

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MACHADO DE ASSIS  
FACULDADES INTEGRADAS MACHADO DE ASSIS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ROSANE RODRIGUES QUARESMA**

**O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE MENTAL,  
A EXPERIÊNCIA NO CAPS DE SANTA ROSA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Santa Rosa  
2013

**ROSANE RODRIGUES QUARESMA**

**O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE MENTAL,  
A EXPERIÊNCIA NO CAPS DE SANTA ROSA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Monografia apresentada às Faculdades Integradas Machado de Assis, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Especialista Simone Bonfanti

Santa Rosa  
2013

**ROSANE RODRIGUES QUARESMA**

**O SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE MENTAL,  
A EXPERIÊNCIA NO CAPS DE SANTA ROSA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Monografia apresenta às Faculdades Integradas Machado de Assis, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Banca Examinadora

---

Prof. Especialista Simone Bonfanti – Orientador(a)

---

Prof. Mestre Leandro Steiger

---

Assistente Social – Aline Lucia Pavéglia

Santa Rosa, de dezembro de 2013.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu marido Gilson e meu filho Pedro, por me fazerem acreditar que o sonho era possível, me apoiando e auxiliando sempre, e por nunca me deixar desistir; à minha mãe Eva, pela ajuda e incentivo recebidos nesses quatro anos; ao meu irmão Rogério pelo carinho e motivação; a equipe do CAPS por toda a ajuda; aos meus colegas de trabalho e aos amigos próximos que acompanharam minha trajetória e que de uma maneira ou de outra, sempre me incentivaram aos estudos e colaboraram para a minha formação.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por guiar meus passos sempre, por sua presença constante em minha vida, pelo auxílio nas minhas escolhas e por me confortar nas horas difíceis.

Agradeço aos meus familiares pelo carinho, apoio, paciência e estímulo constantes; ao meu marido Gilson Justino da Silva pelo carinho e por saber me ouvir, tendo sempre uma palavra de otimismo para me consolar e me incentivar e que jamais permitiu que eu abandonasse meus sonhos; ao meu filho Pedro Alexandre da Silva, por me fazer acreditar na minha capacidade e compreender a minha ausência aos amigos pela paciência compreensão e apoio nesta caminhada. Aos colegas de trabalho, diretora, professores e funcionários do Instituto Sinodal da Paz pela motivação e coleguismo.

Agradeço em especial a minha orientadora professora Simone Bonfanti, que acreditou na minha capacidade, pela dedicação e paciência, sobretudo pela competência de seus aprendizados, que muito auxiliaram na construção deste trabalho. Devo também agradecer a minha supervisora de campo de Estágio a Assistente Social Marília Wilges que se propôs a ensinar, amiga e excelente profissional.

Agradeço a todos os professores e colegas do Serviço Social da FEMA, que viveram comigo as angústias e desafios no processo de formação profissional e que compartilham comigo a realização deste sonho. Por fim, agradeço às famílias e aos profissionais do Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS entrevistadas, por contribuírem para a realização deste estudo.

“Eu não sei também o que é doença mental, mas eu sei que se uma pessoa viver privado de emprego, moradia, saúde e relações de qualidade terá grandes chances dela desenvolver um transtorno mental”.

(Franco Basaglia)

## **RESUMO**

O presente trabalho de Conclusão de Curso aborda “O Serviço Social e o Atendimento Interdisciplinar na Saúde Mental, a experiência no CAPs de Santa Rosa”. A questão principal deste estudo é analisar qual o papel da família e da equipe interdisciplinar no desenvolvimento terapêutico dos usuários com transtorno mental no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) de Santa Rosa. A primeira parte do estudo está relacionada aos fatos históricos que envolvem a saúde pública no Brasil, bem como do acesso e tratamentos dispensados aos usuários portadores de doenças mentais pelo SUS. Após a contextualização histórica o estudo registra um pouco da historicidade da Reforma psiquiátrica no país com uma breve revisão dos aspectos principais envolvendo conceitos históricos e paradigmas do novo modelo psiquiátrico no Brasil e no mundo. Na sequência aborda-se o Serviço Social e uma análise prática sobre a saúde mental no CAPs de Santa Rosa. O referido estudo faz uso de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, analisada após a coleta de dados junto aos familiares e profissionais do CAPS, através de uma pesquisa semi-estruturada. O resultado final do estudo constata que familiares e profissionais entrevistados percebem a importância do trabalho interdisciplinar realizado no CAPs, evidenciando as perceptíveis melhorias na sociabilidade dos doentes.

