecimento de que todos os serviços de saúde devem realizar atendimento a essa população com suas respectivas responsabilidades. Nesse sentido, o CAPS torna-se um ponto importante, como os demais da rede, com suas especificidades.

Dois aspectos fundamentais de estruturação dos CAPS, o horário de funcionamento e a composição da equipe de trabalho, não foram modificados pela



portaria de 2011, mantendo-se, portanto, as orientações da portaria nº 336/GM, de 2002.

Os horários de funcionamento dos CAPS estão organizados da seguinte forma: CAPS I (08:00h as 18:00h – segunda a sexta-feira), CAPS II, CAPS AD e CAPS i (8:00h as 18:00h podendo estender-se até as 21:00h - segunda a sexta-feira) e CAPS III (24 horas todos os dias da semana).

No que diz respeito aos trabalhadores, não houve modificações, estando em vigor as regulamentações de 2002; contudo, em publicação recente do Ministério da Saúde “Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios”, de 2013, encontramos novas orientações para a composição das equipes, trazendo especificações conforme tipificações dos CAPS, como, por exemplo, a composição de equipe noturna e de final de semana para os CAPS III.

Temos, desse modo, as seguintes orientações para a composição das equipes mínimas para os CAPS:

- CAPS I - Equipe mínima: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível universitário\*; 04 profissionais de nível médio\*\*.
- CAPS II - Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior\*; 06 profissionais de nível médio\*\*.
- CAPS III - Equipe mínima: 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 05 profissionais de nível universitário\*; 08 profissionais de nível médio\*\*. Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro do serviço; 01 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, aos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 profissional de nível universitário\*; 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro do serviço; 01 profissional de nível médio da área de apoio.

- CAPS i - Equipe mínima: 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior\*\*\*; 05 profissionais de nível médio\*\*.
- CAPS AD - Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 01 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 profissionais de nível universitário\*; 06 profissionais de nível médio\*\*.
- CAPS AD III - Equipe mínima: 01 médico clínico; 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 05 profissionais de nível universitário\*; 04 técnicos de enfermagem; 04 profissionais de nível médio; 01 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa. Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 01 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 02 técnicos de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro do serviço; e 01 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. No período diurno, aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 01 enfermeiro; 03 técnicos de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro do serviço; 01 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2013):

\* Profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

\*\* Profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

\*\*\* Profissionais de nível universitário para o CAPS i entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Na sugestão de equipe mínima para composição das equipes multiprofissionais, observamos que, em comum, todos contam, obrigatoriamente, com a presença da enfermagem e da medicina e os demais profissionais de nível superior e médio são composições de acordo com as realidades de cada serviço, sugerindo que o definidor para tal composição seja o projeto terapêutico.

## **2.1 CAPS: (re) invenção do (ou novo) lugar do cuidado em saúde mental**

Os CAPS, necessariamente, devem ser serviços inseridos na comunidade, não podendo funcionar dentro de Hospitais Psiquiátricos. São considerados “porta de entrada” no SUS e devem ser abertos e facilitar o acesso sem impedimentos burocráticos para acolhimentos.

Com os CAPS, “reinventou-se” o local do cuidado, as formas de atenção e o lugar do “paciente” como usuário dos serviços – sujeitos de direitos. Portanto, é caracterizado como um serviço que objetiva a ampliação do protagonismo dos usuários.

A história do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira é marcada pela militância, especialmente dos trabalhadores da área, mas destacamos que nos primeiros anos de implantação dos serviços comunitários, a organização de familiares e usuários foram importantes agentes nesse processo.

Na década de 1990, surgiram novos atores no cenário da reforma psiquiátrica: os usuários e os familiares, representando um protagonismo diferente que tem se consolidado ao longo destes anos. Organizados em associações, entraram em cena pessoas com suas experiências concretas de vida, com seus depoimentos sobre as instituições psiquiátricas, com suas expectativas em relação à reforma: o debate transcendia efetivamente os limites do campo técnico, inaugurando um novo diálogo e revelando a necessidade de novas formas de fazer política. (NICACIO, 2003, p. 46)

A participação e o controle social, destaques da nova política de saúde com o SUS, estiveram também presentes na implantação dos novos serviços de saúde mental. Tal participação ganha relevância porque a nova forma de cuidado

proposta em meio comunitário só foi possível com o engajamento ativo dos familiares e usuários. Esse novo serviço incorporou espaços de discussão para os usuários e familiares, como por exemplo, as assembleias e os grupos de família. Vale observar que algumas dessas organizações de familiares e usuários, ganhando mais força, transformaram-se em associações de defesa de direitos.

Nesse *novo lugar de cuidado em saúde mental*, trabalhadores, familiares e usuários do CAPS começaram a experimentar a participação e a realizar críticas sobre a noção de doença mental e da exclusão social como forma de tratamento.

Na perspectiva de centralidade no sujeito, vai se constituindo o conceito de *clínica ampliada* enquanto estratégia de tratamento no CAPS. Buscando as raízes da saúde coletiva, questiona-se a lógica da medicina tradicional que entendia “saúde como ausência de doença”.

A medicina social e saúde coletiva latino-americana adotaram uma perspectiva mais crítica do que a promoção à saúde originada no mundo anglo-saxão. A medicina social e a saúde coletiva advogam a necessidade de transformações estruturais na organização social, objetivando reduzir a desigualdade social e de acesso ao poder. [...] parte dessa escola cuidou de repensar o processo de saúde e doença e os modelos de atenção, contribuindo para os projetos de reforma sanitária, como tem sido o caso da saúde mental, da atenção primária e da aids. (CAMPOS, 2006, p. 48)<sup>10</sup>

Com isso, nas bases da saúde coletiva, o conceito de *clínica ampliada* expressa a proposta de ações em saúde, compreendendo o homem como um todo, ou seja, em suas múltiplas dimensões: psicológica, biológica, social, histórica e política, possibilitando que o sujeito participe com protagonismo de seu processo de saúde.

Encontramos na cartilha do Ministério da Saúde (2009), intitulada *Clínica Ampliada e Compartilhada* a proposta desta articulação a partir do reconhecimento da abrangência das complexidades em saúde:

Todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas, como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias (danos), os pacientes

---

<sup>10</sup> Sobre saúde coletiva e medicina social: não temos aqui a intenção de adentrar sobre as confluências e diferenças entre esses conceitos; entretanto destacamos que há diferenças teóricas importantes que resultaram em distintas estratégias de intervenções. Para aprofundamento ver Campos 2006.

refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. (2009, p.11)<sup>11</sup>

Para viabilizar essa estratégia, a clínica ampliada visa ainda o compartilhamento individual e coletivo com os usuários das ações em saúde, e formas mais horizontais de organização de trabalho, valorizando todos os agentes em uma equipe interdisciplinar.

Temos, portanto, na constituição do CAPS, a proposta da clínica ampliada, que expressa uma nova organização do trabalho com as equipes de referências, na perspectiva de estímulo à participação social dos usuários e do cuidado realizado no território, ou seja, intervenções na vida cotidiana dos sujeitos e não mais na exclusão dos manicômios.

Nessa nova construção, deslocou-se o olhar da doença para a pessoa e para a singularidade de cada pessoa. Foram instituídos os Projetos Terapêuticos Individuais (PTI), mais tarde, transformados em PTS (Projeto Terapêutico Singular), incentivando o vínculo entre profissionais e usuários como estratégia de tratamento.

Na portaria nº 615/GM, de 2011, em seu artigo 6º, encontramos a premissa do atendimento no CAPS “por intermédio” do Projeto Terapêutico que envolve a equipe, o/a usuário/a do serviço e sua família. Sendo uma forma de organização do trabalho nos CAPS, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) incorpora um conjunto de propostas de ações, atendimentos para o sujeito, ou grupos e famílias onde, através do escopo de conhecimentos da equipe interdisciplinar, constituem-se, com os sujeitos, tratamentos que transcendem a lógica do sintoma, de diagnósticos ou de medicação. Valoriza-se, assim, o sujeito em suas múltiplas dimensões para intervenções na promoção de saúde.

Conforme cartilha do Ministério da Saúde (2007)<sup>12</sup>, a mudança do nome Projeto Terapêutico Individual (PTI) para Projeto Terapêutico Singular (PTS) indica que o projeto não se restringe ao indivíduo, podendo também ser pensado para um grupo ou famílias, e que ele almeja a “singularidade (a diferença) como elemento

---

<sup>11</sup> Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2015.

<sup>12</sup> Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos etc.)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 40).

Para essa constituição mais complexa de intervenções, ainda conforme o Ministério da Saúde, o PTS abre possibilidades de análises múltiplas dos profissionais da equipe, valorizando cada contribuição específica para ampliar a compreensão das dimensões da vida dos sujeitos e consequentes intervenções.

Observamos que, para a constituição dos PTS, valorizam-se ainda os saberes, opiniões, desejos e direcionamentos também dos usuários envolvidos e de seus familiares, reconhecendo seu direito ao tratamento e potencializando a concretização das ações planejadas.

Dessa maneira, através do embasamento da equipe interdisciplinar, da escuta e das escolhas dos sujeitos – usuários, familiares, comunidade -, são pactuadas ações de intervenção, destacando-se que tais projetos são sempre repensados e replanejados conforme a complexidade e as necessidades de cada situação.

Para a viabilização desses PTS, temos a constituição dos profissionais de referência ou equipe de referência, conforme a organização dos serviços. Cabe ao profissional de referência o acompanhamento dos sujeitos ao longo de seu tratamento no CAPS, providenciando, quando necessário, intervenções de outros profissionais da equipe de trabalho ou de outras políticas públicas. O objetivo dessa mudança de organização do trabalho é possibilitar vínculo entre os sujeitos (profissionais/ usuários do serviço/ família/ comunidade).

Ao profissional desse novo equipamento de saúde mental cabe o estabelecimento de vínculos com os distintos sujeitos. Para Campos (2002, p.1): “Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa”. A proposta é a de *ligar-se* à história do outro com a finalidade de corresponsabilizar-se pela promoção de saúde.

Encontramos na saúde coletiva a justificativa dessa nova organização de trabalho para a construção da clínica ampliada. Nesse sentido, Campos (1999) nos

ajuda a compreender a função dos profissionais de referência dentro dos serviços de saúde:

O papel dos profissionais integrantes de uma Equipe de Referência não seria apenas o de fiscalizar o tratamento e a reabilitação de sua clientela adscrita. Uma espécie de *ombudsman* dos usuários. Tampouco caber-lhe-ia apenas a responsabilidade por administrar os deslocamentos de seus pacientes entre os serviços de saúde e a sociedade. Pensar o papel da Referência como uma espécie de gerente dos casos sob sua responsabilidade é pouco. No fundo, a principal função dos profissionais de Referência seria elaborar e aplicar o Projeto Terapêutico Individual. E um Projeto Terapêutico implica em certo diagnóstico, depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de Referência, e implica na instituição de práticas individuais, de grupo e mesmo coletivas. (CAMPOS, 1999, p. 8)

Campos nos esclarece que o profissional de referência é aquele que vai estabelecer vínculo com o usuário, família, comunidade, por intermédio de um PTS e nos adverte que esse profissional não deve assumir papel de controle e fiscalização, assim como não deve burocratizar os processos de trabalho e de atendimento aos usuários.

Constatamos que a organização de trabalho em equipes de referência não é exclusividade do CAPS, entretanto, reconhecemos que, nesse serviço, podemos experimentar com mais regularidade esse tipo de organização, o que é inclusive preconizado pelo Ministério da Saúde (2004).

Desse modo, com essa lógica de construção de trabalho em equipe, cada CAPS vai se organizando de acordo com suas possibilidades e/ou limitações.

Identificamos CAPS onde os profissionais de referência trabalham em miniequipes constituídas de profissionais da enfermagem – enfermeiro/a e técnico/a de enfermagem – e outro profissional de nível superior, sendo os mais comuns o/a assistente social, psicólogo/a e terapeuta ocupacional. O médico/a pode ou não compor essa miniequipe, dependendo, novamente, da composição do serviço (encontramos serviços que contam com somente um médico/a, sendo este acessado/a por todas as referências, conforme demanda dos usuários).

Encontramos ainda CAPS onde os trabalhos das referências não estão organizados em miniequipes, mas centrados na figura do profissional; ou seja, cada profissional é responsável pelos projetos terapêuticos de um número fixo de usuários, divididos conforme critérios dos serviços: o profissional que fez a triagem

do usuário em seu ingresso no serviço transforma-se em referência para seu tratamento; distribuição aleatória de usuários para cada profissional com base apenas em critério quantitativo; divisões por território onde profissionais são responsáveis por uma área de abrangência territorial, em consequência, os usuários são direcionados conforme seus bairros de moradia.

Para essa nova organização do trabalho, e considerando os profissionais que atuam nos CAPS, intensifica-se o trabalho em equipe, ganhando centralidade o profissional de referência (ou equipes de referência) em detrimento das especializações das profissões. São estruturas organizacionais de trabalho que, se por um lado contribuem para a relação de horizontalidade entre as profissões – antes nesta área sob um forte poder médico - por outro, podem provocar indefinições aos trabalhadores.

Severo & Seminotti afirmam que:

Existe uma situação de “mal-estar” entre os trabalhadores da saúde coletiva gerado pelos desafios da integração entre intervenções técnicas realizadas em sua prática diária, apoiadas em suas especializações, e as interações entre os trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais. (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p. 1)

Através da formação de equipe interdisciplinar atuando nos CAPS sob uma nova organização de trabalho (como profissionais de referência), fica evidente esta relação retratada pelos autores como de “uma situação de mal-estar”. Para avançarmos nesta discussão, é preciso conhecer as diferentes conceituações que comparecem na literatura sobre as formas de organização e realização do trabalho em equipe.

Pereira (2014) nos apoia na compreensão dos conceitos de multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e interdisciplinaridade, relacionados ao trabalho em equipe.

Conforme a autora, a multidisciplinaridade “[...] refere-se a um conjunto de disciplinas ou de ramos especializados de saberes que se agregam em torno de um tema, uma problemática ou um objetivo comum, mas não se interpelam” (PEREIRA, 2014, p. 31). Nessa perspectiva, a presença de um tema em comum, ou campo de atuação em comum, como nos casos do CAPS, não fazem necessariamente com que os profissionais se vinculem, de forma orgânica,



tornando seus trabalhos isolados e sem comunicação. Perspectiva similar se apresenta na pluridisciplinaridade, com a diferença de que, nesta, há a possibilidade de cooperação entre os profissionais da equipe. Ainda conforme Pereira (2014), ambas as propostas (multi e pluri) “[...] apresentam a mesma tendência: de um “monólogo de especialistas” ou de “diálogos paralelos”, em torno de um assunto de interesse comum” (PEREIRA, 2014, p. 31).

Sobre a transdisciplinaridade, Pereira (2014), citando um diálogo de Japiassu (1976) com Piaget, afirma que ambos concordam que a proposta trans é “[...] um sonho” ainda não realizado porque ainda não foi construído um sistema total, de multiplicidades, que “coordena todas as disciplinas, tomando por base uma axiomática geral” (PEREIRA, 2014, p. 32).

Na explicitação da interdisciplinaridade, proposta defendida pela autora, é anunciada que esta proposta de trabalho em equipe surgiu de um “[...] estado de carência no campo do conhecimento causado pelo aumento exagerado das especializações e pela rapidez do desenvolvimento autônomo de cada uma delas” (PEREIRA, 2014, p. 27).

Contra-pondo-se, portanto, à fragmentação do saber, o trabalho interdisciplinar possibilita “romper com a visão de mundo positivista” (PEREIRA, 2014, p. 28) e “não propõe o aniquilamento das especializações”, mas propõe a negação, entre outras heranças do positivismo, da verticalização das especialidades.

Na perspectiva dialética, Pereira (2014) explica que:

É em contraposição a essa tendência que a interdisciplinaridade se impõe. E se impõe não como uma proposta de destruição da especialização, já que esta configura o particular que se realiza no universal e vice-versa, mas como um convite ou um alerta ao especialista para que este se torne também sujeito da totalidade. Significa, portanto, procurar realizar a unidade, e não a mera articulação, entre diferentes disciplinas no interior de um projeto (intelectual ou de intervenção) de interesse comum. Nesse sentido, a interdisciplinaridade diferencia-se não só da disciplinaridade e da sua propensão individualista, mas também da multi e da pluri que mais se assemelham a “justaposição disciplinar”. (PEREIRA, 2014, p. 36)

Vasconcelos (2006) aproxima esses conceitos do campo da saúde mental. Em conformidade com o pensamento de Pereira (2014), o autor reafirma que a

interdisciplinaridade “[...] ao reconhecer a complexidade dos fenômenos” reconhece de forma dialética a “necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto e, dessa forma, não pode prescindir da especialização” (VACONCELOS, 2006, p. 50). Nesse sentido, o autor retoma a complexidade que envolve a “existência subjetiva e social” dos usuários que tiveram suas histórias marcadas pelas intervenções das instituições totais da loucura.

O autor observa que o objetivo da compreensão da totalidade possibilita intervenções que vão ao encontro da promoção de saúde, às relações entre os determinantes de saúde, como as condições de trabalho e de violência que incidem nos grupos em vulnerabilidade e de revisões históricas que alimentam os “estigmas e a segregação da loucura” (VASCONCELOS, 2006, p. 49).

Analisando os desafios para a construção da proposta interdisciplinar no trabalho em equipe, no campo da saúde mental, o autor sinaliza as hierarquizações entre as categorias profissionais (neste momento reconhece a importância de psicólogos e psicanalistas relacionada aos processos de valorização das “culturas terapêuticas” e da psicologização) e os embates e competições entre e intercategorias neste campo que, por vezes, impedem a adoção de práticas novas, não tradicionais.

O autor sinaliza ainda a necessidade de olharmos para um desafio mais estrutural, que remete às condições do trabalho em tempo de crise do Estado e de ajustamento neoliberal nas políticas públicas.

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2006) assinala que para que o profissional tenha condições de trabalhar sob a orientação da proposta interdisciplinar é necessário que estejam assegurados seus direitos enquanto trabalhador, entre eles, salários dignos, boas condições de trabalho e a presença de capacitação e de supervisão à equipe.

Ambos os autores que nos sustentaram para esta discussão fazem menção à interdisciplinaridade e à pós-modernidade.

Vasconcelos (2006) retoma alguns autores que avaliam que a busca pela totalidade na proposta interdisciplinar pode restaurar o tipo “racionalista/iluminista” que propõe a “ordenação da sociedade, segundo uma razão que se acredita esgotar o real” (VASCONCELOS, 2006, p. 48), o que é considerado um retrocesso, recuperando conceitos já superados. Como exemplo, no campo da saúde mental,

o autor relembra o movimento de higiene mental que se iniciou no século XX, nos EUA, e expandiu-se para outros países, onde o saber (e poder) da psiquiatria foi ampliado para intervenções em espaços sociais resultando em ações “normatizantes, eugênicas e racistas” (VASCONCELOS, 2006, p. 48).