**Palavras-chave:** Interdisciplinaridade- Serviço Social- CAPs- Doente Mental- SUS

## **ABSTRACT**

This End of Course paper is about "Social Services and Interdisciplinary Care in Mental Health, the experience in the CAPs in Santa Rosa". The main question of this study is to analyze the role of the family and the interdisciplinary team in the therapeutic development of users with mental disorder at the Center for Psychosocial Care ( CAPS ) Santa Rosa . The first part of the study is related to the historical facts that involve public health in Brazil , as well as access and treatment provided for users with mental illness by SUS . After the historical context, the study records a bit of the historicity of the psychiatric reform in the country with a brief review of the main aspects involving historical concepts and paradigms of the new psychiatric model in Brazil and worldwide. After that, Social Services and an analysis on mental health practice in the CAPs in Santa Rosa is approached. The study makes use of qualitative and quantitative research, analyzed after collecting data from family and employment of the CAPS , through a semi - structured research . The result of the study finds that family and interviewed professionals realize the importance of interdisciplinary work in the CAPs, highlighting the noticeable improvements in sociability of the patients.

**Keywords:** Interdisciplinarity - Social Service - CAPs – Brain Sick - SUS

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

|   |    |
|---|----|
| Ilustração 1: Quadro de profissionais que atuam no CAPS .....   | 61 |
| Ilustração 2: Profissionais que atuam no CAPS .....   | 64 |
| Ilustração 3: Formação acadêmico dos profissionais do CAPS de Santa Rosa .....  | 64 |
| Ilustração 4: Avaliação do Trabalho Interdisciplinar pelos Profissionais do CAPS....  | 65 |
| Ilustração 5: Avaliação do Trabalho Interdisciplinar pelos Familiares dos Usuários do CAPS .....  | 65 |
| Ilustração 6: Principais razões apresentadas pelos entrevistados sobre a importância do trabalho interdisciplinar no CAPS de Santa Rosa ..... | 66 |

## **LISTA DE ABREVIAÇÕES, SIGLAS E SÍMBOLOS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde  
CF – Constituição Federal  
CONASP Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária  
CNSM - Conferência Nacional de Saúde mental  
FEMA – Faculdade Educacional Machado de Assis  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
MTSM - Movimentos dos Trabalhadores de saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial da Secretaria da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
ONG – Organização Não – Governamental  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PSF - Programa de Saúde da Família  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E AS CONDIÇÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE MENTAL .....</b>  | <b>15</b> |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....  | 15        |
| 1.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....  | 22        |
| 1.3 O MODELO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL, ANTE REFORMA PSIQUIÁTRICA .....   | 29        |
| <b>2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL .....</b>                                | <b>35</b> |
| 2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....   | 35        |
| 2.2 A EXPANSÃO E A CONSOLIDAÇÃO DOS CENTROS DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAIS - CAPS .....   | 40        |
| 2.3 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL .....  | 47        |
| <b>3. O SERVIÇO SOCIAL E UMA ANÁLISE PRÁTICA SOBRE A SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – CAPS – SANTA ROSA .....</b> | <b>53</b> |
| 3.1 O CAPS DE SANTA ROSA: BREVE CARACTERIZAÇÃO.....   | 53        |
| 3.2 UMA ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DA EQUIPE E DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR, NO CAPS DE SANTA ROSA..            | 58        |
| 3.2.1 <b>Percorso Metodológico.....</b>   | <b>59</b> |
| 3.2.2 <b>Resultado e discussão.....</b>   | <b>60</b> |
| 3.3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....                                  | 69        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>  | <b>77</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>82</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>  | <b>87</b> |
| APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO 88   | 88        |
| APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....  | 89        |

## INTRODUÇÃO

A saúde é requisito básico para todo cidadão. Sem saúde as mais corriqueiras atividades tornam-se penosas ou impossíveis de serem executadas com prazer. É cientificamente comprovada a relevante contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Sabe-se também, que muitos dos componentes da vida social influenciam na qualidade de vida das pessoas e consequentemente na saúde destas.

Em se tratando da saúde pública no Brasil, tem-se um quadro bastante preocupante. Hospitais, postos de saúde e ambulatórios encontram-se em péssima situação, os profissionais, médicos, enfermeiros, entre outros estão desmotivados, com dificuldades em realizar os atendimentos necessários e dos quais a população tem direito, seja por falta de material básico, seja por problemas de espaço físico ou ainda pelos baixos salários que recebem por longas jornadas de trabalho.

Na história da saúde pública, os doentes mentais foram alvo de todo tipo de preconceito e recebiam tratamentos agressivos, além de serem colocados a margem da sociedade, pois eram diagnosticados como incapazes, portanto improdutivos e fator de risco para as demais pessoas.

As mudanças que se sucederam ao longo dos anos na área da saúde mental devido as Lutas Antimanicomiais e aos inúmeros movimentos sociais que afloraram de década em década, foram um grande desafio, com objetivo de construir um novo modelo de atendimento e tratamento para essas pessoas.

Hoje, graças a esses movimentos podemos constatar que, ainda não se tem o melhor tratamento do mundo, mas que este hoje é um modelo mais humanizado, de acordo com o que rege a nossa Constituição Federal. Essa nova visão de tratamento aos doentes, contam hoje com profissionais novos na equipe, como, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros. A tarefa não é só de um único profissional, no caso, o médico, mas sim de um conjunto de profissionais, que formam na verdade uma equipe multiprofissional que atua na interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade no atendimento aos pacientes dos CAPS tem se mostrado efetiva e de grande importância. Muitos são os estudos que demonstram os bons resultados obtidos por tratamentos realizados com equipes formadas por multiprofissionais que atuam nestes espaços junto aos pacientes e seus familiares.

A atual situação em que se encontra o setor de saúde pública requer dos gestores a busca por estratégias que possam vir ao encontro de um atendimento de qualidade para todo cidadão brasileiro, sem preconceito, e que atenda a demanda crescente por cuidados especiais, para pessoas com necessidades especiais, que podem e querem participar e contribuir produtivamente da vida em sociedade.

Portanto, pesquisar, conhecer, analisar e levantar alternativas que possam contribuir para sanar ou diminuir as dificuldades, contribuindo assim na busca por melhoria na área da saúde mental instigaram este estudo, sob o tema “O Serviço social e o atendimento interdisciplinar na saúde mental, a experiência no CAPS de Santa Rosa”.

O conhecimento e observação do trabalho desenvolvido em saúde mental no município de Santa Rosa, neste caso, especificamente no Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS tem seu interesse despertado ao longo do curso pela importância do tema, tanto no papel de cidadã, quanto de futura profissional Assistente Social. Cabe ressaltar que o conhecimento adquirido durante o projeto de intervenção realizado no CAPS de Santa Rosa e durante o estágio foi fundamental para entender a dinâmica dos atendimentos interdisciplinares e afirmar o quanto usuários, familiares e os próprios profissionais se beneficiam desta ação conjunta.

Considerando a legislação brasileira a qual determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o desafio deste trabalho é analisar os principais caminhos percorridos e as dificuldades encontradas pelos usuário doente mental e seus familiares, vitimas das demandas da questão social, bem como, das políticas públicas de atendimento que devem vir ao encontro da integralidade física, psíquica e social do mesmo.

A pergunta problema que norteia este estudo está atrelada ao questionamento: “O trabalho interdisciplinar na área da saúde mental, contribui para o desenvolvimento terapêutico dos usuários com transtorno mental no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)?”. Considera-se esse tema de grande relevância para todos os cidadãos que integram uma sociedade e buscam por um mundo mais digno, ético e igualitário.

Para desenvolver este trabalho levou-se em consideração a importância da metodologia que requer atenção quando se realiza um determinado estudo. É através da escolha do método a ser utilizado na pesquisa que se tem um caminho para a construção do saber científico no campo das ciências.