Apesar do exemplo que ratifica o alerta à retomada de concepções pós-modernas, Vasconcelos argumenta que, no campo da saúde mental, práticas interdisciplinares podem potencializar ações para o reconhecimento das complexidades da vida dos sujeitos e intervenções que possibilitam ampliação de direitos de cidadania e de promoção de saúde, como já relatado.

Pereira (2014) também nos adverte sobre a condição de reatualização de conceitos no capitalismo, indicando certa associação entre a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade embasada na teoria da complexidade de Edgar Morin.

A crítica da autora é que a interdisciplinaridade supõe um movimento dialético em que o particular (ou específico) está relacionado ao universal sendo, conseqüentemente, inseparáveis. Assim, deve-se dispensar “relações não-dialéticas que, embora se considerem inovadoras, transgressoras ou pós-modernas, são incapazes de ofertar uma alternativa relacional mais fecunda” (PEREIRA, 2014, p. 35).

Com base nesses diferentes conceitos orientadores do trabalho em equipe, as experiências dos CAPS vêm, muitas vezes, organizando-se na proposta interdisciplinar. Isto fica evidenciado nos conceitos, muito utilizados, de *campo* e *núcleo*. Nesse contexto, o *campo* seria o lugar das referências do trabalhador em saúde mental, corresponsável pelo projeto terapêutico; e o *núcleo* o lugar da especialização, da atuação, segundo orientação de sua formação profissional.

Campos (1997) nos auxilia nessa compreensão quando define campo como expressando “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades” (CAMPOS, 1997, p. 249); e núcleo como “o conjunto de saberes e de responsabilidades específicas a cada profissão ou especialidade” (CAMPOS, 1997, p. 248).

Dessa forma, há as disciplinas que se movimentam no campo como há o reconhecimento das especificidades das profissões. Entretanto, observamos que, em muitos momentos, há certa tendência dos serviços a uma busca de ações homogêneas no campo, não respeitando os núcleos profissionais, podendo

haver sobreposições de saberes, disputas pela hegemonia de certas concepções, relações de poder verticalizadas entre categorias profissionais no mesmo espaço sócio-ocupacional.

Embora seja claro que na sistematização de Franco Basaglia a intenção era possibilitar a realização de um trabalho coletivo, não fragmentado, que não reproduzisse relações de poder e que conferisse maior autonomia aos profissionais, reconhecemos que na realidade cotidiana no CAPS brasileiro os profissionais de referência se transformaram em técnicos polivalentes, com atribuições genéricas que podem representar profundos tensionamentos teóricos e metodológicos aos profissionais desses serviços.

Franco Basaglia combateu duramente a rigidez da especialização nos serviços de saúde mental. Sua equipe demonstrou que junto com o suposto aumento do saber do especialista viria sempre o monopólio do conhecimento, o argumento de autoridade, e, mais nocivo ainda, a fragmentação do processo terapêutico segundo lógica estranha às necessidades dos enfermos. (Basaglia, 1985). Nota-se, contudo, em muitas experiências filiadas a estas escolas mais críticas uma tendência a perda da identidade profissional. Todas as profissões e todos os especialistas se transformariam em técnicos polivalentes, em agentes terapêuticos com atribuições muito semelhantes, perdendo-se, na prática, a especificidade e, portanto, os motivos razoáveis para a formação de tão variada gama de profissões e especialistas. (CAMPOS, 1997, p. 15)

Conforme observação do autor, as atribuições muito semelhantes (que chamamos de práticas homogeneizadas) trazem indefinições para os profissionais do campo e, conseqüentemente, abrem debates e tensões para as categorias profissionais.

Esclarecemos, contudo, que não estamos propondo um posicionamento contrário a essa organização de trabalho (profissional de referência) dentro do CAPS, mas defendemos, sobretudo, a análise crítica da experiência em curso frente à expectativa de ações e concepções homogêneas entre categorias profissionais diferentes, que construíram respostas heterogêneas nas dimensões teórica, política e metodológica a partir de suas áreas de formação.

## **CAPÍTULO III O CAPS COMO UM ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL PARA O SERVIÇO SOCIAL**

### **3. CAPS Davi Capistrano: o campo empírico do estudo de caso**

Nosso estudo tem o objetivo de analisar a prática profissional dos/as assistentes sociais no CAPS, procurando relacioná-la com os movimentos de luta pela saúde e com o movimento de renovação crítica do Serviço Social brasileiro.

Para a nossa pesquisa empírica, como apresentado na introdução desta dissertação, realizamos o estudo de caso em um CAPS localizado na cidade de Campinas, tendo como sujeito uma assistente social trabalhadora desse CAPS.

Nossa entrevistada, Roberta<sup>13</sup>, tem 30 anos, é formada há sete anos pela PUC/Campinas. Há quatro anos trabalha no CAPS pesquisado, contratada como assistente social. Não fez especializações ou cursos na área de saúde mental, mas frequentou um Curso de Especialização de Trabalho em Grupos, no ano de 2013. Representa os trabalhadores no Conselho Gestor do CAPS e não tem histórico de participação em outros movimentos sociais e/ou políticos.

Em decorrência da política antimanicomial adotada, encontramos na cidade de Campinas o acúmulo de experiências significativas relacionadas à implantação de programas e serviços recomendados pelo Ministério da Saúde, através da RAPS.

Campinas conta com 11 CAPS (seis CAPS III adulto; dois CAPS Infantil II; dois CAPS AD II e um CAPS AD III), vinte e sete residências terapêuticas (Serviços Residenciais Terapêuticos), serviço de Urgência e Emergência em dois Prontos-Socorros, atendimento psiquiátrico no SAMU (Serviço e Atendimento Móvel de Urgência), equipes de saúde mental na Atenção Básica, uma equipe de Consultório

---

<sup>13</sup> Nome fictício para preservar a identidade da entrevistada, conforme normas éticas da pesquisa.

na Rua, cinco Centros de Convivência, um Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) e um ponto de Cultura “Maluco Beleza”. A cidade ainda possui retaguarda de leitos psiquiátricos em hospitais (03 Hospitais Gerais e 01 Psiquiátrico - em fase de extinção dos leitos).

Destaca-se que, em 1990, com a Lei nº 6.215/90, o antigo “Sanatório Dr. Candido Ferreira” (fundado na cidade de Campinas, no Distrito de Sousas, em 1924, com o nome de “Associação Hospício dos Dementes”) foi transformado em um “ente de cooperação”, sendo, então, uma instituição privada com patrimônio próprio que foi publicizada.<sup>14</sup>

Conforme histórico presente no site da Instituição<sup>15</sup>:

Ou seja, a Lei 6.215/90 efetivamente transformou o antigo Sanatório Dr. Cândido Ferreira em um “ente de cooperação” ou “entidade paraestatal”, que juridicamente se define enquanto uma instituição de direito privado vinculada ao atendimento de fins exclusivamente públicos, antecipando-se tanto à Lei 8.246/91 que instituiu a Associação das Pioneiras Sociais (Rede Sarah) como um “serviço social autônomo”, enquanto lei específica que tem por objeto a publicização de uma determinada instituição, quanto à própria Lei 9.637/98 que instituiu as chamadas “organizações sociais” prevendo-se para esta modalidade de organização também a “cogestão” entre o poder público, a sociedade civil e a representação da associação civil reconhecida como tal, conforme se estabelece em seu Artigo 3º.

Ainda conforme informação do site, o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira realizou o movimento do privado para o público, “o patrimônio da instituição foi colocado, inteira e exclusivamente, a serviço da implementação das políticas

---

<sup>14</sup> É preciso destacar que há uma polêmica acerca deste conceito em função da disputa de projetos em torno do seu significado. De acordo com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995), “a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (p.12). Nesse contexto, a *publicização* é o movimento de “descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura, pesquisa científica, etc.” (p.12-13) O Plano propõe a reforma gerencial do Estado, cuja estratégia se apoia na *publicização* dos serviços não exclusivos do Estado, ou seja, na sua absorção por um setor público não-estatal, que, uma vez fomentados pelo Estado, assumirão a forma de organizações sociais. “Em suma, afirma-se que a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins)” (BRASIL, 1995, p.16).

<sup>15</sup>Disponível em: <<http://candido.org.br/formacao/candido-escola/artigos/1102-para-alem-da-reforma-psiquiatrica-uma-invencao-para-o-sus-a-experiencia-do-servico-de-saude-dr-candido-ferreira-em-campinas>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

públicas de saúde mental, no âmbito do SUS”, identificando, assim, como “o único ente de cooperação do país que corresponde estritamente ao seu conceito jurídico”.

Com essa configuração jurídica, o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira vem, desde a década de 1990, apoiando a transformação do modelo de saúde mental da cidade de Campinas, sendo inclusive responsável pela maioria dos equipamentos de saúde mental da cidade. Conforme informação do site da Instituição, em 2012, havia 1.000 trabalhadores contratados pelo Candido, atendendo cerca de 7.000 usuários/mês nos serviços. Isso evidencia a participação estrutural desta Instituição na constituição da Política Pública de Saúde Mental do município de Campinas e conseqüente estruturação do trabalho terceirizado.

O CAPS III Davi Capistrano<sup>16</sup>, onde realizamos nossa pesquisa, está localizado na região sudoeste de Campinas, no recém-criado Distrito de Ouro Verde, que tem uma população estimada pelo IBGE de 240 mil habitantes em 140 bairros. É uma população reconhecida na cidade pela vulnerabilidade social, com a maior representatividade no cadastro de Bolsa Família do município<sup>17</sup>.

O CAPS Davi Capistrano, fundado em 2003, é gerenciado pelo Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, prestando atendimento público 24 horas em sistema de revezamento entre profissionais.

Logo no início da entrevista, a assistente social Roberta explicou que:

*A gente funciona desde 2003, foi quando inaugurou o CAPS sendo um CAPS II e aí, em 2007, a gente passa a ser um CAPS III. Os pacientes daqui vieram já de outro Centro de Saúde. (ROBERTA)*

Ao adentrarmos no CAPS Davi, pela primeira vez, observamos que a casa fica em um bairro de fácil acesso, localizado ao lado de uma avenida importante de referência da região. Há um terminal de ônibus próximo, mercado, posto de saúde na rua de cima e padaria logo na avenida. A casa em si não parece um centro de saúde, tem o mesmo aspecto das casas da vizinhança, os usuários e profissionais

---

<sup>16</sup> Davi Capistrano da Costa Filho (1948-2000) foi um médico sanitarista, um dos protagonistas das Reformas Sanitárias e Psiquiátricas brasileiras, especialmente na experiência de Santos/SP, é filho do comunista histórico Davi Capistrano (desaparecido e morto nos porões da Ditadura Brasileira).

<sup>17</sup> **Jornal Correio Popular** de 05/10/2014. Matéria “População diz sim para os novos distritos”. Disponível em: <[http://correio.rac.com.br/conteudo/2014/10/capa/campinas\\_e\\_rmc/212099-come-a-apura-o-que-define-cria-o-de-distritos.html](http://correio.rac.com.br/conteudo/2014/10/capa/campinas_e_rmc/212099-come-a-apura-o-que-define-cria-o-de-distritos.html)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

se misturam já na entrada, não nos sendo possível diferenciá-los, a maioria das pessoas estava logo na entrada, na garagem. Mas o portão de grades abertas fica fechado, sendo sua abertura controlada por um funcionário, ou usuário, não foi possível identificar.

A chegada ao CAPS Davi, à primeira vista, já nos trouxe materialidade para este estudo. Não se entende a Reforma Psiquiátrica brasileira se não por meio de sua concretude, é preciso experimentá-la, é necessário conhecer um CAPS. Quando buscamos a vivência social, também aspiramos pela possibilidade de os sujeitos serem reconhecidos em suas multiplicidades e não por seus estereótipos. Nesse caso, no CAPS Davi, para se reconhecer os usuários precisaríamos de uma aproximação, de apresentação, assim como também os profissionais do serviço, que não usam jalecos. Compartilhamos, do mesmo modo, pela vivência como assistente social de CAPS, do não uso do jaleco, da possibilidade de colocar-se no lugar comum, dos encontros e de retirar-se do lugar do saber, do exercício do poder.

Outra característica da incorporação de uma perspectiva antimanicomial é o serviço estar inserido em uma comunidade, com acessos a outros pontos importantes de sociabilidade, sem muros altos e com o portão sendo aberto com facilidade, sem aprisionamentos.

Por ser um CAPS tipo III, observamos com mais atenção a estrutura do acolhimento noturno ao usuário do serviço. E vimos que no CAPS Davi há dois quartos com três camas comuns (não hospitalares), sendo disponibilizados seis leitos.

*Como a gente funciona: nós somos um serviço 24 horas que pode receber até 8 pessoas. A gente tem, na verdade, 6 leitos, 6 camas, mas a gente tem colchão e aí se chega a 8 pessoas, o que acontece eventualmente, a gente deixa essas pessoas na sala, ou no andar de cima que também tem uma sala lá. (ROBERTA)*

Como é comum em nossa realidade de trabalho, as vagas preexistentes geralmente são insuficientes, e com o excesso de demanda, os profissionais são levados a improvisações que violam regras mínimas de adequação da atenção na saúde, como colocar colchão no chão para o usuário dormir quando não há mais camas.



Percebemos que o acolhimento noturno (ou hospitalidade noturna) é uma importante estratégia dos CAPS para evitar as internações psiquiátricas, reconhecendo que os usuários do serviço podem ter vivências de crises que necessitem de atenção intensiva. Por isso, os CAPS da modalidade III existem e se espera que possam receber os usuários com condições para tal atendimento. Contudo, o que vemos nem sempre é a situação adequada.

Há uma tentativa do “modelo” CAPS de constituir estruturas mais flexíveis, fugindo da antiga estrutura dos manicômios. Todavia, eles são serviços de saúde e devem seguir modelos sanitários definidos, o que certamente não inclui usuários dormindo em colchões.

Outro aspecto a ser destacado é o lugar em que são colocados os profissionais do CAPS, sendo cobrados a responder a certas necessidades que as estruturas de trabalho, frequentemente, não lhe fornecem; ou seja, defendemos aqui a premissa de que nenhum trabalhador de saúde apoia improvisações como colocar colchão no chão para usuários dormirem. Contudo, diante da pressão iminente e da desassistência, são levados institucionalmente a correrem certos riscos, revelando que, assim como os trabalhadores da área foram os grandes responsáveis pela transformação do modelo psiquiátrico, a manutenção desta mudança ainda está sob a responsabilidade de seus trabalhadores.

### **3.1. A equipe de trabalho – revisões e recomposições necessárias**

Conforme apresentação<sup>18</sup> disponibilizada pela assistente social Roberta, compõem a equipe de trabalho do CAPS Davi as seguintes categorias profissionais e suas respectivas cargas horárias:

#### **Composição e carga horária da equipe de trabalhadores/as do CAPS Davi Capistrano**

---

<sup>18</sup> Palestra proferida por nossa entrevistada, em maio de 2015, para o Curso de Serviço Social a distância da Faculdade Anhanguera de Campinas. A palestra ocorreu em comemoração ao Dia do Assistente Social, com o tema: “A atuação do Serviço Social na Saúde Mental”.

Fonte: A autora

<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>
<b>Administrativos</b>	02	72h
<b>Assistente Social</b>	01	30h
<b>Aux. de Enfermagem</b>	03	396h
<b>Aux. Limpeza</b>	04	84h
<b>Clínico Geral</b>	01	18h
<b>Coordenação</b>	01	36h
<b>Cuidador em Saúde</b>	01	36h
<b>Enfermeiros</b>	06	216h
<b>Higiene</b>	05	220h
<b>Monitor</b>	04	144h
<b>Psicólogas</b>	05	180h
<b>Psiquiatras</b>	01	20h
<b>Téc. de Enfermagem</b>	11	396h
<b>Tec. Farmácia</b>	02	36h
<b>T. Ocupacionais</b>	04	90h
<b>Vigias</b>	05	180h

Pode-se observar que, conforme descrito no segundo capítulo deste trabalho, a equipe do CAPS Davi está em concordância com a legislação (portaria 336/2002) que prevê a composição de equipe mínima para os CAPS III.

Na realidade, a equipe é muito maior do que a definida como mínima. Para nossa reflexão, destacaremos a situação dos profissionais de nível superior (excetuando-se médicos e enfermeiros), onde há dez profissionais quando a exigência mínima é de cinco profissionais.

Na legislação, estão entre estes profissionais as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior.

Entre os destacados, encontram-se 10 profissionais de nível superior, cinco são da psicologia, quatro da terapia ocupacional e um do serviço social.

A pergunta que se apresenta para nosso estudo é: Por que um CAPS que superou as exigências de equipe técnica do Ministério da Saúde tem apenas uma assistente social?

Sabemos que esta é a realidade da maioria dos CAPS, inclusive a da unidade que trabalhamos em outro município. Geralmente, somos as únicas assistentes sociais em nossas equipes de trabalho.

Embora o Serviço Social seja uma profissão que desde sua implantação no Brasil esteve presente nas políticas de saúde e no campo da saúde mental, podemos observar que, tratando-se de CAPS, um serviço forjado a partir da Reforma Psiquiátrica, os/as assistentes sociais não estão entre as categorias com maior contingente.<sup>19</sup>

Em nossa revisão bibliográfica, Bravo (2009) indica que, na década de 1990, os setores mais progressistas da nossa profissão estavam na academia como docentes e pesquisadores, lutando para garantir um estatuto acadêmico ao Serviço Social, o que gerou certa “desarticulação do Movimento de Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p. 35).

Portanto, naquele momento, o protagonismo nos Movimentos pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica não foi dos/as assistentes sociais, contribuindo, assim, com pouca produção teórica do Serviço Social para o campo, o que pode ter levado a um enfraquecimento da categoria na área de saúde mental.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Ressaltamos que um dos motivos da escolha do CAPS Davi como nosso campo de estudo foi a existência do serviço social como profissional da equipe de trabalho, já que esta não é uma realidade de todos os CAPS de Campinas.

<sup>20</sup> Se o serviço social não teve expressividade entre os protagonistas do Movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, hoje, figura entre as categorias profissionais mais organizadas em defesa do SUS e da luta antimanicomial. A categoria promove discussões e fóruns específicos da área da saúde e tem representatividade política. Destacamos a participação da categoria no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) e o parecer contrário à regulamentação das comunidades terapêuticas sob a argumentação de defesa do SUS e retrocesso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, defendendo os CAPS Ad, consultório na rua e hospitais gerais como os espaços de tratamento adequados aos usuários de álcool e outras drogas. “O CFESS entende que esta resolução afronta a luta histórica da saúde mental, na defesa de uma sociedade sem manicômios”, destaca a conselheira do CFESS Solange Moreira, representante no Conad. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1177>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

Contudo, como nos indica Iamamoto (2004, p. 236), “[...] a profissão de Serviço Social não se explica por si mesmo, senão a partir de sua inserção na sociedade”; portanto, é preciso extrapolar as explicações no interior da categoria.