Neste estudo usou-se o método dialético científico que se constitui da trajetória percorrida pelo sujeito/pesquisador na busca por perceber e conhecer os fenômenos ou fatos a serem investigados para depois construir ou desestruturar as relações do sujeito com o objeto.

Esse método permite pensar as contradições da realidade em meio às mudanças que são constantes, e com estes subsídios reconstruir o conhecimento, e quando necessário e comprovado desestruturar o que se acreditava ser verdade científica e por assim dizer “trocá-la” pela nova concepção de verdade.

Para que os objetivos deste estudo fossem atingidos, fez-se uso da pesquisa preliminar em obras de autores reconhecidos. Nesta fase procuraram-se referências bibliográficas em livros de autores reconhecidos na área de saúde pública, saúde mental e atuação do profissional Assistente Social. Também serviram como referência bibliográfica sobre o assunto artigos científicos publicados e disponíveis em sites confiáveis da internet para ajudar na pesquisa e na fundamentação teórica.

Na sequência, construiu-se uma entrevista semi-estruturada que permitiu uma avaliação qualitativa e quantitativa sobre o tema, nas vivências dos usuários do CAPS, incluindo a família e os profissionais que lá atuam. Os resultados da entrevista foram computados e apresentados em gráficos com os devidos percentuais obtidos e analisados sob o enfoque dos objetivos propostos e de possíveis soluções.

O estudo está dividido em três capítulos que abordam desde a contextualização histórica da saúde pública no Brasil até as atuais questões consideradas relevantes e que permeiam os tratamentos aos doentes mentais e seus familiares.

No primeiro capítulo o estudo apresenta a saúde pública no Brasil e as condições históricas da saúde mental, a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS e o modelo histórico da saúde mental no Brasil, antes Reforma Psiquiátrica.

O segundo capítulo traz as questões que fazem referência a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a mudança de paradigmas na política de saúde mental, a

trajetória histórica do SUS na área da saúde mental e a implementação das políticas públicas dentre elas a criação dos centros de atenção psicossocial.

No terceiro capítulo são apresentados e analisados as atribuições profissionais e a saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Santa Rosa com uma breve contextualização deste espaço, bem como uma análise prática sobre a percepção da equipe e da família no contexto que envolve o trabalho interdisciplinar. Neste capítulo também é apresentado a atuação do Assistente Social, com seus desafios e possibilidades de intervenção junto aos usuários e familiares do CAPS de Santa Rosa.

Nas considerações finais, observando sempre as ideias centrais do trabalho, procurou-se apontar as análises realizadas no estudo, evidenciando os fatos e dados levantados através da pesquisa bibliográfica e do questionário aplicado junto aos profissionais e familiares dos usuários que atuam e frequentam, respectivamente, o CAPS de Santa Rosa. Essa análise permitiu verificar se os objetivos propostos pelo estudo foram atingidos, fazendo com que o referido trabalho possa ser usado, devido sua relevância, como subsídio para futuros estudos sobre o tema em questão.

## 1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E AS CONDIÇÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE MENTAL

Quando mencionamos saúde pública no Brasil, relativamente descrevemos o nosso próprio bem estar. O desejo de todos é ter uma “boa” saúde, pois sem ela não temos condições de estudar, trabalhar, amar, enfim, não conseguimos viver. A saúde é importante para o corpo e para a mente, então, se isso acontecer simultaneamente, gozamos de “boa” saúde, pois de nada vale um corpo sadio se a mente está doente ou vice-versa.

Nessa perspectiva, a saúde pública ganha forças nas mais variáveis definições geridas pela Organização Mundial de Saúde, uma organização internacional que propõe com relevância a realização das conferências mundiais de saúde em todos os países, na insistência de instigar uma discussão completa sobre o bem estar físico, psíquico e social da população.

Todavia, o adoecer psíquico, ou seja, o transtorno mental, uma doença que atravessou séculos acometendo diferentes tipos de pessoas de todos os níveis sociais e de educação, adquiriu, ao longo dos anos, um atendimento especializado na atenção básica da saúde, com um olhar mais cuidadoso, uma decisão importante que também marcou o avanço no cuidado com a saúde mental no país.

Entretanto, precisamos lembrar que a saúde faz parte de todo um contexto. E para compreender todo esse cenário, é preciso conhecer a história da saúde no Brasil, desde seus primórdios. Afinal, a saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social, política e econômica da população.

De certa forma, o ser humano, na sua plenitude de vida, busca conhecer e tenta entender a origem da vida e as razões da sua existência. Assim, posicionados como sujeitos históricos e agentes de seu próprio destino diante de tal reflexão, esse exercício de pensar na origem é fundamental. Conforme se descreve no próximo texto.

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Podemos dizer que Edward Amory, (1877), definiu saúde pública por muitos anos quando disse que:

a arte é a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de [enfermagem] para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (Amory, p.56.1877).

De maneira semelhante, instiga-se conhecer a história da saúde pública no Brasil a partir de 1900, descrevendo relatos importantes que definiram a saúde no país.

Segundo a obra de Claudio Bertolli Filho (1996), nesse período as cidades brasileiras eram tomadas de doenças infecto-contagiosas, as mesmas doenças que atingiam as populações anteriormente. Então, nesse mesmo cenário, novas e mais trágicas doenças surgiam. Devido à falta de higiene dos portos e da total miséria, os ambientes insalubres eram propícios para a difusão de doenças.

Nesse contexto, as epidemias<sup>1</sup> de febre amarela<sup>2</sup>, peste bubônica<sup>3</sup>, febre tifoide<sup>4</sup> e cólera mataram milhares de pessoas. Essas doenças atingiram os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, impedindo e prejudicando as importações e a expansão da cafeicultura. Sendo assim, a imagem do Brasil regredia no mercado internacional. E, afim de se salvarem, muitos trabalhadores buscavam ajuda nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia.

Conforme o autor (FILHO, 1996), a desorganização dos serviços de saúde nos primeiros anos da República facilitou a ocorrência das epidemias. Diante de uma situação desastrosa, os médicos higienistas, com o apoio do governo federal, passaram a ocupar cargos importantes na administração pública, com a promessa

---

<sup>1</sup> Epidemias são o aparecimento e difusão rápida e passageira de uma doença infecto contagiosa ou não que atinge um grande número de pessoas ao mesmo tempo.

<sup>2</sup> Febre amarela doença infecto contagiosa causada por um vírus transmitido ao homem pela picada de mosquito. Caracteriza-se por um começo brutal, com quarenta graus de febre, dores violentas no corpo e cabeça podendo levar à morte.

<sup>3</sup> Peste bubônica doença epidêmica causada pelo bacilo *Pauteurella pestis* caracterizada pelo aparecimento de bubões (ínguas) nas virilhas e axilas, por hemorragias e também por septicemia rapidamente mortal.

<sup>4</sup> Febre tifoide doença infecciosa e contagiosa causada pelo consumo de água poluída com bacilo *Salmonella typhi* ou pelo contato direto com objetos de uso pessoal dos infectados. Caracteriza-se por febre continua e alterações gastrointestinais.

de criar e estabelecer estratégias para o saneamento das áreas indicadas pelos políticos.

Os principais objetivos da atuação desses médicos eram a fiscalização sanitária dos habitantes das cidades, a retificação dos rios que causam enchentes, a drenagem dos pântanos, a destruição dos viveiros de ratos e insetos disseminados de enfermidades e a reforma urbanística das grandes cidades. (FILHO, 1996, p. 14).

Os médicos também tinham a obrigação de esclarecer as regras básicas de higiene às pessoas, para não contraírem doenças, bem como, eram obrigados a isolar da sociedade quem estivesse com uma doença infecto-contagiosa ou com a doença da “loucura”, consideradas muito perigosas. Foi nesse contexto que teve início a era da hospitalização compulsória das vítimas das doenças contagiosas e dos doentes mentais.

Segundo o autor, é nesse período que nasce a política de saúde brasileira. Pela primeira vez na história do país, os governos republicanos elaboraram um plano minucioso de combate às enfermidades que, por sua gravidade, reduziam a vida útil da população. Muito diferente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde acaba por se tornar global, atendendo todos os setores da sociedade e não se limitando ao surto epidêmico da época.