A legislação (Portaria 336/2002) que define a equipe de trabalho dos CAPS não assegurou o lugar do Serviço Social nos serviços. Temos a indicação da possibilidade, porém, não a obrigatoriedade, deixando não somente o Serviço Social, mas outras categorias em constante indefinição, o que pode causar sobreposição de saberes, de reserva de mercado e de desassistência aos usuários dos serviços.

Problematizando sobre a equipe de trabalho, os únicos profissionais de nível superior que aparecem obrigatoriamente nas equipes são médicos/as e enfermeiros/as, ou seja, profissionais reconhecidos socialmente para a atuação na área da saúde. Reconhecemos o papel desses profissionais no campo da saúde mental e também defendemos sua presença na equipe multiprofissional, contudo, o que ressaltamos é que, para avançar na construção da saúde mental, é preciso multiplicar os olhares, as especificidades, o que nem sempre acontece se a legislação não oferecer garantias.

Para não ser apenas uma reivindicação corporativista, temos entre os profissionais de nível superior, que podem compor as equipes de CAPS III, a categoria de pedagogos, entretanto, não é comum sua presença. No CAPS Davi, não há pedagogos/as e no CAPS de Jundiaí, onde trabalhamos, também não há. Ou seja, mantemos os mesmos profissionais, com as mesmas “*expertises*” sobre a loucura.

Defendemos, portanto, a relevância de reabrir o debate sobre a composição das equipes dos CAPS nos vários fóruns da área da saúde, especialmente nas Conferências de Saúde Mental e no interior da categoria dos/as assistentes sociais.

### **3.1.1. A terceirização do trabalho no serviço público de saúde: impactos no trabalho e na qualidade dos serviços**

Como já pontuamos, o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira tem presença significativa na política pública de saúde mental do município de Campinas.

Já há alguns anos, temos notícias de intervenções nos contratos da prefeitura com essa Instituição, gerando para os trabalhadores contratados, via “Candido”, situação de indefinição na garantia de seus empregos.<sup>21</sup>

Conforme relatamos anteriormente, o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira é uma instituição anteriormente privada que teve seu patrimônio *publicizado* a serviço da construção do SUS na cidade de Campinas, ainda no início da década de 1990. Desde então, gerencia os serviços e é responsável pela contratação dos trabalhadores para a área de saúde mental do município.

A privatização da saúde tem sido denunciada, especialmente no que se refere à EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), instituída pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, para o gerenciamento, sobretudo, dos Hospitais Universitários do país.

A “Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde” em seu “Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública-estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direta do Estado: Contra a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares nos hospitais universitários (hus) do Brasil”<sup>22</sup>, 2014, considera que a implantação desta Empresa representa uma séria ameaça para o Sistema Único de Saúde, consolida o projeto privatista para a saúde” e faz um alerta sobre os impactos da terceirização do serviço público na vida dos trabalhadores (precarização) e para a população usuária do SUS.

A principal diferença que observamos entre a EBSEH e o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira é que no primeiro uma OS (privada) gerencia patrimônio

---

<sup>21</sup> Em 2011, um contrato entre a Prefeitura de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira foi considerado irregular pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE). O contrato irregular referiu-se a uma expansão das atividades da Instituição – um convênio firmado entre os entes estadual e municipal, para contrato de profissionais da Atenção básica – Estratégia de Saúde da Família. Considerado, portanto, uma forma irregular de contratação para o serviço público, o TCE exigiu a realização de concurso público pela Prefeitura de Campinas. Não houve irregularidades quanto ao contrato da Instituição para a área de saúde mental. Entretanto, desde então, há notícias de fortes tensões entre os entes para as renovações dos Contratos que são anuais. No primeiro semestre de 2015, os trabalhadores dos serviços de Saúde Mental, gerenciados pelo Candido, viveram dias de muita apreensão, a Prefeitura de Campinas sinalizou a possibilidade de não renovar o contrato com a Instituição, gerando inclusive manifestações públicas em defesa da instituição. Disponível em: <[salve.candido.org.br](http://salve.candido.org.br)>. Acesso em: 27 jul. 2015..

<sup>22</sup> Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/manifesto-contra-ebserh-leia-informe-se.html>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

público construído pelo Estado, enquanto no segundo caso trata-se de propriedade privada colocada a serviço do SUS, uma política pública.

Outra importante diferenciação é que os atendimentos no “Candido” são 100% destinados aos usuários do SUS, enquanto que os hospitais gerenciados pelas EBSEHs podem ter leitos privados, como o exemplo do Hospital das Clínicas de Porto Alegre “que tem dupla porta de entrada, vendendo 30% dos seus leitos para planos privados de saúde”, conforme manifesto da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que conta com o apoio do serviço social através do CFESS.<sup>23</sup>

Se, por um lado, há uma diferença em relação aos atuais mecanismos de privatização da saúde, como as EBSEH<sup>24</sup>, por outro lado, a instituição submete seus trabalhadores à mesma lógica dos demais trabalhadores terceirizados da área da saúde, destacando-se a insegurança do emprego e os salários abaixo das remunerações estatais.

Conforme nossa entrevistada, no CAPS Davi, todos os trabalhadores são regidos pela CLT, com os seguintes salários:

*É meio igual, o meu salário é R\$ 3.400,00 por 30 horas, então TO (Terapeuta Ocupacional) é igual, enfermeiro é igual e psicólogo é igual; é que eles ganham mais de acordo com a carga horária, porque eles fazem 36 horas, então por isso que eles ganham mais, porque trabalham 6 horas a mais [...] eu acho que não houve redução salarial porque a gente ganha por hora, por isso que os psicólogos ganham mais, não porque reduziu, mas porque eles trabalham 36 horas. Aí tem o adicional por tempo de serviço e de insalubridade que você ganha um pouco mais do que esse valor.*  
(ROBERTA)

Vários estudos destacam que, geralmente, as contratações de trabalhadores para o serviço público terceirizado têm condições piores de salários, benefícios, estabilidade, e o/a assistente social está exposto às mesmas condições de precarização da classe trabalhadora, como nos sinaliza Raichelis (2013):

---

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Cf.: <<http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/manifesto-ebserh-2014-.pdf>> e posicionamento do CFESS: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2014cfessmanifesta-ebserh.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

Nesse cenário, o trabalho do assistente social sofre profundas inflexões decorrentes das novas configurações do mercado de trabalho que incidem também nos espaços em que os assistentes sociais se inserem como trabalhadores assalariados, que não escapam das determinações estruturais que movem os processos de intensificação e precarização do trabalho, no contexto da crise mundial. (RAICHELIS, 2013, p. 611)

Segundo o Portal da Transparência<sup>25</sup> do site da Prefeitura de Campinas (janeiro de 2015), não havia nenhum/a assistente social com salário inferior a R\$ 4.700,00. No CAPS de Jundiaí, que é inteiramente municipal, o salário do/a assistente social (salário base da Prefeitura de Jundiaí) é de R\$ 5.000,00<sup>26</sup>.

Outra realidade ressaltada por nossa entrevistada é que o cálculo da remuneração dos trabalhadores é feito sobre as horas de trabalho; dessa forma, o Serviço Social, nesse espaço de trabalho, não teve refletida a conquista da categoria de redução da jornada de trabalho para 30 horas sem prejuízo na remuneração (Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010), recebendo um salário inferior ao de outros profissionais que incorporaram tal direito.

Enfim, a terceirização é uma realidade do serviço público em geral e uma tendência que se aprofunda no setor da saúde; por isso, bandeira de luta permanente dos movimentos de trabalhadores e sanitaristas brasileiros, contrária a essa forma de contratação. Vale salientar a presença de assistentes sociais no protagonismo dessa luta, articulando inclusive a defesa do SUS ao Projeto Ético-Político da profissão, cabendo, desse modo, a incorporação dessa discussão pelos profissionais no âmbito de seus campos de trabalho.

Conforme Manifesto do CFESS:<sup>27</sup>

Conforme deliberações do 42º Encontro Nacional do Conjunto CFESS-CRESS, realizado em setembro de 2013, em Recife (PE), foi deliberado priorizar ações conjuntas com o movimento social contrário às privatizações, fundações privadas, OS, OSCIP, Ebserh, Parcerias Público-Privadas (PPP) e outras modalidades,

---

<sup>25</sup> Disponível em: <[http://www.campinas.sp.gov.br/servico-ao-cidadao/portal-da-transparencia/arquivos/TRANSP\\_201501.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/servico-ao-cidadao/portal-da-transparencia/arquivos/TRANSP_201501.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2015.

<sup>26</sup> Entretanto, destacamos que também o CAPS de Jundiaí é submetido à precarização de seus trabalhadores, tendo, no seu quadro, profissionais estatutários e contratados via CLT por terceirizações do setor público, como exemplo, os trabalhadores do setor de limpeza.

<sup>27</sup> Manifesto do CFESS contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), de 10 de janeiro de 2014. Disponível em: <[www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br)>. Acesso em: 27 jun. 2015.

defendendo a responsabilização do Estado na condução das políticas públicas.

### **3.1.2. Os usuários do CAPS – enfrentando a subalternidade**

Sobre a população que é atendida no CAPS, a assistente social Roberta nos disponibilizou uma apresentação na qual descreve que o CAPS Davi é referência para cinco Centros de Saúde, para uma população de 120.549 mil habitantes. Explica que esta população é 90% dependente do SUS e “vive em condições sociais extremamente adversas, o que contribui para o agravamento de suas condições psíquicas”.

A relação entre desigualdade social e saúde é tema de estudos em todo o mundo, de acordo com Barata (2001):

O tema das desigualdades sociais e suas relações com o nível de saúde populacional não é novo. Desde as primeiras investigações epidemiológicas, ainda no século XIX, surtos epidêmicos, doenças ocupacionais, mortalidade infantil e outros problemas de saúde foram estudados de modo a evidenciar os diferenciais existentes entre os grupos sociais. (BARATA, 2001, p. 138)

Para além da renda, já sabemos que a pobreza priva as pessoas das condições necessárias para o desenvolvimento da vida nos aspectos fundamentais, como alimentação, educação, saúde, moradia, emprego, lazer, entre outros.

No que tange à saúde, Barata (2001) realiza a conexão da pobreza com o desenvolvimento dos países, ou seja, suas possibilidades de oferta de serviços à população, e as condições de acesso aos serviços de saúde existentes.

Avançando, a autora nos aponta que, através de estudos ingleses, foi possível observar que a “posição de indivíduos na organização social é determinante na situação de saúde, independentemente do acesso a serviços de saúde e de hábitos individuais saudáveis” (BARATA, 2001, p. 142). Nesse sentido, embora as condições de acesso aos serviços sejam fundamentais, elas não são



suficientes para a promoção de equidade em saúde. Com isso, a autora nos indica uma condição estrutural no capitalismo:

Como os processos que determinam a saúde e a doença muitas vezes ocorrem fora do sistema de saúde não é possível esperar que através dele possam ser corrigidas as desigualdades. Dito de outro modo, as desigualdades criadas na esfera da produção não podem ser completamente sanadas através da esfera de distribuição e consumo. (BARATA, 2001, p. 142)

Tendo como referência essa concepção acerca dos determinantes sociais da saúde, as reflexões sobre o nosso objeto foram enriquecidas pelos estudos de Vicente (2001) e Rosa e Campos (2013), ambos da área do Serviço Social.

O primeiro é uma dissertação de mestrado, do ano de 2001, do Programa de Serviço Social da PUC/SP, intitulada *A subalternidade, um ponto cego na experiência da loucura*, da assistente social Damares Pereira Vicente.

A autora estuda as categorias loucura, cultura e subalternidade na constituição da identidade dos portadores de transtornos mentais graves e incapacitantes, conforme o resumo:

A pesquisa, realizada na Vila Brasilândia - SP, referiu-se à análise das categorias loucura, cultura e subalternidade na constituição da identidade dos portadores de transtornos mentais considerados graves e incapacitantes, analisando como a psiquiatria subsidiou, através do modelo manicomial de exclusão, o obscurecimento das experiências sociais desses sujeitos, criando, dessa maneira, uma dificuldade a mais na construção de um projeto societário que vise a superação da condição de subalternidade. A Metodologia utilizada trafegou no eixo História Oral - história de vida - estudo de caso. (VICENTE, 2001, p. 3)

No decorrer do estudo, a autora discorre que as doenças mentais, apesar de atingirem todas as classes sociais, têm efeitos mais danosos nos grupos subalternos, uma vez que é “através da subalternidade que se operam os mecanismos mais dilacerantes da humanidade desses sujeitos” (VICENTE, 2001, p. 9), retomando, para isso, o conceito de subalternidade trabalhado por Yazbek: “A subalternidade faz parte do mundo dos dominados, dos submetidos à exploração e à exclusão social.” (YAZBEK, 1996, p. 18).

Yazbek, em seu estudo, comenta os impactos da vivência da pobreza, relacionando-os com as condições de vida, entre elas a saúde:

A violência da pobreza constitui parte de nossa experiência diária na sociedade brasileira contemporânea. Os impactos destrutivos do sistema vão deixando marcas exteriores sobre a população empobrecida: o aviltamento do trabalho, o desemprego, a debilidade da saúde, o desconforto, a moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a ignorância, a fadiga, a resignação, são alguns sinais que anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados da sociedade. (YAZBEK, 1996, p. 61)

Nesse sentido, a pobreza é vista como uma construção social que oprime e cerceia as possibilidades de ampliação da vida em todas as suas dimensões. Para Vicente (2001), uma dessas dimensões está no campo da saúde mental. O centro da sua discussão é, portanto, a dupla exclusão a que estão submetidas as pessoas pobres com transtornos mentais: a pobreza/subalternidade e a própria doença.

A autora retoma, de uma perspectiva histórica, o “tratamento” em manicômios e a Reforma Psiquiátrica brasileira, evidenciando que os serviços manicomial serviam, entre outras funções, para a exclusão da pobreza. Dessa forma, reafirma o compromisso da Reforma Psiquiátrica com essa população, o que se evidencia nos CAPS.

Outro estudo que consideramos importante destacar é um artigo publicado na Revista *Serviço Social e Sociedade*<sup>28</sup>, intitulado “Saúde Mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses”, de autoria de Lúcia Cristina dos Santos Rosa<sup>29</sup> e Rosana Teresa Onocko Campos<sup>30</sup>. O artigo trata de uma pesquisa realizada em dois CAPS (regiões nordeste e sudeste do país) onde são investigadas as manifestações de classe social no cotidiano desses serviços, reafirmando que o “CAPS é contornado por diferentes classes sociais, mas constitui um serviço focado nos segmentos pobres” (2013, p. 311).

No desenvolvimento de suas argumentações, as autoras sinalizam que o modelo manicomial é circunscrito pela “segregação/exclusão social” e que o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira questionou esse modelo centrado

---

<sup>28</sup> Revista *Serviço Social e Sociedade*, n. 114, 2013.

<sup>29</sup> Assistente Social, doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí.

<sup>30</sup> Médica, doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP.

na doença para evidenciar o sujeito e seu contexto de vida. Relacionam que as perspectivas da Reforma são fundantes dos novos serviços como os CAPS.

A discussão teórica problematiza que os serviços de saúde mental públicos são destinados aos “pobres e trabalhadores empobrecidos da população” e que há uma relação entre transtorno mental e classe social “mostrando a distribuição desigual das enfermidades, segundo a origem econômica das pessoas com transtorno mental” (2013, p. 318).

Na pesquisa de campo, as autoras remeteram profissionais, familiares e usuários dos dois CAPS às suas concepções de classe social e, entre outras discussões, concluíram que essas concepções decorrem das relações econômicas.

Destacamos uma citação em que usuários e familiares se “autoclassificam”:

A autoclassificação em termos de classe social de usuários e familiares dos dois serviços oscilou igualmente entre classe “baixa” e “média baixa”. Todavia, alguns familiares cuidadores do CAPS da região Nordeste se autodeclararam de maneira mais enfática como pobres, empregando termos como “pobre lascado”. (ROSA; CAMPOS, 2013, p. 325)

Assim sendo, os apontamentos apresentados por Barata (2001), Vicente (2001) e Rosa e Campos (2013) corroboram a afirmação de nossa entrevistada, que relaciona as condições de vida da população do território de abrangência do seu CAPS com o adoecimento.

No estudo da epidemiologia social, a relação entre a desigualdade social e as doenças é remetida às condições desiguais de acesso aos sistemas de saúde e à produção e reprodução no capitalismo. Vimos que a loucura é mais uma das vicissitudes que acometem os mais pobres, subalternos, e que, portanto, submetem os à dupla forma de exclusão. E que, conforme a pesquisa de Rosa e Campos (2013), é no CAPS que a população mais pobre com transtorno mental tem garantido seu direito à atenção pública.

Destacamos ainda que, assim como evidenciou nossa entrevistada, o profissional do serviço social pode contribuir para ampliação da discussão sobre classe social relacionada aos determinantes sociais da saúde-doença. Conforme Bisneto (2009), essa é uma perspectiva de atuação do Serviço Social nos CAPS, sendo o assistente social o profissional que pode “desenvolver a crítica à sociedade

burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo” (BISNETO, 2009, p. 61). Reafirma, assim, a contribuição do/a assistente social para o avanço da análise crítica das relações entre a loucura e a sociedade, propondo intervenções nessa direção.

### **3.2. Organização do trabalho – desafio a ser enfrentado no CAPS**

Em relação à organização do trabalho no CAPS, a assistente social Roberta nos explica que:

*Somos divididos em quatro equipes de referência, que são responsáveis por uma ou duas Unidades Básicas de Saúde. As miniequipes se dividem em duplas ou trios de profissionais, que atendem, em média, 30 pacientes, ficando responsáveis pela elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular de cada um/a. (ROBERTA)*

Centrados na lógica territorial e no Projeto Terapêutico Singular, a equipe do CAPS Davi está organizada conforme diretrizes do CAPS, fruto das reflexões da Reforma Psiquiátrica brasileira e da constituição do SUS no país.

A disposição do trabalho das equipes segue a organização do SUS, e o funcionamento deste CAPS se dá a partir da compreensão e atuação sobre o território e os serviços da rede de saúde que nele estão inseridos.

Dessa maneira, a equipe é dividida e os profissionais são responsáveis pelo atendimento aos usuários das respectivas Unidades Básicas de Saúde; neste caso, a média é de 30 usuários por “miniequipe” (o que nos parece bastante razoável e condizente para a possibilidade de trabalho que pressupõe acompanhamento sistemático), sendo estes profissionais responsáveis pelo acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular de cada usuário.

Parte-se do pressuposto que cada território, com sua população, é formado a partir de contextos sócio-históricos que precisam ser conhecidos em suas complexidades e especificidades, possibilitando trocas mais horizontais com outros serviços de saúde e políticas públicas daquele território. Esse tipo de organização

possibilita o compartilhamento da atenção em saúde e em saúde mental nos diversos pontos de atendimento da rede, de forma articulada.

Nesse sentido, o estabelecimento dos Projetos Terapêuticos Singulares colabora com essas construções: a de que os sujeitos não são indivíduos isolados, são indivíduos sociais, históricos – seres humanos genéricos com suas complexidades. A produção de saúde, cidadania e de acesso a outras políticas intersetoriais, deve, conseqüentemente, expressar as especificidades e as múltiplas dimensões da vida dos sujeitos.