A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”. Esta por sua vez, não pode existir isolada, devendo articular-se com os projetos e as diretrizes governamentais voltadas para outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho. (FILHO, 1996, p. 14).

O Estado, por sua vez, acabou privilegiando os setores de produção, deixando de investir na população menos favorecida econômica e socialmente. Mesmo com as muitas promessas de melhorar as condições de vida dessa parte da população e, considerando que a classe de trabalhadores também contribui para a geração de renda e riqueza nacional, o Estado não beneficiava esses cidadãos, deixando-os à margem da sociedade.

Na verdade o Estado acaba privilegiando os investimentos na expansão da produção. E com isso, beneficia muito mais a elite econômica do que a parcela mais pobre da sociedade. A adoção do regime republicano manteve, pelo menos em boa parte, a política da desigualdade que

beneficia os grupos sociais mais ricos, condenando a maioria da população a condições precárias de vida. (FILHO, 1996, p.15).

Neste sentido, as doenças infecto-contagiosas da época impulsionaram a busca e o apoio pelas necessidades consideradas básicas de acordo com a ciência da higiene, que considerava de suma importância à limpeza, a investigação e a fiscalização dos ambientes dos portos. Para essa linha de ação, foram definidas estratégias de melhorias das condições sanitárias nessas áreas.

A partir dos últimos anos do século XIX, a intervenção higienista no Estado de São Paulo só foi possível porque as Oligarquias<sup>5</sup> decidiram destinar verbas para a área da saúde pública.

O governo de São Paulo, para garantir a eficiência dos trabalhos higienistas e de seus fiscais, desde então, vem trabalhando com uma série de institutos de pesquisa articulados ao trabalho sanitário.

Em 1892 foram criados os Laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas. Ampliados logo depois, transformaram-se, respectivamente, nos institutos Butantã, Biológicos e Bacteriológico, esse denominado Instituto Adolfo Lutz. (DALLARI, 1987, p.17).

Naturalmente, a preparação e a eficiência dos médicos foram colocadas em teste, ou seja, à prova, com novas concepções e tecnologias onde era preciso conhecer os resultados das pesquisas e tratamentos das enfermidades, pois, verificou-se um aumento de óbitos nas regiões de Santos, Sorocaba e Ribeirão Preto.

Quando nos referimos à criação destes institutos de pesquisas, é necessário citar o Instituto Soroterápico de Manguinhos, localizado no estado do Rio de Janeiro, um dos principais centros de pesquisas construído com o objetivo inicial de produzir soros e vacinas. Pedro Afonso foi o primeiro diretor deste instituto, logo após, substituído por Oswaldo Cruz.

Com esse médico, o instituto diversificou suas atividades, transformando-se em poucos anos num dos mais reputados laboratórios do mundo. Os laboratórios de Manguinhos tornaram-se o Instituto Oswaldo

---

<sup>5</sup> Oligarquia grupo social formado por grandes capitalistas, geralmente latifundiários, que detêm amplo controle político e econômico de um Estado ou região.

Cruz, que permanece até hoje como o principal centro de pesquisas médica epidemiológicas do país. (DALLARI, 1987, p.31).

A intervenção médica nessa época, no meio urbano, era muito rígida. Essa rigidez fez com que a população não aceitasse as condições impostas pelos médicos e nem a retirada à força da população dos lugares a serem saneados. Com tudo isso, a modernidade instigou, na população desconfiada, a revolta. O povo, assustado, reagia contra as vacinas. Foi nesse período que ocorreu a Revolta da Vacina.

Desde o início do ano, Oswaldo Cruz vinha forçando o Congresso Nacional a aprovar uma lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola. O povo, assustado, reagiu contra o programa de vacinação em massa não só porque nunca tinha passado por um processo semelhante, mas também por desconhecer a composição e qualidade do material empregado na imunização. (FILHO, 1996, p. 27).

No entanto, finalmente, no Congresso Nacional, em 31 de outubro de 1904, a obrigatoriedade da vacina foi aprovada, deixando o povo ainda mais revoltado. O governo impressionado com as dimensões da revolta revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos. Vista como “o mais indomável movimento popular ocorrido no Rio de Janeiro”, essa revolta exigiu do Estado melhor organização para com a sociedade e a saúde coletiva. (FILHO, 1996).

Durante a era Vargas, o setor de saúde pública procurou de imediato livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais. Para isso, construiu uma ampla reforma política e administrativa, afastando do poder as administrações da República Velha. (FILHO, 1996).

O presidente Getúlio Vargas se comprometeu com uma nova organização no setor da saúde, prometendo um estado que zelasse pelo bem estar sanitário da população.

O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar criar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual [...]. (SILVA, 1934, p.56).

Dessa forma, Getúlio Vargas ficou conhecido como o “pai dos pobres”. Com a necessidade de obter apoio social e político e conferir alguma legitimidade ao

Estado ditatorial, exigiu uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos. (DALLARI, 1987).

As dificuldades se agravaram após a falência do regime militar. Então, mesmo no meio de uma forte crise econômica, no final dos anos 1970, a sociedade buscava melhores condições de vida à população, exigindo as eleições diretas para presidente da República e a tão sonhada democracia.

A mobilização pelas eleições diretas permitiu a população escolher o seu presidente da República, com base na nova Constituição de 1988, já em vigor. (FILHO, 1996).

Um dos investimentos que se fazia necessário em função da crise, foi o da saúde, pois os hospitais encontravam-se em precário estado de funcionamento, ao mesmo tempo em que eram muitas as dificuldades para se encontrar ou até mesmo obter atendimento médico.

Diante de total descontrole, a população menos favorável é que era encontrada em maior número entre os muitos mortos que não receberam atendimento e socorro especializado. Os resultados decorrentes dessa situação de total insuficiência na área da saúde pública, atingia todo o sistema de saneamento e estava também relacionada à má educação sanitária. O país passava por epidemias como a cólera e a dengue, bem como, um alto índice de pessoas eram vítimas de tuberculose, tracoma, doenças de chagas e doenças mentais, um verdadeiro caos no país na área da saúde popular. (FILHO, 1996).

A política da saúde praticada desde os anos 80 pouco fez para alterar o quadro sanitário vigente nas décadas anteriores. Segundo alguns dos principais administradores da saúde pública brasileira, o setor sofre sobretudo da ausência de planejamento e da descontinuidade dos programas. Tal situação permite não só o alastramento da corrupção, mas também a ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população (FILHO, 1996, p.61).

E, em meio a esse caos todo, setores importantes para a população continuavam padecendo com a falta de verbas e o vandalismo da corrupção. Os projetos em vigor na década de 1980 eram o PREV – SAÚDE (Programa Nacional de Saúde Básica), o qual nunca se concretizou, e também o CONASP (Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária) e o AIS (Ações Integradas de Saúde), que tinham como objetivo principal organizar de forma racional as atividades

de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar as fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde. (GERALDES, 1992).

A luta para melhorar o tratamento e a prevenção de doenças foi intensa, mas, encontrou opiniões contrárias de empresários da saúde que se organizavam para defender as políticas de saúde da iniciativa privada.

Segundo (FILHO, 1996, p.61), “eles passaram a organizar lobbies (grupos de pressão) que atuavam no Congresso Nacional e nas Assembleias Legislativas para defender publicamente os próprios interesses da iniciativa privada”.

Tais possibilidades incentivaram as lideranças partidárias do então presidente Sarney (1986) a apoiar de certa forma as propostas de reorganização do sistema de saúde oficial, mantendo e reforçando os interesses das empresas de saúde, pois julgavam elementos de suma relevância para a prestação de assistência médica, encorajadas pela continua transferência de verbas públicas. (DALLARI, 1987).

Paradoxalmente com os novos rumos da política, a população mais carente também desencadeou uma luta em busca de melhoria nas suas condições de vida. Amparados com as assessorias dos padres e médicos sanitaristas, foram criados Conselhos Populares de Saúde, responsáveis pela construção de melhores centros de atendimento básico e centros de saúde nas periferias.