Com essa organização, os usuários que são atendidos no CAPS (serviço especializado de atenção em saúde mental) continuam seus atendimentos, em suas múltiplas necessidades de atenção em saúde, pela Atenção Básica. A compreensão de corresponsabilidades em saúde reforça o direito dos usuários de tratamento em saúde em suas múltiplas necessidades.

Entretanto, destacamos que apesar dessa organização nos parecer como constitutiva da atenção em saúde mental, esta não é a realidade de constituição de todos os CAPS e territórios.

É comum encontrarmos CAPS que não estão organizados a partir da lógica territorial, principalmente naqueles municípios em que eles abrangem toda a população da cidade, como é o caso do CAPS III de Jundiaí<sup>31</sup>, onde trabalhamos. Enfraquecendo as possibilidades de intervenção em lógica territorial, enfraquecemos também a própria constituição de rede de atenção em saúde mental, expressão, portanto, do processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira em cada município do país.

Outro ponto a ser problematizado é a forma de organização do trabalho da equipe do CAPS Davi para o atendimento aos usuários no acolhimento noturno:

*Aqui a gente procura revezar, a equipe é circulante, não tem equipe fixa. Então, o pessoal que é da manhã, a gente faz uma escala, o pessoal da manhã e da tarde coloca suas preferências e aí eles vêm trabalhar, os técnicos de enfermagem de 4 a 5 plantões noturnos, os técnicos de nível superior, que são o psicólogo, o terapeuta ocupacional e eu, fazemos dois plantões por mês e os enfermeiros... Até o ano passado foi sempre assim, todo mundo fazendo dois plantões, não necessariamente tinha que ter o*

---

<sup>31</sup> A rede de saúde mental de Jundiaí está, neste momento, sendo reconfigurada e há previsão de inauguração de mais um CAPS III na cidade.

*enfermeiro, às vezes, era o profissional, um psicólogo e dois técnicos de enfermagem; só que, na verdade, a lei preconiza que tem que ter o enfermeiro o tempo todo. Então, esse ano a gente adequou, nós temos hoje cinco enfermeiros no CAPS e aí eles estão todas as noites. Então, às vezes, é um enfermeiro, um psicólogo, um técnico de enfermagem, ou enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, são sempre três pessoas que fazem o plantão noturno [...] (ROBERTA).*

É exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que os técnicos de enfermagem não podem trabalhar sem a presença do enfermeiro (Lei nº 7.498 de 1986).

Em nossa pesquisa bibliográfica, encontramos um Parecer do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo<sup>32</sup> sobre a exigência da supervisão do enfermeiro ao técnico de enfermagem:

*Veja que uma instituição tenha como pressuposto a prestação de serviço de enfermagem, sempre haverá a necessidade do profissional Enfermeiro coordenando, orientando e supervisionando os profissionais desta área, e ainda, durante todo o período em que se fizer necessária a prestação deste serviço. (2013, p. 2)*

Neste parecer, entre outras argumentações, o COREN sustenta a exigência estabelecida, lembrando o longo período de construção da enfermagem na sociedade:

*Ao observarmos o histórico da profissão de enfermagem, nos deparamos com um processo relativamente longo de desenvolvimento, percorrido por séculos, até que se chegasse ao patamar hoje encontrado, onde se verifica normatização da profissão, tendo em vista a existência de legislação organizada, bem como divisão entre classes profissionais, com o estabelecimento de prerrogativas funcionais. (2013, p. 1)*

Como nos informa o COREN, a exigência do tempo integral de enfermeiro/a nos serviços de saúde e a consequente supervisão desse profissional à equipe de enfermagem é uma construção coletiva da categoria para responder a uma demanda da sociedade. Por isso, consideramos um avanço a mudança efetuada pelo CAPS Davi no que se refere à presença da enfermagem em tempo integral, e

---

<sup>32</sup> PARECER COREN-SP 028/2013. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

avaliamos essa adequação importante não apenas para os enfermeiros e técnicos de enfermagem, como para toda a equipe e, conseqüentemente, para os usuários do serviço.

Em relação a essa questão, citamos uma vivência que tivemos em um plantão diurno no final de semana em nosso CAPS de Jundiaí, em que um usuário que estava acolhido começou a apresentar sintomas diferentes, com comportamento não habitual. Tínhamos uma equipe plantonista (assistente social, técnico de enfermagem e enfermeiro), mas avaliamos que aqueles sintomas ultrapassavam nossas disciplinas. Buscamos, então, o apoio do médico de serviço que constatou que tais sintomas eram caracterizados pela intoxicação de remédio (no caso, carbonato de lítio) e que o usuário precisava ser atendido com urgência em Pronto Atendimento porque poderia evoluir para falência renal.

Era um quadro bastante sério, em que o tratamento para a crise aguda do transtorno mental provocou agravamento clínico grave; e que se não fosse o olhar da equipe inteira, incluindo o do enfermeiro e do médico, aquele usuário poderia ter tido sua vida comprometida para além do transtorno mental, o que não aconteceu pelo atendimento assertivo e rápido dos profissionais.

Diante dessa realidade, como prescindir, em um equipamento de saúde, dos profissionais com formação específica nas áreas biológicas como os enfermeiros/as ou médicos/as? De fato, defendemos categoricamente a necessidade desses profissionais no CAPS, para atuação no campo da saúde mental e em seus núcleos de formação, tendo em vista a garantia de que os usuários do serviço serão assistidos em todas as suas necessidades.

Outro ponto polêmico do trabalho no CAPS é a receita de prescrição de medicamentos que, por vezes, é apenas assinada pelos médicos, mas escrita por outros profissionais. Temos notícia dessa realidade em muitos CAPS, no entanto, não temos indicações de pesquisas que problematizem essa situação porque se trata de práticas proibidas por todos os Conselhos de categoria, incluindo os de medicina.

Ultrapassar a linguagem e expressão das áreas biológicas não significa, a nosso ver, anulá-las. É importante que o usuário do CAPS possa ser visto com regularidade também pelo médico, responsável por sua medicação. Quando outros profissionais fazem as receitas, é tirado esse direito do usuário. Mesmo que haja

argumentações para essa prática, como a falta do profissional médico para toda a demanda dos serviços, entendemos que esse ato prejudica o trabalho em equipe e fere os direitos dos usuários. E se há ausência de profissionais, a luta coletiva deve ser a de sua ampliação em todas as situações em que se constata essa necessidade.

Ressaltamos outro ponto importante sobre o funcionamento do plantão noturno, em que a entrevistada argumenta que o funcionamento “circulante da equipe, sem fixar equipe diurna e noturna, oferece maior qualidade de atendimento ao usuário em crise”:

*[...] é uma proposta de trabalho diferenciada do CAPS Davi, de que a pessoa quando ela está em crise ela precisa ser ouvida com qualidade, independente do horário; então ela quer conversar à noite ela vai ter uma pessoa para escutá-la à noite; e essa proposta do plantão rodiziado é que todos os profissionais conheçam todos os pacientes, conheçam os pacientes em todos os momentos, na crise, no paciente bem de manhã; por isso, não fixar uma equipe à noite [...]. (ROBERTA)*

A ideia do acolhimento noturno no CAPS é a possibilidade de aquele sujeito ser atendido em seus momentos de crise por profissionais que já o conhecem, portanto, que já possuem algum vínculo. Mas, se há uma separação na equipe, como na maioria dos CAPS, incluindo o que trabalhamos, nem sempre essa finalidade se concretiza.

Os trabalhadores do período noturno, geralmente, conhecem o usuário apenas em seus momentos de crise e vice-versa; é como se houvesse uma fragmentação do cuidado. Durante o dia, o usuário é assistido por seu profissional de referência e por outros que já conhece pela convivência em oficinas, atendimentos em acolhimento. Enfim, de uma maneira geral, a equipe diurna conhece todos os usuários, enquanto a equipe que trabalha à noite apenas conhecerá aquele usuário se ele ficar em acolhimento, o que geralmente acontece em situações de crise.

Esses últimos profissionais, portanto, têm menos possibilidade de atuações assertivas porque conhecem o usuário apenas por informações na passagem de plantão e pelo prontuário. Já o usuário, muitas vezes, não se sente confortável em dividir sua vida, seu sofrimento psíquico, com aqueles a quem não conhece.



Desse modo, a experiência do CAPS Davi, em nossa opinião, nos apresenta outra possibilidade de cuidado que ajuda a construir soluções que avançam nas sustentações de modelos substitutivos do cuidado asilar, lembrando, para isso, que o acolhimento noturno é uma importante estratégia para evitar internações em Hospitais Psiquiátricos.

Entretanto, essa dimensão de avanço vem junto com uma organização de trabalho que pode ser, para alguns profissionais da equipe, de difícil realização, como pudemos constatar na continuação do relato da assistente social:

*[...] é mais uma escolha nossa mesmo, de trabalho, que é muito contestada até mesmo pela equipe de enfermagem, porque, às vezes, é muito mais fácil você ter um segundo emprego quando tem uma escala fixa né, mas para a qualidade do atendimento a gente entende que é melhor assim. (ROBERTA)*

Pela perspectiva do trabalhador, essa organização, que avança no atendimento do usuário em crise, no serviço, se apresenta constrangida pelas condições de trabalho.

No caso relatado, a equipe de enfermagem discute a forma de organização porque, nesse formato, não é possível que eles tenham outros empregos, já que suas escalas (horários de trabalho) não são fixas.

A situação apresentada nos faz relacionar essa organização de trabalho flexível com a condição desses trabalhadores que estão inseridos numa instituição terceirizada de saúde.

*[...] após as mudanças introduzidas nos anos 1990, a regulação de contratos de trabalho no Brasil é bastante flexível, não colocando barreiras à demissão imotivada, à polivalência ou à adequação da jornada de trabalho às necessidades do empregador. (BORGES, 2012, p. 27)*

Com a reestruturação produtiva do trabalho, os trabalhadores tiveram seus direitos aviltados e estão expostos a uma série de consequências que os colocam em dificuldades para a própria garantia de seus empregos. A terceirização, com a flexibilização do trabalho, é, neste caso, expressão desse processo.

Nesse sentido, concluímos que a condição de trabalhadores terceirizados impõe a flexibilidade em seus trabalhos, afetando os salários, o horário de trabalho e a facilidade de demissões.

Druck (2009) sinaliza o aumento da terceirização em todos os setores, incluindo o público estatal, e identifica esse movimento como um mecanismo privilegiado da precarização social do trabalho, explicitando que a institucionalização da flexibilização e a precarização do trabalho no Brasil desencadeiam, entre outras consequências, a instabilidade e a insegurança no trabalho.

Assim, a pergunta que emerge sobre a organização de trabalho sem escala fixa dos trabalhadores, em que há questionamento de profissionais da enfermagem é: Considerando a forma de contratação a que estão submetidos, os trabalhadores têm mesmo a possibilidade de escolha sobre os processos de organização do trabalho apresentados pela nossa entrevistada?

A nosso ver, esse “modelo” de trabalho expressa uma contradição: ora avança na perspectiva do cuidado ao usuário em crise, ora evidencia a precarização dos trabalhadores desse CAPS.

### **3.2.1 Reunião de Equipe – espaço privilegiado do trabalho coletivo no CAPS**

Nossa análise sobre as reuniões da equipe, momento privilegiado do trabalho coletivo e interdisciplinar, não teve o objetivo de observar a atuação da assistente social em relação à sua equipe de trabalho e vice-versa: primeiro porque não há um trabalho específico da assistente social que se relaciona à equipe; o que há é a assistente social compondo uma equipe de trabalho; segundo, porque nos interessa entender melhor esse campo sócio-ocupacional para o serviço social a partir da leitura de como se organiza, coletivamente, essa equipe de trabalho. Por isso, percorremos este caminho.

Em todos os momentos que estivemos no CAPS, campo de nosso estudo, encontramos muita receptividade de todos os profissionais da equipe de trabalho

e, com o decorrer dos encontros, percebemos que já começávamos a ser identificadas por alguns usuários e profissionais.

A receptividade à nossa pesquisa revela, certamente, uma estrutura organizacional aberta, onde não houve espaço que não pudesse ser conhecido ou ações que não puderam ser acompanhadas; ao contrário, houve muitos convites e estímulos para que isso acontecesse.

Dentre os momentos que pudemos acompanhar, certamente, o mais surpreendente foi o espaço da reunião de equipe.

Com toda a convicção, não podemos afirmar que em nosso espaço de trabalho (CAPS de Jundiaí) isso seria possível, aliás, em nossos anos de atuação como assistente social nunca presenciamos pesquisadores em reuniões técnicas, apenas aquelas já estipuladas como espaço aos estudantes.

Lembramos que para realizar a pesquisa no CAPS, foi necessário submeter nosso projeto à avaliação ética da instituição que gerencia aquela unidade, no caso, o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira; entretanto, não havia nenhuma especificação no projeto que garantisse autorização para estar em uma reunião de equipe. Então, concluímos que esta é uma opção daquela equipe de trabalho e viabilizada pela sua gestora.

Optamos por valorizar tal possibilidade porque foi, sem dúvida, um dos momentos que mais colaborou com esta pesquisa para o entendimento do campo de trabalho na saúde mental.

Vale também destacar que, nessa reunião, estiveram presentes cerca de 40 profissionais daquele serviço, mais dois residentes de psiquiatria da UNICAMP, ou seja, é um espaço em que, frequentemente, há a presença de estudantes. Todos podiam propor itens de pauta, e havia um profissional que ajudava a organizar a reunião, anotando as indicações e discussões.

A pauta abrangeu tanto questões voltadas para a equipe, como capacitações e organização da equipe para receber novos funcionários da residência terapêutica sob a responsabilidade daquele serviço, como discussões sobre os Projetos Terapêuticos de alguns usuários, questão que nos interessa problematizar mais diretamente.

Tratou-se de uma situação complexa de vida que dividiu as opiniões sobre as formas de condução da equipe de trabalho, que se mostrou empenhada na

discussão das possibilidades de encontrar os meios mais adequados para a melhoria das condições de vida do sujeito.

Tivemos a oportunidade de observar que aquela equipe de trabalho estava sendo regida por princípios “revolucionários”, raro de se encontrar mesmo em um serviço de saúde mental que surgiu após o movimento de Reforma Psiquiátrica. Entre as discussões, foi possível presenciar falas de defesa de garantia de direitos que consideravam a classe social do sujeito. Em nossa anotação, reproduzimos uma fala: *“Qual a diferença que a gente quer fazer no mundo? Como a gente vai fazer para que nosso usuário negro, pobre, psicótico não morra ou vá para a cadeia?”*<sup>33</sup>Essa discussão foi um diferencial no trabalho do CAPS para além das condições clínicas e de tratamento medicamentoso. Aqueles trabalhadores estavam pensando em um indivíduo específico, mas situando-o como indivíduo social, como ser humano genérico, integrante de um coletivo social, portanto, inserido em uma classe social que ocupa, nesta sociedade capitalista, o lugar subalterno, sujeito a todas as formas de arbitrariedades e violência a que são submetidos, isto é, sujeitos como aquele usuário – pobre, negro e psicótico.

Na mesma discussão, pudemos anotar outra fala que remete aos direitos dos usuários: *“[...] então vamos ler a cartilha dos direitos para o usuário e orientá-lo?”*<sup>34</sup>

Certamente, nessa reunião, vimos expressos, no cotidiano das ações em saúde, norteadores éticos dos movimentos de luta pela saúde – Reforma Sanitária e Psiquiátrica. A contextualização das condições de vida do sujeito nos reporta aos questionamentos do paradigma saúde/doença. As discussões ultrapassavam em muito os sintomas do usuário; o caminho percorrido pela equipe foi o de promoção da vida, considerando as complexidades das relações sociais que envolviam aquele sujeito.

### **3.2.2 Identidade dos trabalhadores do CAPS: o caso do Serviço Social**

---

<sup>33</sup> Registro do Diário de Campo em 11 de junho de 2015.

<sup>34</sup> Ibid.

No primeiro dia da pesquisa de campo, a convite da assistente social do CAPS Davi, estivemos na Residência Terapêutica que está localizada no território de abrangência daquele CAPS, sob a responsabilidade deste serviço.

O convite veio junto com a explicação da assistente social: “*sou terapeuta da moradia*”<sup>35</sup>, argumentando que ela é referência técnica de uma usuária, moradora da residência.

Refletimos tal identificação de duas formas: uma diz respeito a um risco de perda da identidade dos trabalhadores do CAPS, em consequência também do Serviço Social; e a outra nos remete à discussão, no interior da categoria dos/as assistentes sociais, sobre o serviço social clínico ou terapêutico.

Assistentes sociais que trabalham em CAPS estão acostumados/as a serem identificados/as como terapeutas, independentemente se eles/as assim se identificam. Há uma máxima, muito utilizada nestes serviços, que diz que o CAPS é terapêutico e que, portanto, todos que ali trabalham são terapeutas.

Sem a intenção de aprofundar essa discussão, a partir de nossa experiência como assistente social que trabalha em CAPS, reafirmamos que essa identificação traduz um mero clichê. Muito estimulado, é verdade, pelas primeiras instruções ministeriais sobre o CAPS, como neste trecho do documento de (2004, p. 16): “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”, que afirma que: “Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um ‘meio terapêutico’, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica”.

Acreditamos que esse espaço deva acolher e possibilitar tratamento nas múltiplas necessidades dos usuários desse serviço. Todavia, além da banalização do termo terapêutico, não é acolhedor com toda a equipe que ali trabalha essa terminologia, em nossa visão, muito sustentada por quem defende ações homogeneizadas por diferentes profissionais.

Perde-se, assim, a identidade dos trabalhadores, perdendo todos, as potências um dos outros. No caso do Serviço Social, quando a assistente social Roberta se identifica como terapeuta, ela deixa de se identificar como assistente social, o que para nós é uma questão fundamental.

---

<sup>35</sup> Registro do Diário de Campo em 03 de junho de 2015.

O contrato de trabalho com a função de assistente social não é apenas funcional; ele expressa um arcabouço de legislações trabalhistas, de conquistas gerais dos trabalhadores e da categoria profissional. Expressões dessas conquistas são a Lei de Regulamentação do Serviço Social (Lei nº 8.662/1993) e o Código de Ética do/a Assistente Social (Resolução CFESS 273/1993).

Nesse sentido, a legitimidade do trabalho de assistentes sociais passa, necessariamente, pelo reconhecimento de sua identidade de formação, ou seja, como terapeutas nada somos. Não temos mandato social para esse exercício profissional nem formação específica nos cursos de graduação.

Outro ponto a ser considerado é a informação incorreta aos usuários dos serviços. Com base em seu projeto ético-político, a categoria profissional tem se pautado pelos interesses da classe trabalhadora, da qual faz parte, e para a melhoria das condições de trabalho. Reconhecer-se como assistente social, norteadada pelo projeto ético-político profissional, significa a reafirmação histórica desse compromisso classista na sociedade capitalista. Ao não identificar-se como assistente social perde a oportunidade de demonstrar a possibilidade de intervenção profissional pautada pelo “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993), valores centrais do Código de Ética profissional.

No decorrer das nossas entrevistas, conversamos com a nossa entrevistada sobre sua identidade profissional e chegamos à discussão sobre a importância de sua apresentação como assistente social. No trecho que apresentaremos adiante, Roberta relata sobre uma usuária que a procurou, por saber que ela era assistente social, para receber informações previdenciárias, porém admite que nem todos os usuários sabem que naquele CAPS há assistente social:

*[...] ela sabe que eu sou assistente social do serviço, tem algumas pessoas que me conhecem e outras pessoas não, então os que me conhecem têm mais facilidade pra vir e me questionar, então ela é uma paciente já há muito tempo aqui, então ela me conhece [...].*  
(ROBERTA)

Indagamos nossa entrevistada sobre a fala de que havia usuários que não a conheciam:

*[...] não me conhecem enquanto assistente social; às vezes, até me conhecem, mas não sabem que eu sou assistente social [...]* (ROBERTA).

Sendo mais diretiva, indagamos se ela achava que algum usuário que frequenta aquele CAPS não sabe que há assistente social no serviço. A resposta que obtivemos foi:

*Pode ser que sim, pode ser que não saiba.. Por exemplo, hoje eu atendi uma paciente de uma outra equipe, que acho que ela perguntou para a referência sobre assistente social e aí a referência pediu pra ela me procurar: “então você que é [...] gostaria de falar com você”, e aí eu atendi, não tinha marcado nada, aí eu atendi e ela veio me pedir a questão do passe intermunicipal, que ela estava querendo visitar a filha dela, tudo, e aí ela me pediu o passe intermunicipal [...] aí nisso ela comentou: “ai, porque minha filha já marcou o LOAS (sic) pra mim, em Santo André, que foi o lugar mais perto que ela achou”; então ela é uma paciente nossa que a filha se organizou pra solicitar. Então acho que isso muitas vezes é o que eu não dou conta e também acho que as referências não me procuram, não me procuram para falar de cada paciente [...]* (ROBERTA).

Com esse relato de nosso diálogo, sinalizamos que, como nem todos os usuários sabem que aquele serviço tem em seu quadro de funcionários um/a assistente social, pode haver uma demanda reprimida para esse atendimento. O que é fruto de preocupação da nossa entrevistada:

*[...] uma coisa que eu tenho vontade, mas que eu não consegui fazer ainda, é ver a situação de cada paciente, a questão de benefício, assim, como eles estão, porque é um paciente que talvez tenha direito [...]* (Assistente Social, CAPS Davi). (ROBERTA)

Esse lugar da indefinição de assistentes sociais no campo da saúde mental é evidenciado por Bisneto:

Nos serviços reformados há uma dissolução dos objetos específicos e uma certa descaracterização profissional, que é inclusive politicamente desejável, mas que tem trazido mais indefinições aos assistentes sociais (BISNETO, 2009, p .124).

Refletimos que, com a sobreposição de identificações da equipe de trabalho no CAPS como profissional de referência e plantonista, os usuários do serviço podem ficar confusos, gerando com isso dificuldades para entender o que podem esperar/demandar de cada profissional, uma vez que consideramos não ser este um fenômeno exclusivo do serviço social.

Em um dos dias de observação no campo de pesquisa, um usuário aproximou-se e perguntou se podíamos conversar. Com a resposta positiva, ele começou a contar sobre sua vida; entre seus relatos, dizia fazer tratamento naquele CAPS e ser cuidado por uma “miniequipe”. Em nossas anotações, conforme nossos registros no diário de campo, destacamos que ele nos disse que “frequentava o CAPS uma vez por semana para falar com sua referência, e explicou que sua referência é a equipe 1 e que são todos psicólogos, ele não lembra o nome de todos, mas nomeia o profissional que ele mais conversa [...]”.<sup>36</sup>

O relato do usuário reafirma nossas observações anteriores, mais ainda quando, posteriormente, confirmamos que a equipe 1 é composta por múltiplas categorias profissionais. A consequência negativa desse fenômeno, em especial para o serviço social, pode ser a desassistência aos usuários e a negação de seus direitos.

### **3.2.3 O “serviço social clínico” ou “serviço social terapêutico” – notas para discussão**

A questão tratada no item anterior reporta à discussão acerca do denominado “serviço social clínico” ou “serviço social terapêutico” que foi reivindicado por um grupo de assistentes sociais, fazendo emergir e acirrar a disputa de projetos profissionais no interior da categoria profissional e instalando um debate que buscou o reconhecimento das práticas terapêuticas como

---

<sup>36</sup> Registro do Diário de Campo em 03 de junho de 2015.



atribuições profissionais a serem reconhecidas pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS<sup>37</sup>.

Após amplo debate da categoria profissional, o CFESS publicou a Resolução 569, de 25 de março de 2010, que dispõe sobre “a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social” e, posteriormente, o documento “Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas”, documento que publiciza elementos para ampliar a compreensão da categoria sobre a referida Resolução.

Nesse documento, o CFESS considera que o debate das “práticas terapêuticas” é antigo na profissão, remontando os primeiros fóruns ao ano de 1996, sendo a Resolução de 2010 uma continuidade desse movimento.

Retomando o processo histórico da profissão, o documento afirma que “ações psicologizantes” marcaram o início do serviço social; contudo, essa vertente foi afastada da profissão, não integrando “nem a fundamentação teórica contemporânea da profissão e nem suas diretrizes legais” (CFESS, 2010, p. 5).

Argumenta que essa compreensão reconhece o pluralismo e a liberdade de pensamento e produção de conhecimento, entretanto, pondera que o reconhecimento do pluralismo não significa “desconsiderar as construções coletivas” onde a profissão fez uma revisão de “princípios, diretrizes e valores conservadores” e avançou com novos fundamentos teóricos e ético-políticos em regulamentações que passaram a orientar a formação e o exercício profissional dos/as assistentes sociais.

No debate realizado sobre o tema, no Rio de Janeiro, em 2003, mais tarde publicado pela revista *Em Foco*, do CRESS – 7ª Região (2004), o posicionamento da Professora Mavi Rodrigues é esclarecedor:

[...] Portanto, apesar de sua diversidade interna, o Serviço Social Clínico é portador de uma compreensão da natureza da profissão que é profundamente conservadora. Uma compreensão do Serviço Social que, em tons variados, identifica a profissão como uma forma de ajuda, vocação ou conforto terapêutico. É justamente essa

---

<sup>37</sup> Para o aprofundamento deste debate, além dos pareceres do CFESS (parecer jurídico 16/08 e 11/09), consultar as publicações do CRESS – 7ª Região da Revista *Em Foco* com os seguintes temas: “O Serviço Social Clínico e o projeto ético-político do Serviço Social”, de Maio/2003, e “Atribuições privativas do Assistente Social e o Serviço Social Clínico”, de Maio/2004.

concepção mística do servir, próxima à filantropia, uma visão benevolente do exercício profissional, que a categoria, desde os anos 60, não só no Brasil, mas em quase todo continente latino-americano, tem colocado em xeque. (CRESS, 2003, p. 41).

Dessa forma, destacamos dois aspectos que nos parecem relevantes para a nossa discussão. O *primeiro aspecto* é que essa polarização expressa um campo de disputas de projetos profissionais e de concepções antagônicas sobre a natureza da profissionalidade do serviço social, na qual comparecem visões restauradoras de práticas conservadoras que remontam às origens do serviço social. Desse modo, a reivindicação pelo reconhecimento de um “serviço social clínico” entra em “rota de colisão” com o projeto ético-político profissional do serviço social, construído sob fortes tensões a partir da década de 1970, como já mencionado, e representa um retrocesso conservador da categoria profissional.

A busca de reconhecimento da *prática clínica ou terapêutica* poderia ser uma tentativa do/a assistente social, no caso do CAPS, de homogeneização de suas ações em saúde, consoantes aos demais profissionais da equipe de trabalho, na perspectiva de atuação no “campo”, considerando a exigência de “atravessar e ultrapassar” as especificidades de cada área. Justificar-se-ia assim o serviço social clínico e o/a assistente social terapeuta.

Entretanto, esse continua sendo um discurso, a nosso ver, ajustador, que pretende conformidade com as práticas homogeneizadoras que, provocando dissolução dos objetos específicos e certa descaracterização profissional, acabam por gerar maiores indefinições aos assistentes sociais, como observado por Bisneto (2009).

Além disso, “A reação conservadora ao Serviço Social tem vindo com muita força pela área da saúde, sendo suas expressões: a proposta do Serviço Social clínico, com defesa da realização de atendimentos terapêuticos nos serviços de saúde”. (MATOS, 2013, p. 106)

O *segundo aspecto* nos leva para a discussão sobre a necessária sistematização, pelos/as assistentes sociais que atuam na saúde mental, em particular nos CAPS, de propostas que fundamentem suas intervenções na perspectiva teórico-crítica acumulada pela área do Serviço Social.

Procuramos, portanto, neste estudo, apontar outras possibilidades de atuação que, ao mesmo tempo em que reconheçam a nova organização do

trabalho no CAPS, também possam superar a suposta dicotomia entre “campo” e “núcleo”, em consonância com o projeto profissional construído pela categoria dos/as assistentes sociais.

Desse modo, perseguimos um posicionamento que ao mesmo tempo explicita sua crítica à incorporação de práticas terapêuticas ao serviço social, mas possa oferecer um caminho possível às práticas de assistentes sociais na saúde mental (no CAPS), com os aportes do pensamento marxista, especialmente nas análises sobre a construção social da subjetividade humana.

Na compreensão de Marx, principalmente desenvolvida em *A Ideologia Alemã* (2007), o autor coloca a centralidade do trabalho nas condições da vida material e da consciência humana, a partir do entendimento de que a consciência só pode ser construída nas relações sociais, portanto, é sempre coletiva e social.

Somente agora, depois de já termos examinado quatro momentos, quatro aspectos das relações históricas originárias, descobrimos que o homem tem também “consciência”. Mas esta também não é, desde o início, consciência “pura”. O “espírito” sofre, desde o início, a maldição de estar “contaminado” pela matéria, que, aqui, se manifesta sob a forma de camadas de ar em movimento, de sons, em suma, sob a forma de linguagem. A linguagem é tão antiga quanto a consciência – a linguagem é a consciência real, prática, que existe para os outros homens e que, portanto, também existe para mim mesmo; e a linguagem nasce, tal como a consciência, do carecimento, da necessidade de intercâmbio com outros homens. Desde o início, portanto, a consciência já é um produto social e continuará sendo enquanto existirem homens. (MARX, 2007, p. 34)

A partir dessa perspectiva, compreendemos que a subjetividade humana é social e coletiva, não sendo uma experiência do indivíduo isolado. A construção da subjetividade ocorre em bases concretas do cotidiano da vida, a partir da possibilidade teleológica do homem de transformação da natureza, da afirmação do homem através do trabalho, na concretização da genericidade humana.

Para Marx não existe uma natureza ou essência humana dada a priori ou transcendente à existência histórica do ser social. Ser genérico e indivíduo não são entidades isoladas, pois, em todo ato de sua vida, reflete-se esse ou não em sua consciência, o homem sempre e sem exceções realiza ao mesmo tempo, e de modo contraditório, a si mesmo e ao respectivo estágio de desenvolvimento do gênero humano (LUKÁCS apud BARROCO, 2014, p. 68).

A partir da Reconceituação do Serviço Social foi possível uma aproximação com o pensamento marxista que reafirma a compreensão do homem enquanto ser social, ser humano genérico, que expressa com isso todas as conquistas materiais e espirituais das sociedades humanas já construídas historicamente; é um convite ao pensamento de que o homem não se manifesta somente enquanto singularidade, mas também como gênero humano. É o movimento do singular para o universal e também ao seu retorno.

O indivíduo social é ao mesmo tempo, enquanto portador do ser social, um ser genérico e uma expressão singular. A (re) produção da totalidade social se faz de tal modo que o indivíduo reproduza a si mesmo, como singularidade e genericidade. (BARROCO, 2008, p. 32).

A subjetividade humana, nessa perspectiva, é uma construção histórica e social e é com tal compreensão que se abrem possibilidades para intervenção no cotidiano do trabalho profissional.

Com isso, não há dicotomia entre o trabalho objetivo e subjetivo porque as duas dimensões estão inscritas em bases materiais construídas socialmente. O que há são campos de saberes e de atuação, são especializações dentro da divisão sociotécnica do trabalho que conferem ao profissional legitimidade para sua intervenção, construindo estratégias possíveis de atuação nas situações singulares e na totalidade.

Portanto, parece-nos necessário realizar esta crítica a práticas terapêuticas como atribuições do assistente social em saúde mental, argumentando que o serviço social não oferece embasamento teórico nem formação especializada para atuação profissional na área. Como nos aponta lamamoto, em debate sobre o tema:

[...] O trabalho com indivíduos, grupos e famílias obviamente é parte da nossa matéria profissional: as múltiplas expressões da questão social, vividas pelos sujeitos, condensam suas necessidades e suas lutas. Mas qual a abordagem teórico-metodológica? Uma das alternativas é a abordagem psicossocial que tem seus supostos, como qualquer outra. São exatamente estes supostos os que foram questionados pela Reconceituação. (CRESS, 2004, p. 58)

Assim sendo, esperamos, a partir deste estudo, poder contribuir para a formulação de propostas de trabalho no âmbito do serviço social que considerem as especificidades e os acúmulos teórico-práticos da profissão. Isto significa compor as equipes de referências do CAPS, tendo a construção do serviço social como direção, em diálogo com as demais áreas e não a partir da imposição de perspectivas homogeneizadoras entre as categorias profissionais.

Nesse sentido, reafirma-se a intervenção do serviço social em saúde mental na perspectiva de seu objeto, qual seja, as expressões da questão social, potencializando discussões importantes quanto às determinações de classe na relação com os usuários dos serviços e à busca por uma política pública em saúde mental que avance na garantia de direitos humanos e sociais.

### **3.3 Problematizando competências e atribuições do/a Assistente Social no CAPS**

Em nossa pesquisa de campo estivemos em alguns momentos acompanhando o cotidiano do trabalho da assistente social, em outros momentos, realizando as entrevistas.

Observamos, logo a princípio, que não há rotinas preestabelecidas. Há previsões para o dia e horário da reunião de equipe e a escala entre os profissionais para plantão de acolhimento no serviço. Os demais dias são ocupados conforme planejamento do próprio profissional e da demanda do usuário e do serviço.

Durante a entrevista, a assistente social nos relatou seu dia anterior de trabalho, que se iniciou pelo atendimento de duas usuárias sob sua responsabilidade enquanto profissional de referência, para tratar com elas e com seus familiares sobre a alta do leito da noite do CAPS.

*Eu estava com duas pacientes que estavam no leito, que são referências minhas [...] eu fiz atendimento aos familiares dessas pacientes pra gente combinar como seria a alta, combinar o Projeto Terapêutico Singular delas [...] (ROBERTA).*

Ser profissional de referência, portanto, é a primeira atividade que aparece quando se fala do cotidiano do serviço social no CAPS.

O profissional de referência, na atividade citada, foi responsável pela avaliação da condição de alta das usuárias e pelas pactuações com os familiares. De alguma forma, havia uma crise na vida dessas usuárias que justificava o acolhimento intensivo por alguns dias naquele CAPS. E nessa estrutura, o profissional de referência, que acompanha mais de perto a vida, o cotidiano e o tratamento do usuário, tem a possibilidade de propor a necessidade desse acolhimento e o momento da alta.

Geralmente, o profissional não está sozinho para avaliar essas situações. . No CAPS Davi há profissionais de plantão em todos os períodos, que discutem em passagem de plantão, além de ser acionado o médico/a para também participar na avaliação, conforme a necessidade. Mas ressaltamos que o acolhimento em leito no CAPS, assim como sua alta, não está sob a responsabilidade primeira e única dos médicos, como nos hospitais.

*A gente faz isso sempre em miniequipe e também o plantonista que também avalia, a gente vai passando plantão pra plantão, a equipe como um todo avalia, a maioria das vezes quem dá alta, quem faz atendimento com a família, é a profissional de referência.*  
(ROBERTA)

Embora ganhe destaque o profissional de referência, na experiência da nossa entrevistada esta não é uma vivência isolada; há compartilhamentos e trocas. Em outro exemplo, ela nos relata sobre uma visita que realizou para uma usuária que não era sua referência, mas por estar no plantão compôs a equipe que estabeleceu o Projeto Terapêutico Singular com visitas diárias à usuária:

*A gente foi fazer uma visita domiciliar a uma paciente [...] que a gente tá apostando que ela possa ficar em casa com visita domiciliar em todos os períodos, manhã e tarde, pra gente acompanhar como ela está [...] então a equipe está apostando em atendimento individual com ela e visita domiciliar nos períodos manhã e tarde, ela não é minha referência, ela não é da minha equipe, mas como eu estava aqui na emenda de feriado, então eu fui com a referência dela fazer visita [...].* (ROBERTA)

Então, é possível o compartilhamento. O CAPS Davi nos ensina, pela experiência de nossa entrevistada, que ser profissional de referência não significa estar sozinho na condução de situações que, por vezes, são complexas e

dramáticas. E principalmente desafia a todas as disciplinas (serviço social, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, medicina...) a estabelecer ações articuladas.

Encontramos estudos (Campos, 1999; Furtado & Miranda, 2006; Miranda & Onocko Campos, 2008; Onocko Campos et al., 2009) que relacionam o profissional de referência dos CAPS a uma nova configuração de trabalho na saúde mental gerando novas responsabilizações aos trabalhadores. Para além do acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, o profissional de referência está na mediação entre a equipe do CAPS com a família e a sociedade, bem como na articulação com outras políticas públicas.

Em pesquisa sobre as responsabilidades que podem gerar sofrimento aos trabalhadores que são profissionais de referência de CAPS, Silva & Costa (2010) assinalam a centralidade da “tomada de decisões” por este profissional:

Os participantes relataram que, quando referentes, se sentem responsáveis pelos usuários que estão sob seus cuidados. Essa maior responsabilidade deve-se ao fato de que o profissional se vê diante da centralização do poder pela tomada de decisões, pois o acompanhamento do projeto terapêutico e dos objetivos traçados fazem parte de suas tarefas. Os relatos demonstram que essas experiências colocam o profissional diante de seus conflitos e inseguranças. (SILVA; COSTA, 2010, p. 639)

As autoras relatam nesse estudo que os trabalhadores muitas vezes se sentiram impotentes na mediação do sofrimento psíquico do usuário, frente às precárias condições materiais para desenvolverem seus trabalhos e os limites impostos pela estrutura da sociedade, onde as políticas públicas não são suficientes para suprir as necessidades dos sujeitos. Todavia, como caminho, o estudo nos indica o compartilhamento entre a equipe:

As questões relacionadas à sobrecarga na atuação do papel de referente são minimizadas quando ocorrem as reuniões técnicas ou reuniões da miniequipe, na qual há possibilidade de trocas e compartilhamento das decisões e encaminhamentos do trabalho. Essas reuniões fazem parte da divisão de tarefas e são consideradas imprescindíveis para o exercício da interdisciplinaridade. Porém, alguns profissionais afirmaram que essas reuniões são difíceis de acontecer no sentido da proposta interdisciplinar, havendo um emaranhamento em tarefas meramente técnicas e burocráticas. (SILVA; COSTA, 2010, p. 643)

No CAPS Davi, conforme indicação de nossa entrevistada, ela não esteve sozinha em nenhum momento em que nos relatou sobre seu trabalho enquanto técnica de referência. Pelo contrário, nos disse de um compartilhamento que está estruturalmente organizado ao longo do dia, com passagens de plantões sistematizadas e consequentes discussões dos casos e planejamentos de intervenções.

Creditamos a essa sistemática de trabalho o fato da experiência de profissional de referência no CAPS Davi não ser algo que extenua o trabalhador por ser uma tarefa compartilhada, especialmente nos momentos de crises dos usuários.

No caso em que a assistente social assume o papel de profissional de referência, percebemos que nossa entrevistada procurou estabelecer novos caminhos para o serviço social.

*Eu peguei a referência dele por ser assistente social. Ele não era de nenhuma região, aí era um caso que tinha muitas demandas, mais sociais do que outros, então quando ele veio a gente discutiu em equipe e aí a gente achou mais interessante que eu ficasse, enquanto assistente social, com o caso dele. Então foi uma escolha do núcleo de pegá-lo como referência. [...] a gente priorizava que eu ficasse com os casos que tinham mais questões sociais, questões com a família, do que uma questão da saúde mental mesmo, do adoecimento. (ROBERTA)*

Contudo, constatamos que essa sistemática de trabalho não é institucionalizada, pois na nova equipe de que a assistente social faz parte, a definição do profissional de referência é feita de forma aleatória.

Certamente, a experiência anterior é uma estratégia possível de enfrentamento da descaracterização dos profissionais, constituindo uma forma de ampliar as possibilidades de atuação para o serviço social na perspectiva do projeto ético-político.

O trabalho profissional, na perspectiva do projeto ético-político, exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais. (RAICHELIS, 2011, p.427)



Essa negociação inclui o diálogo entre os profissionais da equipe, no sentido de reafirmar a organização de trabalho através dos profissionais de referência, mas no intuito de pactuar procedimentos que favoreçam contribuição qualificada segundo as *expertises* de cada área.

No caso do serviço social, o reconhecimento de que este profissional tem mais competência profissional para atuar em determinados casos potencializa a sua contribuição para um trabalho que é coletivo. Não se trata de escolher o usuário, mas de discutir qual profissional tem mais potência para o cuidado, conforme as necessidades identificadas.

Na situação específica relatada pela assistente social, tratava-se de um usuário que sobreviveu por 28 anos em um manicômio, e a atuação se iniciou pela recuperação de sua identidade civil como cidadão, desencadeando-se a partir daí o trabalho social. Acompanhamos:

*Começamos o processo, fui com ele tirar o RG, CPF, fui com ele na junta militar [...] e aí a gente fez a solicitação do benefício, aí a gente fez uma aproximação com a família, ele tinha um irmão, que foi quem estava próximo da gente desde o começo, que ele veio, a gente conseguiu contato, e esse irmão era quem fazia visita anual pro [...], ele ia todo natal, ano novo fazer visita pro [...]. Esse irmão [...] disse “olha, eu posso vir pra trazer cigarro, pra pegar e trazer ele e tudo, mas eu não tenho como ficar com ele”. Aí a gente falou: tá, quem são os outros irmãos? Aí a gente achou uma outra irmã e começou uma aproximação com ela [...] e aí a gente conseguiu o benefício dele, conversamos com a irmã se seria possível ela cuidar e aí ela aceitou e aí em [...] ele passou a morar com a irmã. Aí até hoje ele mora com a irmã e ele vem pra hospitalidade dia e aí ele passa o dia todo, o nosso transporte passa para buscá-lo de manhã e leva ele à tarde [...]. (ROBERTA)*

Ter sido uma assistente social a conduzir esse atendimento que apresenta muitas complexidades, a nosso ver, viabilizou uma intervenção orientada pela perspectiva de totalidade e comprometida com o usuário como sujeito de direito, garantindo que o conjunto de relações e necessidades sociais pudesse ter sido objeto de atenção.

Partindo de seu processo de institucionalização e das violações a que esse usuário foi submetido em 28 anos de internação em uma instituição total, o trabalho realizado no CAPS devolveu sua identidade civil e sua vida familiar e comunitária, recompondo seus laços familiares, considerando responsabilidades e limites, pois

também seus familiares tinham que aprender a ter o irmão de volta em suas vidas, e para isso precisavam de acolhimento e apoio institucional.

Foram garantidos, assim, direitos de cidadania (documentos e benefícios) e o direito de convivência familiar. Além, é claro, dos seus direitos aos tratamentos clínicos e de usufruir de outras políticas públicas como a educação; hoje esse usuário também está matriculado no programa de alfabetização de jovens e adultos.

Contudo, vale ainda destacar mais um aspecto, que retrata a dimensão da complexidade do trabalho desse campo.

*Todas as saídas com ele, como ele ficou 28 anos fora, ele tem uma ânsia pelas coisas da vida, ele não tem limite, ele não entende a questão de dinheiro; quando ele foi internado ele tinha 16 anos, se ele vê uma mulher de 30 ele não faz nada, mas se ele vê uma garota de 16 ele quer se aproximar, quer abraçar, quer beijar, ele não entende o limite do corpo do outro e as pessoas também não conseguem dar limite, aí a gente foi pontuando pra ele que não podia né, que tinha que respeitar, foi conversando também com as pessoas na rua pra não deixar ele abraçar [...]. (ROBERTA)*

A citação retrata a multiplicidade de dimensões envolvidas na intervenção profissional. Foi preciso possibilitar conquistas de direitos fundamentais a esse usuário, sem perder de vista suas dificuldades. Considerar portanto, que o usuário teve seu desenvolvimento interrompido e foi levado a um encarceramento (sem ter cometido crime) e que para (re) conquistar sua vida e seus direitos de cidadania precisaria de muito apoio.

Assistimos esse caminho de direitos viabilizados pela assistente social nas duas vias, a do usuário, no reconhecimento de suas necessidades de atenção, e a da sociedade em geral. Acompanhar o usuário em todas as etapas desse processo foi possível através da compreensão da assistente social, norteada pela defesa de direitos que está em seu código de ética profissional e norteada também pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nossa entrevistada nos possibilitou ainda outro exemplo:

*A gente pegava alguns casos que tinham mais questões sociais e eu ficava como referência [...]. Tem outro caso muito bacana [...]. A psicóloga do centro de saúde ligou e disse “tenho um caso aqui que eu vejo que ele dá muito bem conta das coisas da vida, mas ele é*

*interditado e a [...] fica com todo o dinheiro dele, não dá nada pra ele, então será que eu posso mandar ele pra vocês e aí você acompanha o caso”, aí a gente inseriu ele aqui, eu sou referência [...], aí a gente optou por inseri-lo no serviço para conhecer mesmo o paciente, pra ver quais eram as questões dele e a gente viu que ele era uma pessoa que dá super conta da vida, ele tem esquizofrenia, mas tá super organizado, consegue cuidar bem de tudo e aí ele não tinha porque estar interditado, aí a gente foi, procurou o advogado e aí nosso médico fez um relatório [...] e aí a gente foi chamada na defensoria e o médico nosso e eu fomos pra depor lá e ele foi desinterditado [...]. Hoje ele mora com a filha mais velha [...] e tá super bem assim. Então é um caso que eu pude acompanhar e achei bem bacana [...]. (ROBERTA)*

Novamente a busca por direitos dos usuários, numa reparação histórica, uma vez que esse usuário havia sido interditado em um momento de internação psiquiátrica.

A possibilidade de garantia de direitos aparece certamente em todos os relatos como o mais emblemático ao serviço social do CAPS. E é nesse momento que mais a assistente social é demandada, seja pelos outros profissionais da equipe, seja por profissionais da rede de serviços (como o caso relatado), seja pelos próprios usuários.

A possibilidade de realização de um serviço social comprometido com seu projeto ético-político e que contribui na construção da Reforma Psiquiátrica passa, necessariamente, pela luta por direitos dos usuários da saúde mental.

É importante ressaltar que essa demanda não é exclusiva do serviço social porque ela é um objetivo também institucional; por isso, refletimos que a possibilidade do/a assistente social se sustentar nesse lugar está estritamente vinculada com os avanços das discussões também no CAPS em que trabalha.

Ou seja, CAPS abertos à comunidade, que respeitam e defendem direitos dos seus usuários e buscam ampliá-los, têm mais potência de ser um espaço sócio-ocupacional que também possibilite avanços afinados com os valores e princípios do projeto ético-político profissional do serviço social, mesmo no exercício da prática do profissional de referência.

Com os exemplos compartilhados da experiência de nossa entrevistada, constatamos que as intervenções refletem avanços para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e, neste caso, também consolidam a importância e necessidade do trabalho do/a assistente social dentro do CAPS.

Contudo, é importante lembrar que com a mudança de equipe, a assistente social perde a possibilidade de manter esse tipo de organização, sendo que atualmente a distribuição dos profissionais de referência não se baseia em nenhum critério definido, o que significa, certamente, uma perda de potência do trabalho coletivo. É um reforço da indiferenciação das especificidades de cada área profissional.

No serviço social, reafirmamos ao contrário, conforme Iamamoto, que:

[...] é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. (IAMAMOTO, 2012, p. 64)

Portanto, conforme a autora nos aponta, a equipe só pode criar uma identidade a partir das específicas das áreas de formação de cada membro dessa equipe. Não se prescinde, dessa forma, das especificidades de cada núcleo profissional.

Nesse sentido, ainda que compartilhando com outros profissionais o campo da saúde mental (CAPS) e, por vezes, as mesmas competências profissionais (como ser profissional de referência), o/a assistente social “dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações...” (IAMAMOTO, 2012, p. 64). O que ocorre com os demais profissionais da equipe, que também têm apropriações específicas das situações concretas a partir das referências teórico-metodológicas construídas pelas respectivas áreas disciplinares.

Assim, a realização do trabalho coletivo não supõe a “diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto” (IAMAMOTO, 2012, p. 64). E isto pode ser um entrave nos processos de trabalho do CAPS que deve ser problematizado pelas diferentes profissões.

O relato de nossa entrevistada evidenciou como a intervenção na perspectiva do núcleo profissional contribuiu para a transformação da realidade dos

usuários e, conseqüentemente, para a transformação do paradigma de cuidado em saúde mental, fortalecendo o processo de reforma psiquiátrica ainda em curso no país. Nessa perspectiva, foi possível avançar, o que ratifica os apontamentos de lamamoto (2012) de que a identidade de trabalhadores em uma nova organização de trabalho só é possível através do cultivo da identidade a partir dos seus núcleos profissionais.

Outra competência também compartilhada com os demais profissionais do CAPS é a de plantonista:

*Às 7h é uma passagem de plantão, às 13h tem outra passagem de plantão e às 19h. Então das 7:00h às 13:00h um TO, ou um psicólogo, ou um enfermeiro assume o plantão. O que é esse assumir o plantão? A gente fica responsável pelo cotidiano do serviço. Então, pra atender paciente que chega em crise, a gente faz a triagem, pra acompanhar o leito, vê quem são as pessoas no leito, faz atendimento às pessoas, faz atendimento familiar. Tem as referências (o profissional de referência), mas se a referência não tá naquele dia o plantonista fica o responsável. A gente sempre tenta fazer dupla de plantão que pode ser ou dois funcionários de nível superior ou um nível superior e o técnico de enfermagem, depende do dia. Eu faço plantão de sexta-feira [...] então a gente faz a triagem do paciente, tem paciente nosso que tá em crise, chegou em crise no Ouro Verde, no Pronto Socorro do Ouro Verde, então eles ligam e falam: “olha tem paciente assim, assado é de vocês?”. Então a gente recebe, a gente articula com a rede, a gente cuida do cotidiano, então assim, tá servindo o almoço, todo mundo ajuda a servir, o almoço chegou, o almoço não chegou, a gente atende todas as intercorrências do período, essa que é a responsabilidade do plantão. (ROBERTA)*

Tivemos a experiência de acompanhar um plantão da assistente social e fizemos a seguinte anotação no diário do campo:

Neste dia de plantão, a assistente social ficou responsável por toda a demanda do serviço, seja dos processos burocráticos, como resolver uma questão de transporte das roupas de cama para os leitos e deliberar situações com os outros funcionários, seja como decidir se a funcionária podia sair alguns minutos mais cedo do seu horário, quanto o acolhimento a situações de crise com atendimento a usuários e familiares<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Diário de campo.

É certo que observamos nesse dia uma experiência diferente de organização do trabalho. Surpreendeu-nos as tarefas burocráticas assumidas pela assistente social, em um primeiro momento como um excesso de responsabilidade da profissional, em outro momento também por significar uma possibilidade mais democrática de gestão.

Notamos, nesse dia de plantão, que a demanda para a assistente social é o acolhimento a todas as situações que ocorrem no seu período de plantão, tornando-a, assim, uma técnica polivalente. Sinalizamos que entre suas atribuições de plantonista naquele dia estava a orientação a uma usuária sobre cuidados clínicos que estavam disponibilizados a ela no Centro de Saúde, contudo, a assistente social também usou aquele momento de atendimento para realizar orientações previdenciárias de interesse da usuária.

Identificamos tal atendimento como uma estratégia de nossa entrevistada para compor um plantão, com atribuições genéricas, mas com uma autonomia relativa para exercício de sua profissão. Ou seja, a assistente social ultrapassou seus limites de plantonista e não ficou apenas nas orientações preestabelecidas que a ela foram recomendadas.

Ratificando o que apontamos anteriormente, ainda que se possa desejar um campo de atuação homogêneo, na prática, não é assim que ocorre. Os profissionais, temos aqui o exemplo do serviço social, utilizam de seus núcleos para intervenção no campo.

Não há uma definição exata sobre as competências e atribuições profissionais a partir dos conceitos de campo e núcleo, porque na prática, o que constatamos é que eles se misturam.

No entanto, outras ações específicas de responsabilidade do Serviço Social foram indicadas pela entrevistada, por meio da apresentação que nos disponibilizou, que transcrevemos na íntegra:

Enfim, o trabalho específico do Assistente Social no CAPS<sup>39</sup>:

---

<sup>39</sup> Palestra proferida por nossa entrevistada, em maio de 2015, para o Curso de Serviço Social a distância da Faculdade Anhanguera de Campinas. A palestra ocorreu em comemoração ao Dia do Assistente Social, com o tema: “A atuação do Serviço Social na Saúde Mental”.

- Atendimento individual do usuário para orientação dos seus direitos. A grande demanda é sobre a previdência social, o direito ao Auxílio Doença ou ao Benefício de Prestação Continuada;
- Visita Domiciliar; Atendimento do núcleo familiar; Elaboração de relatórios social;
- Articulação com as demais políticas públicas para a garantia do direito:
- Assistência Social, através dos CRAS, CREAS, DAS, reuniões intersetoriais, reuniões com a rede de serviço para discussão de casos, encaminhamento de paciente para inserção em outros serviços;
- .- Habitação, através do COHAB;
- Educação, retorno dos pacientes aos estudos através do supletivo ou FUMEC, como também inserção de filhos de pacientes na creche;
- Articulação com a Defensoria Pública, Ministério Público, Vara da Infância e Juventude.

Nessa apresentação, a entrevistada identifica como específicas do serviço social no CAPS as atribuições privativas, segundo a regulamentação profissional, realizadas a partir dos fundamentos teórico-metodológicos do serviço social.

Por ser a única assistente social do CAPS, Roberta é acionada por qualquer profissional ou por qualquer usuário que necessite da intervenção específica do serviço social, mesmo que o usuário não seja sua referência. Nesse sentido, podemos constatar que há mais demandas para a profissional do que ela pode realizar, o que justifica a necessidade de ampliar o número de assistentes sociais no CAPS.

Todavia, a crítica de nossa entrevistada relaciona-se ao pouco tempo da jornada de trabalho dedicado às suas atividades específicas:

*O que eu vejo de dificuldade para o serviço social em si é que das minhas 30 horas, 6 horas eu ocupo no plantão, 6 horas eu ocupo em reunião de equipe, então são 12 horas, sobram aí 18 horas pra eu fazer o meu trabalho. Dentro das 18 horas, eu tenho os meus pacientes, que eu tenho que acompanhar e tenho aí toda a demanda do cotidiano [...]. (ROBERTA)*

A partir deste estudo de caso, consideramos que a forma de organização do serviço com base no profissional de referência é uma estratégia nova e promissora para a viabilização de relações horizontais e comprometidas, que geram vínculos e

corresponsabilidades no atendimento em saúde mental. Entretanto, os usuários que frequentam os CAPS, muitas vezes, precisam de intervenções específicas das áreas profissionais, pois não se prescindiu do atendimento social, do atendimento psicológico, do atendimento de enfermagem, entre outros.

A novidade é que todos esses atendimentos estão articulados, conforme Projeto Terapêutico Singular pactuado entre os profissionais e os usuários.

Portanto, os profissionais têm sempre esta dupla função entre o “campo e o núcleo”: atender o usuário enquanto profissional de referência e atender às demandas geradas a partir de suas especificidades profissionais. No entanto, constatamos que no cotidiano do trabalho há pouco tempo para as atuações a partir do núcleo profissional.

Novas inserções profissionais são planejadas, mas não conseguem se viabilizar, como relata nossa entrevistada:

*[...] tem um grupo de família que acontece de segunda-feira que é uma psicóloga que faz, eu tinha pensando em estar em algum grupo assim, mas o cotidiano tá... tenho muita, muita demanda, eu não estou conseguindo mesmo fazer. Está tendo muita coisa. (ROBERTA)*

E as consequências da falta de tempo dos profissionais afetam diretamente os usuários do serviço:

*[...] uma coisa que eu tenho vontade, mas que eu não consegui fazer ainda, é ver a situação de cada paciente, a questão de benefício assim como eles estão, porque é um paciente que talvez tenha direito... (ROBERTA)*

Com o tempo cada vez mais escasso e pouco valorizado, a assistente social procura fazer algumas combinações com sua equipe para viabilizar seu trabalho.

*[...] a grande demanda aqui, infelizmente, o serviço social ele ficou muito visto e focado na questão de benefício, muito... Ah! o assistente social é pra agendar INSS, acompanhar INSS, as questões de benefícios. E aí, o meu combinado agora, que estou tentando refazer, é assim: eu faço um atendimento com o usuário, porque muitas vezes o profissional (outro profissional do CAPS) acaba confundindo quem é o paciente que precisa de auxílio doença, o paciente que tem direito ao BPC, às vezes liga e marca errado, então já aconteceu do próprio profissional de referência*



*agendar, o paciente vai se deslocar, chega lá agendou errado, então o que eu tenho tentado combinar é que eu faço o primeiro atendimento, a primeira orientação, de qual é o seu direito, de qual o benefício que ele teria acesso e aí o profissional de referência faz o burocrático, de ligar e agendar, fazer o agendamento em si e acompanhar. Só que também acontece muitas vezes, por conta da organização do cotidiano, de atestado, de uma desorganização, às vezes né, de não ter algum profissional para acompanhar e eu acabo acompanhando. Na semana passada eu fui com uma paciente, que não era minha, até o INSS porque ela teria uma perícia. (ROBERTA)*

A tentativa da assistente social foi propor uma lógica de organização do seu trabalho que pudesse responder de modo mais adequado às demandas dos usuários que precisam de orientações e acompanhamentos previdenciários, desburocratizando os encaminhamentos e priorizando o acesso a direitos.

Destacamos ainda, que os desafios identificados pela assistente social Roberta faz menção ao “modo de fazer” do serviço social no CAPS. Entendemos assim, que as identificações são relacionadas com a dimensão técnico-operativa da instrumentalidade do serviço social, não buscando, como nos ensina Guerra:

*[...] uma abordagem ontológica que considere desde a inserção da profissão na divisão social e técnica do trabalho, sua peculiaridade operatória, sua inserção na esfera da prestação de serviços sociais, sua demanda por respostas concretas que modifiquem o contexto do usuário destes serviços, ainda que paliativas, pontuais, focalizadas; [...] (GUERRA, 2014, p. 35)*

A autora nos apoia assim na compreensão que a instrumentalidade possui bases ontológicas e que é preciso fazer o exercício para não cair na “racionalidade empobrecedora” (GUERRA, 2014, p. 31) das respostas indiferenciadas.

Refletimos assim, que os desafios ao serviço social estão para além dos que se apresentam no cotidiano da prática profissional. Estão nas estruturas de organização da sociedade, na condição do trabalho/trabalhador/a assalariado/a e em nosso caso, também se reflete, nas relações de sustentação do SUS e da Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira. Precisamos portanto, avançar. É o que propomos a seguir.

### 3.4. Os direitos dos usuários – pauta a ser enfrentada pelo CAPS

Os direitos são forjados a partir do movimento da História e correspondem a “um homem concreto e às suas necessidades, delimitado pelas condições sociais, econômicas e culturais de determinada sociedade...” (ROJAS COUTO, 2010 p. 34). Emergem a partir das lutas que os homens travam para sua transformação e estão sempre inseridos em um contexto da sociedade em seu período histórico.

A partir da ideia de geração de direitos desenvolvida por Norberto Bobbio, Rojas Couto nos apoia para a compreensão histórica da emergência dos direitos. Segundo a autora, há os direitos de primeira geração (conquistas dos séculos XVIII e XIX) que remetem aos direitos civis e políticos, exercidos pelos homens de forma individual sem o intermédio do Estado “... pois é o homem, fundado na ideia da liberdade, que deve ser o titular dos direitos civis, exercendo-os contra o poder do Estado, ou, no caso dos direitos políticos, exercê-los na esfera de intervenção no Estado” (ROJAS COUTO, 2010, p. 35).

Engendrados a partir do século XIX e constituindo-se no século XX, os direitos de segunda geração são os direitos sociais. Com a ideia da “igualdade” para enfrentar as “desigualdades sociais”, a autora nos revela que esses direitos estão no âmbito do Estado e “são exercidos pelos homens por meio de intervenção do Estado, que é quem deve provê-los” (ROJAS COUTO, 2010, p. 35).

A autora localiza ainda os direitos de terceira geração (século XX) que são “enunciados como direito ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente e à autodeterminação dos povos, são fundados na ideia da solidariedade” (ROJAS COUTO, 2010, p. 35).

Assim, temos os direitos inscritos na sociedade, forjados a partir de contextos históricos diferentes, mas que refletem os movimentos de lutas do homem. Valores de liberdade, igualdade e solidariedade norteiam este campo.

A incorporação dos direitos é sempre heterogênea entre os povos, sendo marcada por fortes contradições. Temos as lutas de muitos segmentos (mulheres, crianças, minorias étnicas e religiosas...) para ampliação do seu acesso aos direitos; temos a luta da classe trabalhadora, que constantemente tensiona para ter suas reivindicações atendidas, sem perder de vista que os direitos sociais são “enunciadores da relação entre Estado e sociedade vinculada a um projeto de

Estado social, constituindo-se um novo patamar de compreensão dos enfrentamentos da questão social [...]” (ROJAS COUTO, 2010, p. 33).

Para o nosso campo de lutas (reformas sanitária e psiquiátrica) temos como pauta permanente a ampliação simultânea dos direitos de primeira, segunda e terceira gerações, considerando que aos usuários da saúde mental foi sonogado o próprio “direito a ter direitos”.

Nos serviços de saúde mental essa pauta se apresenta como obrigatória a partir do reconhecimento de que o acesso a direitos foi historicamente negado. Como segmento mais vulnerabilizado da classe trabalhadora, trata-se de uma população historicamente confinada em Instituições Totais, cerceada do direito à liberdade, exposta a grande sofrimento físico, mental e a todas as formas de exploração e abusos.

Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade. O abuso físico, sexual e psicológico é uma experiência cotidiana para muitos com transtornos mentais. Além disso, eles enfrentam uma recusa injusta de oportunidades de emprego e discriminação no acesso aos serviços, seguro-saúde e políticas habitacionais. (OMS, 2005, p. 2)

Todavia, temos avançado nas conquistas dos direitos aos usuários dos serviços de saúde mental. No cenário internacional, a resolução da ONU 46/119<sup>40</sup>, de 17 de dezembro de 1991, dispõe sobre a proteção de pessoas com problemas mentais e melhoria da assistência à saúde mental. A resolução tem 25 princípios, da qual destacamos: liberdades fundamentais e direitos básicos, vida em comunidade, confidencialidade, consentimento para o tratamento, informação sobre os direitos e condições de vida em estabelecimentos de saúde mental.

---

<sup>40</sup> BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 152-156, abr., 1995. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101995000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2015.

E, no Brasil, destaca-se a Lei nº 10.216/2001, já citada anteriormente, que garantiu direito ao tratamento em saúde mental em comunidade e impôs restrições às internações asilares, entre outras conquistas.

Portanto, reconhecer esse lugar de luta por garantia de direitos aos usuários é papel dos serviços que surgiram a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e precisa ser viabilizada por seus trabalhadores, em especial o/a assistente social.

Consta no “Código de ética do/a assistente social” entre seus princípios fundamentais:

III Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras. (RESOLUÇÃO CFESS Nº 273, de 13 de março de 1993)

Na necessária articulação do princípio ético com a prática profissional, o Serviço Social foi estabelecendo instrumentais teóricos, metodológicos e operativos para intervenção na luta por ampliação de direitos dos usuários.

Quando reconhecemos que o serviço social tem por objeto intervenções sobre as manifestações da questão social, assinalamos que há uma dimensão coletiva da questão social que se manifesta na vida dos sujeitos. Essa compreensão permite avançar nas discussões que fragmentam a questão social, como a “armadilha”, conforme nos explana Iamamoto (2012), de atribuir aos indivíduos a responsabilidade por suas carências, sem estabelecer a conexão com a sociedade de classes responsável pela “produção das desigualdades sociais”.

Assim, como assistentes sociais, com base em diretrizes éticas e metodológicas que nos apontam para intervenção na vida dos sujeitos numa perspectiva de totalidade, temos a possibilidade de construir um caminho de acesso a direitos e lutas para ampliação de cidadania dos sujeitos que atendemos, a grande demanda de intervenção do serviço social neste campo.

No processo de investigação, constatamos em três momentos distintos os usuários do CAPS procurando pela assistente social para orientações previdenciárias, revelando-se assim uma real necessidade a ser equacionada.

Machado (2007), em sua pesquisa, também relata como atribuição de assistentes sociais nos CAPS as orientações previdenciárias, consideradas, porém, pelas assistentes sociais entrevistadas como “burocrática e rotineira” (p.125).

Preocupa-nos esse posicionamento de assistentes sociais, uma vez que entendemos que os benefícios previdenciários e assistenciais são direitos a serem garantidos a quem deles necessitar, conforme a Constituição Federal, mais ainda quando se trata de reparar danos e violações no campo da saúde mental.

E, em nossa pesquisa, também foi relatado pela entrevistada a dificuldade de realizar tais atendimentos em função da burocracia envolvida, o que no seu caso foi solucionado com o apoio da equipe de trabalho.

Consideramos que uma vez que essa demanda é apresentada para o serviço social temos que ter estratégias para respondê-las, sem negá-las e tão pouco diminuir a sua importância.

No cotidiano do trabalho profissional é preciso criar condições para a ampliação das discussões dos direitos previdenciários e sociais, pauta que a Organização Mundial de Saúde reconhece como relevante para o avanço do cuidado em saúde mental, tendo em vista as situações de vulnerabilidade desta população.

Levantar a bandeira dos direitos humanos no CAPS tem assim a potência de transitar entre o passado – desinstitucionalização dos usuários que ainda estão asilados e denúncias dos violadores manicomiais - e a possibilidade de garantias de novos direitos aos usuários nos territórios -, como a promoção da educação, da cultura, da habitação, do acesso ao trabalho e da mobilidade urbana.

### **3.5. A direção da mudança – desafios e perspectivas para a saúde mental no CAPS**

O SUS perdeu o espírito da reforma sanitária, como projeto civilizatório, e virou mais um sistema de saúde. E o mesmo aconteceu na reforma psiquiátrica: queríamos transformar a vida, a relação da sociedade com o comportamento do outro, e ficamos restritos a transformar os serviços. Houve redefinição do usuário, tido não mais apenas como paciente, mas que não chegou a ser o ator social que queríamos ter - é ator coadjuvante das políticas. Vai nos congressos, nos conselhos, mas não tem força. (PAULO AMARANTE)<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Amarante: 'É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação' Entrevista ao Portal Fiocruz. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/entrevista-e-culturalmente-que-pessoas-demandam-manicomio-exclusao-limitacao-do-outro>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

Na entrevista de dezembro de 2014 ao Portal da Fiocruz, Paulo Amarante destaca os descaminhos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. O autor afirma avanços, como a “redefinição do usuário”, mas lamenta os limites para a efetiva transformação da vida dos indivíduos. O usuário não se transformou em protagonista, assim como as transformações da sociedade se restringiram, quando muito, aos serviços.

A articulação entre ambos os movimentos é necessária, pois remete à luta pela responsabilização do Estado pela saúde e aos desafios para a sustentação do SUS.

Bravo (2013) nos indica o caminho, referindo que, a partir dos anos 2000, “se identifica a formulação de outro projeto para a saúde, que é o da Reforma Sanitária flexibilizada. Consiste em defender a Política de Saúde possível, face a conjuntura” (BRAVO, 2013, p.178), e termina assegurando que:

A grande bandeira do movimento, nos anos 1980, era a perspectiva de Reforma relacionada à mudança de projeto societário, ou seja, tendo como horizonte a transição para o socialismo. Esta questão aparece, na atualidade, de forma muito tênue. Não se percebe a busca de articulação com outros movimentos sociais, como ocorreu nos anos oitenta. (BRAVO, 2013, p.178)

Portanto, os movimentos de hoje, como nos mostra a autora, estão tensionando para dentro das possibilidades no sistema capitalista, o que, já sabemos, é um campo bastante limitado para ampliação de direitos de trabalhadores.

No processo de avanço da Reforma Psiquiátrica temos o mesmo panorama. O enfraquecimento do SUS, retrocessos na luta por uma sociedade sem manicômios, com novas reconfigurações de internações.

Em nosso campo de pesquisa, entretanto, observamos a adoção de estratégias que reafirmam o direito das pessoas a viver em liberdade, respeitando para isso suas condições de vida. No caso da residência terapêutica, destacamos que, embora seja uma importante alternativa para a extinção das Instituições Totais da Saúde Mental, este recurso é bastante escasso no Brasil.

A Residência Terapêutica que tivemos a oportunidade de conhecer está sob a responsabilidade dos trabalhadores do CAPS Davi e se encontra na abrangência territorial daquele serviço.

Trata-se de uma residência tipo 1<sup>42</sup>, com seis moradores. A casa fica bem próxima do CAPS (aproximadamente 500 mts), em uma avenida lateral.

A residência é composta por duas casas, uma na frente, um pouco maior, com dois quartos, sala, banheiro e cozinha, na qual moram quatro homens; e outra menor, mas tão adequada quanto a primeira, que conta com cozinha, banheiro e dois quartos, onde residem duas mulheres.

A residência conta com o apoio de uma profissional da limpeza e com os atendimentos dos profissionais do CAPS.

Participamos, a convite da assistente social, de uma reunião entre os moradores e os profissionais do CAPS. Pedimos autorização dos usuários e demais profissionais para acompanhar a reunião, o que foi bem aceito por todos. As pautas e deliberações da reunião foram:

- Comemoração do aniversário de um morador – organização de um churrasco comunitário;
- Aumento do rateio para compra da alimentação – os utensílios e alimentação são de responsabilidade dos moradores, assim, eles utilizam de seus benefícios ou auxílios previdenciários para custeio;
- Compra de sofá novo para a casa dos homens – eles pesquisaram o preço para posterior rateio;
- Dificuldades de convivência entre os moradores.

Notamos que, apesar de todas as pautas terem sido mediadas pelos profissionais, havia um espaço bastante aberto para os usuários, no

---

<sup>42</sup> Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações. Conforme o Ministério da Saúde (2004), em “Residências Terapêuticas o que são, para que servem” o Serviço Residencial Terapêutico (SRT – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Há duas tipificações I – voltado àqueles usuários com mais autonomia, não necessita de profissionais 24 horas. O tipo II atende pessoas que necessitam de mais auxílio, tendo, portanto, equipe de profissionais 24 horas.

reconhecimento de que aquela realmente era a casa deles; portanto, os assuntos tratados lhes diziam respeito.

Essa possibilidade de construção, uma vez que as Residências Terapêuticas são preferencialmente para aqueles que passaram por anos de institucionalização e que tiveram rompidos ou fragilizados seus vínculos familiares, nos remeteu para a concretude da mudança do modelo manicomial.

Assistir aos usuários discutindo abertamente suas problemáticas do cotidiano com os profissionais que são seus cuidadores e mediadores dessas discussões só foi possível porque foi forjada historicamente por aqueles que na metade do século passado levantaram o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Contudo, temos ainda poucas residências terapêuticas no Brasil. Conforme dados do Ministério da Saúde,<sup>43</sup> até julho de 2012, havia 625 Residências terapêuticas com 3.470 moradores. Em Jundiaí, ainda não há esse equipamento.

A existência de pessoas ainda internadas em caráter asilar é bastante grave e evidencia que ainda temos muito a conquistar para a universalização desse direito, pois os CAPS e as Residências Terapêuticas, de fato, ainda não atingiram a todos que precisam. Convivemos ainda com as violações de direitos denunciadas na década de 1970 pelos militantes da Reforma Psiquiátrica. Como exemplo, transcrevemos relato da assistente social do CAPS Davi sobre um usuário que iniciou atendimento no serviço após anos de institucionalização:

*É muito ruim essa coisa do hospital, lá eles eram muito severos, tinha o castigo físico, porque quando a gente foi visitá-lo pela primeira vez, eu não fui, mas foi minha coordenadora, ele estava todo machucado e aí perguntaram o que que era, “ah foi que ele caiu, teve convulsão e bateu”, e quando a enfermeira veio para apresentar o caso ela disse “olha ele vai convulsionar tá, e quando ele convulsionar você põe o pé pra segurar a cabeça dele e espera passar”. Então o cuidado que eles tinham era segurar a cabeça dele com o pé quando ele convulsionava, então você imagina que ele não era nada bem tratado lá. (ROBERTA)*

---

<sup>43</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados**, v. 7, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.



Esse depoimento apenas ratifica o quanto é urgente continuar com os processos de desinstitucionalização e retirar ainda em vida os que estão sob esta custódia.

Nesse contexto de desafios, apontamos outra importante estratégia do CAPS para viabilização de seu projeto de cidadania: as assembleias.

As assembleias são uma importante estratégia que surge com a potência de ser espaço horizontal entre profissionais, usuários, familiares e comunidade, conforme Documento do Ministério da Saúde “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”:

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. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. (BRASIL, 2004, p.17)

As assembleias são realizadas na grande maioria dos CAPS para o fortalecimento da participação e controle social dos usuários e compartilhamento do cotidiano do CAPS. Entretanto, conforme nos sinaliza nossa entrevistada, este espaço pode sofrer com certo esvaziamento político:

*Acho que é um espaço bem bacana que os usuários às vezes usam bem, às vezes usam mal, muitas vezes fica um espaço de organização de festa, então organiza a feijoada, organiza pescaria, praia, mas em outros momentos eles conseguem trazer assim como está, falta de médico, alimentação que não está do jeito que eles gostariam, então eu acho que às vezes falta um pouquinho de... não sei se é do empoderamento deles, de que eles podem reclamar neste espaço, eles podem se colocar diante do atendimento deles assim. (ROBERTA)*

Com a possibilidade de exercício de direito e de controle social algumas discussões são possíveis, como questionamento sobre falta de profissionais. Observamos que a atividade política desses usuários, assim como da população em geral, não está dada *a priori*, é algo que deve ser investido e propiciado pelos

serviços de saúde através de seus trabalhadores e que pode sustentar novos protagonismos.

No entanto, esses trabalhadores só estimularão essa reflexão se eles próprios a realizarem. E este é um grande desafio para o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: possibilitar que a atenção qualificada e necessária chegue até os usuários, e que através delas estes possam se tornar sujeitos ativos na construção dessa política, em aliança com os trabalhadores da saúde mental. Para isso, esses/as trabalhadores/as também precisam conquistar condições para exercer seu trabalho com estabilidade no emprego, salário justo, diminuição da carga horária e aumento de sua autonomia profissional, entre outras bandeiras que os aproximam das lutas da classe trabalhadora em geral.

Nesta análise, o/a assistente social como membro do trabalhador coletivo, sofre os mesmos constrangimentos do conjunto da classe trabalhadora. Por isso, um dos requisitos para a atuação comprometida do Serviço Social na saúde é “estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS” (BRAVO, 2013 p.179) e, complementamos, pela real efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se nesta dissertação analisar a prática profissional do/a assistente social no CAPS. Retomando algumas premissas que nos apoiaram neste percurso, pretendemos, neste momento, problematizá-las articulando-as com as reflexões encontradas nos “achados” da pesquisa.

Encontramos no percurso dos movimentos de luta pela saúde, Reforma Sanitária e Psiquiátrica o caminho para a construção deste estudo. Buscamos a necessária articulação entre os movimentos com a constituição dos CAPS no Brasil e a consequente inserção dos/as assistentes sociais neste equipamento.

Problematizamos o contexto de reestruturação produtiva do trabalho e dos movimentos sociais que no Brasil forjaram a luta pelo Direito à Saúde Pública e à Reforma Psiquiátrica. No mesmo panorama de efervescência política, emerge a movimentação de assistentes sociais para a reconceituação do serviço social, reconsiderando seu objeto de intervenção, a questão social, pautando sua luta nos interesses da classe trabalhadora.

Neste contexto, entrelaçamos na análise as conquistas democráticas - fim da Ditadura e Constituição de 1988 - à constituição do SUS, como sistema de saúde de direito de todos e dever do Estado, e da garantia de dignidade e acesso a serviços comunitários em saúde mental que contrariasse a lógica manicomial de privação de liberdade.

Avançamos para a constituição dos CAPS e percorremos o caminho de reconhecimento da historicidade desse processo de construção de garantia de direitos em saúde em suas múltiplas complexidades aos usuários, que demandam uma política pública de saúde mental, hoje consolidando a RAPS.

O Serviço social também caminha em seu processo de constituição de um projeto profissional contra-hegemônico em nossa sociedade, reafirmando valores de solidariedade e posicionamento intransigente na defesa dos direitos humanos.

Os caminhos são entrelaçados e buscamos pela constituição, no presente, do exercício profissional do/a assistente social no CAPS. Não esquecendo, contudo, que ambos os projetos (de Reforma da Saúde e Psiquiátrico e do Serviço social) sofrem profundos tensionamentos para sustentação das bases ético-políticas e teórico-operativas que os fundamentam.

Nessas considerações finais, podemos, portanto, apontar que encontramos em nosso campo de estudo uma inserção contundente do serviço social com a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira comprometida com os valores e princípios que a inspiraram, ao mesmo tempo em que nos possibilitou refletir sobre as “crises e dilemas” que dificultam maiores avanços.

Nossa pesquisa de campo nos revelou a inserção ainda reduzida de assistentes sociais nos CAPS, lembrando que elegemos a cidade de Campinas pelo histórico de avanços na constituição da Reforma Psiquiátrica, sendo a inserção de assistentes sociais nas equipes de trabalho nos CAPS da cidade pouco comum, destacando-se o CAPS Davi como serviço em que há a presença deste profissional.

Não ficaram explicitados os motivos deste esvaziamento. Contudo, em nossa pesquisa bibliográfica, encontramos autores que analisam sob diferentes óticas uma “crise” do serviço social na área. Em nossa pesquisa empírica identificamos que esta crise se expressa pela pouca ocupação deste espaço socio-ocupacional pelo serviço social. .

Temos a vivência do CAPS Davi, que supera o quantitativo mínimo de composição de equipe segundo normativas ministeriais, mas que mantém em seu quadro um único profissional de serviço social, ratificando nossa vivência nos CAPS da cidade de Jundiaí, onde há apenas um/a profissional em cada serviço, em que

pese a presença persistente de demandas sociais e requisições profissionais dirigidas a assistentes sociais na área de saúde mental, notadamente nos CAPS.

Outra expressão dessa “crise” é a ainda pouco expressiva produção bibliográfica do serviço social no campo da saúde mental, o que empobrece o debate teórico no interior da categoria, pouco contribuindo para a sistematização dos avanços e desafios do processo de Reforma Psiquiátrica em nosso país. Expressão emblemática que atribuímos ao enfraquecimento da constituição do lugar da categoria profissional nos CAPS.

Ainda sobre a análise da suposta “crise” do serviço social na saúde mental, em nossa pesquisa bibliográfica remetemos a uma “crise de identidade”, seja em função dos traços pós-modernos da Reforma Psiquiátrica (Rodrigues, 2002), por uma indefinição da atuação do serviço social no campo, ficando submetido aos profissionais do campo “psi” (BISNETO, 2005), ou ainda pelas dificuldades de problematização do tema da subjetividade nas práticas dos/as assistentes sociais (VASCONCELOS, 2000), com base na teoria social crítica.

Em nossa pesquisa de campo foi evidenciado que a chamada “crise” está relacionada também com as condições de trabalho do/a assistente social (terceirizações no serviço público de saúde, precarização e intensificação do trabalho), com as tentativas de dissoluções dos saberes específicos e com as (im)possibilidades de ampliação de autonomia relativa dos/as profissionais em constante tensionamento. Questões que, a nosso ver, remetem à sustentação do modelo CAPS nas bandeiras de luta históricas dos movimentos que forjaram o equipamento de saúde, sempre tensionado, refletindo as contradições e nem sempre expressando em seu cotidiano a concretização das diretrizes almejadas.

Nossa entrevistada nos possibilitou analisar estratégias de atuação de trabalho em equipe, quando buscamos valorizar as especificidades da profissão, potencializando assim o trabalho coletivo. No estágio alcançado pela nossa reflexão a partir do estudo de caso realizado, não confirmamos nossa hipótese de trabalho de que “o/a assistente social transformou-se em um técnico polivalente, sendo pouco valorizada sua contribuição específica nos CAPS”.

No entanto, no movimento contraditório próprio da sociedade capitalista, ao mesmo tempo em que observamos os avanços analisamos também os retrocessos.

Constatamos as perdas a que, na condição de trabalhadora assalariada, nossa entrevistada foi submetida.

Contudo, destacamos que, os questionamentos de nossa entrevistada sobre a organização do trabalho, foram argumentações circunscritas ao campo da dimensão técnico-operativa, portanto revelando uma visão reducionista da dimensão da instrumentalidade, tal como proposta por Guerra (2014) e incorporada em nossa análise.

A assistente social refletiu sobre sua restrita autonomia relativa, sobre a intensificação de seu trabalho, que não permite mais tempo para dedicação a ações que ela identifica como importantes para o serviço social no CAPS, discutindo sobre “o modo de fazer”. A análise da “crise”, contudo, não ultrapassou, em nosso estudo de caso, a dimensão operativa.

Assim, concluímos que, na contramão do Processo de Reforma psiquiátrica, o CAPS *possível* tende a homogeneização de seus profissionais; entretanto, nos serviços mais identificados com as diretrizes da Reforma, como é o caso do CAPS Davi, é possível reconhecer objetivos institucionais que possibilitam aos profissionais maior trânsito nos seus núcleos ou especificidades.

No caso do serviço social, esta realidade se concretizou com a busca por ampliação de direitos dos usuários do CAPS Davi. Possibilidade de exercício do serviço social comprometido com o seu projeto ético-político profissional e com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Constatamos, dessa forma, um campo de muitas contradições. Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e Sanitária temos um panorama de lutas que visam impedir perdas de direitos conquistados, mas simultaneamente identificamos processos de privatização dos serviços do SUS em curso e retrocessos no “cuidado em liberdade” com novas atualizações manicomiais.

Dessa forma, acompanhando a tensão presente no campo da saúde mental, também o serviço social reflete suas contradições. Especialmente na expressão do chamado “serviço social clínico” que a nosso ver remete a retrocessos conservadores no interior da categoria.

Tratando-se de perspectivas faz-se necessário problematizar que a Política Pública de Saúde Mental tem avançado na conquista de novos espaços de atendimento para os sujeitos, garantidos pela constituição da RAPS (3.088/2011).

Marca destes novos espaços é a garantia de atendimentos em Prontos Socorros e nas Unidades Básicas de Saúde, conforme os níveis de complexidade. Assim estes serviços são reconhecidos também como espaços de cuidado em saúde mental. Destacamos ainda a constituição dos Centros de Convivência em Saúde Mental, que ampliam o escopo de ações em saúde para a promoção de trabalho e renda.

Assim, quem sabe em um futuro próximo, possamos avançar para a construção de uma rede de atenção psicossocial que possa prescindir de equipamentos especializados, como por exemplo os CAPS. Na utopia de que, antes dessa conquista, devemos extinguir qualquer forma de “tratamento” manicomial, ainda utilizado no Brasil.

Entretanto, parte deste desafio é também seu começo, sua sustentação, que remete ao fortalecimento do SUS, que como vimos, sofre com intensos ataques e tendências de privatizações dos serviços, através especialmente das terceirizações.

Nosso campo de estudo, o CAPS gerenciado por terceirização do serviço público evidencia processos de precarização do trabalho. Condições de trabalho que em nosso estudo evidenciaram reduzida autonomia profissional da assistente social e, de um modo geral, da própria equipe de trabalho, como é o caso da organização da equipe no período noturno e dos questionamentos da equipe de enfermagem.

Quanto aos rebatimentos na atenção aos usuários, sugerimos pesquisas que possam aprofundar a problematização de tal fenômeno. Nossa pesquisa indicou alguns avanços importantes, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica que possibilitaram ampliação da cidadania dos usuários. Por meio dos exemplos analisados foi possível reconhecer que usuários encontraram no CAPS Davi o apoio necessário para a efetivação de processos de desinstitucionalização e mesmo de revisão da interdição, facultando o retorno à vida civil.

Dessa forma na contramão dos serviços terceirizados da saúde pública encontramos em nosso campo de estudo um espaço de promoção da vida.

Contudo, entendemos que não encontramos maior precarização nos atendimentos aos usuários por mérito da história e da militância dos trabalhadores

e não por condições objetivas de trabalho. Estes trabalhadores, que tem seu trabalho precarizado, convivendo inclusive com a instabilidade de garantia de seus empregos, resistem e, principalmente, através da organização coletiva, fazem esforços para neutralizar efeitos mais deletérios da precarização em seus atendimentos. O que sabemos que, a longo prazo, é insustentável.

Finalmente, acreditamos que os nossos “achados” no processo de pesquisa foram possibilitados pela escolha da metodologia qualitativa com a estratégia de Estudo de Caso. Entendemos que o estudo em profundidade de um contexto de trabalho nos possibilitou subsidiar o entendimento de outros contextos, remetendo assim à possibilidade de generalizações que poderão ser realizadas pelo leitor.. Como nos indica ANDRÉ (2008), “com base nas descrições feitas pelo autor do estudo e na sua própria experiência, (o leitor) fará associações e relações com outros casos, generalizando seus conhecimentos”. (2008, p.63).

Assim, apresentamos nossa sistematização e convidamos o/a leitor/a para prosseguir nos movimentos de “generalizações” e continuidades de novos estudos e reflexões...



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **‘É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação’**. Entrevista ao Portal Fiocruz. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/entrevista-e-culturalmente-que-pessoas-demandam-manicomio-exclusao-limitacao-do-outro>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. New Subjects; New Rights: the debate about the psychiatric in Brazil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/sep, 1995.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazio Afonso de. **Estudo de Caso em pesquisa e avaliação educacional**. 3. ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2008.

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tania (Org.). **A Perda da Razão Social do Trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

ARANHA e SILVA, Ana Luísa. **A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária**. 2012. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no Maior Hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **REVISTA USP**, São Paulo, n.51, p. 138-145, set./nov., 2001.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena (Org.). **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BARROCO, Maria Lucia Silva. Direitos Humanos ou emancipação humana? **Revista Inscrita**, Brasília: CFESS, n. 14, 2014.

\_\_\_\_\_. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

\_\_\_\_\_. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. **Scritti II. (1968-1980)**: Dall'apertura del manicômio ala nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi; 1982.

BERTOLETE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 152-156, abr., 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101995000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BINESTO, José Augusto. “Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental”. **Serviço Social & Sociedade** - Trabalho e Saúde 82, São Paulo, p. 110-130, jul., 2005.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BORGES, Ângela. O emprego no Brasil urbano nos anos 2000: recuperação e reconfiguração. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 30, v.10, p.17-34, 2º semestre de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.088 de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 19 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Cuidar sim, excluir não.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioda3conferenciadesaude.mntal.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada 2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei 12.550/ 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 27 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2012.** Acrescenta dispositivo a lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm)>. Acesso em: 27 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 7.498 de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível

em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 27 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde, **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **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. Brasília, DF.

BRAVO, Maria Inês Souza. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. **CFESS-ABEPSS**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Unidade IV: O significado do trabalho do assistente social nos distintos espaços sócio-ocupacionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1. ed, São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAZ, Marcelo. Notas sobre o projeto ético-político. In: **Assistente Social: Ética e Direitos**. 3. ed.(rev e ampl). Rio de Janeiro: CRESS, 1996.

CAMPINAS. **Jornal Correio Popular de 05/10/2014**. “População diz sim para os novos distritos”. Disponível em: <[http://correio.rac.com.br/conteudo/2014/10/capa/campinas\\_e\\_rmc/212099-come-a-apura-o-que-define-cria-o-de-distritos.html](http://correio.rac.com.br/conteudo/2014/10/capa/campinas_e_rmc/212099-come-a-apura-o-que-define-cria-o-de-distritos.html)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CAMPOS, Gastão Vagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CAMPOS, Gastão Vagner de Sousa. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família**. Campinas, novembro/2002.

\_\_\_\_\_. **Reforma da Reforma**: Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

\_\_\_\_\_. "Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde". In: **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CFESS. **Manifesto do CFESS contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares** (Ebserh), de 10 de janeiro de 2014. Disponível em: <[www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br)>. Acesso em: 27 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. **Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Parecer jurídico n.º 11/ 09** Assunto: representação oferecida, perante o CFESS, por assistentes sociais, pleiteando a sustação definitiva do ato ou medida administrativa. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/PAR JUR CFESS 11 2009.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Parecer jurídico n.º 16/ 08** Assunto: práticas terapêuticas utilizadas no âmbito da atividade do serviço social/ serviço social clínico/ componentes jurídicos. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/parecerjuridico1608.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 569, de 25 de março de 2010**. Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS 569-2010.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas**. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/doc\\_CFESS\\_Terapias\\_e\\_SS\\_2010.pdf](http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2015.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

COREN-SP. **Parecer 028/2013**. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

CRESS 7ª Região/RJ. **Em Foco**: Atribuições privativas do Assistente Social e o "Serviço Social Clínico". CRESS/RJ e Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da UERJ. Rio de Janeiro, Maio/2004.

\_\_\_\_\_. **Em Foco**: O Serviço Social Clínico e o projeto ético-político do Serviço Social. CRESS/RJ e Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da UERJ. Rio de Janeiro, Maio/2003.

DRUCK, G. Principais indicadores da precarização social do trabalho no Brasil. Versão preliminar do texto apresentado no **IV Congresso Brasileiro de Sociologia**. Rio de Janeiro, 2009.

FONSECA, André Luiz de Castilho. **Para além da Reforma Psiquiátrica: uma invenção para o SUS – a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas**. Maio de 2015. Disponível em: <<http://candido.org.br/formacao/candido-escola/artigos/1102-para-alem-da-reforma-psiquiatrica-uma-invencao-para-o-sus-a-experiencia-do-servico-de-saude-dr-candido-ferreira-em-campinas>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZACAO DA SAÚDE. **Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública-estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direta do estado: Contra a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares nos hospitais universitários (hus) do Brasil, 2014**. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/manifesto-contra-ebserh-leia-informe-se.html>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. IX, n. 3, p. 508-524, set. 2006.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GONÇALVES, L. M. S. Rodrigues. **Saúde Mental e trabalho social**. São Paulo: Cortez, 1983.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na cena contemporânea. In CFESS e ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2010.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade: atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão**. 1. Ed. ampliada. Brasília, 2012.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, dec. 2006.

MACHADO, Graziela Schefer. **A singularidade e a Pluralidade do Serviço Social no Processo de trabalho em Saúde Mental**. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa Qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARX, Karl. **A ideologia alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas. São Paulo: Boitempo, 2007. (Coleção Marx e Engels)

\_\_\_\_\_. **O capital**: crítica da economia política, v. I. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os economistas).

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **“Saúde Mental em dados 11”**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1174/GM, de 07 julho de 2005**, que destina incentivo financeiro emergencial para o programa de qualificação dos centros de atenção psicossocial – CAPS e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas, 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 19 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 245/GM, de 17 de fevereiro de 2005**, que destina incentivo financeiro para implantação dos centros de atenção psicossocial e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245\\_17\\_02\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245_17_02_2005.html)>. Acesso em: 19 jun. 2015.



\_\_\_\_\_. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**, que estabelece a constituição dos CAPS por nível de complexidade e dispõe acerca do funcionamento de tais serviços com a criação de mecanismos próprios de funcionamento. Disponível em:

<[http://www.mpri.mp.br/documents/112957/5266990/portaria\\_336\\_2002.pdf](http://www.mpri.mp.br/documents/112957/5266990/portaria_336_2002.pdf)>.

Acesso em: 19 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 615/GM, de 15 de abril de 2013**, que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html)>.

Acesso em: 19 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000a**. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em:

<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Residências Terapêuticas o que são, para que servem. **Série F. Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº196/96**. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa. Brasil. Versão 2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**, 2004.

MIOTO, Regina Celia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 19 jun. 2015.

MIRANDA, L.; ONOCKO, C., ROSANA, T. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 907-913, 2008.

MOYA, Maira Kelly Verengue. **O autorretrato da vida**: experiências de sujeitos em sofrimento psíquico. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa



de Estudos Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação 40 anos depois. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. XXVI, n. 84, p. 05-19, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. A crítica conservadora à reconceituação. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, v. 2, n. 5, p. 59-75, 1981.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NICACIO, Maria Fernanda. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva), UNICAMP, Campinas, 2003.

ONOCKO, C.; ROSANA, T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, suppl. 1, p. 16-22, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos Humanos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. **Cuidar sim, Excluir não** Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2005 Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2013.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosemary Gonçalves de. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. 1. ed. São Paulo: Papel Social, 2014, v. 1.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, 2011.

\_\_\_\_\_. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, 2013.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 102, p. 339-351. 2010.

RODRIGUES, Mavi P. "Reforma Psiquiátrica em tempos pós-modernos". **Revista Praia Vermelha**, n. 6, primeiro semestre, 2002.

ROJAS COUTO, Berenice. **O direito social e a assistência na sociedade brasileira**: uma equação possível? 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, jun. 2013.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.

SILVA, Elisa Alves; COSTA, Ileno Izídio da. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dec. 2010.

TERRA, Sylvia Helena. **Parecer Jurídico nº 27/98**. Assunto: Análise das competências do Assistente Social em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art. 5º da Lei 8662/93, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional. CFESS, Brasília, 13 de setembro de 1998 (mimeo).

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. **Int. Dig. Health Leg.**, n. 43, p. 413-23, 1992.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

VICENTE, Damares Pereira. **A Subalternidade, um ponto cego na experiência da loucura**. 2001. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUCS-SP, São Paulo, 2001.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e assistência social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

## ANEXOS

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Título da pesquisa:** *Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – como espaço sócio-ocupacional para o serviço social.*

Prezado(a) colega

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa *Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – como espaço sócio ocupacional para o serviço social.*

O objetivo da pesquisa é a investigação sobre o cotidiano profissional dos/as assistentes sociais no CAPS, buscando identificar as possibilidades e os desafios do trabalho nesse espaço sócio-ocupacional.

A sua participação é muito importante, bastando que se disponha a participar das entrevistas a serem realizadas pela pesquisadora. Os dados serão coletados através de gravação de áudio e servirão de fonte de informações imprescindíveis para a elaboração da dissertação de Mestrado em Serviço Social do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Raichelis Degenszajn.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos ainda que as suas informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**Pesquisadora Responsável:** Camila Ávila de Lima

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Sujeito da pesquisa:** \_\_\_\_\_ (nome por extenso, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.)

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Testemunha 1:** \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Testemunha 2:** \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_