Tais problemas instigaram outro descontentamento, mas agora por parte dos profissionais da saúde, médicos, que também expressaram sua indignação nas condições de trabalho que lhes eram impostas.

As precárias condições impostas aos médicos que atuam nos hospitais multiplicam as possibilidades de erros terapêuticos e cirúrgicos. Em geral, tais erros são apresentados de forma equivocada na imprensa, como responsabilidade exclusiva dos clínicos. (FILHO, 1996, p. 63).

Podemos, neste contexto, chamar essas lutas e descontentamentos de Movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, constituídos pelos profissionais da área da saúde e, posteriormente, incorporados por movimentos de outros segmentos, como populares e sindicais. Sendo assim, no próximo subtítulo, trataremos desse assunto, seguindo a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as novas medidas implantadas na saúde pública.

## 1.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O resultado das péssimas condições de saúde no Brasil impulsionou as organizações, que de alguma forma buscavam defender os direitos dos profissionais, dos médicos da área da saúde e dos pacientes. Surgiram, então, as Associações Brasileiras de Saúde, a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva) e o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde)<sup>6</sup>. O mesmo ocorre na expansão do Movimento Sanitarista em busca de resultados às crises da política de saúde nacional. (FILHO, 1996).

Um dos principais produtos desse movimento foi à elaboração de um documento intitulado pelo direito universal à saúde, que sublinha a necessidade de o Estado se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população. Afirmando com ênfase que o acesso à assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado. (FILHO, 1996, p. 63).

A relevância de todo esse contexto paira na Constituição promulgada em 1988, que em sua redação final incluiu a maior parte das propostas das organizações populares e de especialistas na área da SAÚDE.

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

De acordo com os acontecimentos e descontentamentos por parte da população e dos profissionais da área pública de saúde, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - (SUDS). Conforme FILHO (1996), baseado no princípio de integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, o SUDS deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais.

Sendo o SUDS um projeto de intervenção que representa a municipalização da saúde, este também encontra dificuldades para se sustentar, devido à corrupção

---

<sup>6</sup> No final dos anos 70, houve o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). A partir dessas associações, desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitarista que, ao incentivar as discussões, buscou encontrar respostas para os dilemas da política de Saúde Nacional. (FILHO, 1996, p. 63).

de alguns gestores ou má administração das verbas destinadas à saúde, usadas em outros segmentos. (FILHO, 1996).

Em consequência, o SUDS mantém-se atualmente apenas como um objetivo futuro. De concreto houve a integração, mesmo que imperfeita, dos serviços mantidos pelo Estado, sem a participação das empresas particulares. Surgiu assim o Sistema Unificado de Saúde (SUS), encarregado de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos serviços de saúde estaduais e municipais. (FILHO, 1996, p. 64).

Em 1980, o Ministério da Saúde dava início ao programa de ações integradas de saúde, envolvendo os Estados e Municípios. Nessa época, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)<sup>7</sup>, tinha o objetivo focado na prestação de assistência médica aos asssegurados, sendo responsável pela assistência médica individualizada. (GERALDES, 1992).

Porém, como a rede governamental de hospitais e ambulatórios não era suficiente para o atendimento da população, a rede hospitalar privada foi credenciada e as internações passaram a ser autorizadas através das (GIH) Guias de Internação Hospitalares.

Nesse contexto, cabe ressaltar que o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) foi substituído, em 1988, pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Com a promulgação da Nova Constituição, foi então oficializada a abertura da assistência saúde à iniciativa privada. Os programas de Assistência Médico-Hospitalar Privados, incluindo o Seguro Saúde, aumentaram significativamente a sua participação no modelo de assistência à saúde, notadamente durante a década de 80, sendo os mais comuns os de Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas. (GERALDES, 1992).

Da mesma forma, devido à queda da qualidade e das condições de assistência à saúde no setor público, como consequência da crise econômica que diminuiu os recursos destinados ao setor e, por motivos estruturais, devido ao

---

<sup>7</sup> O INAMPS, por sua vez, era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que hoje é Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, somente aos contribuintes de toda forma e seus dependentes (GERALDES, 1992, p. 49).

aumento da utilização do sistema pela população, teve início um processo de valorização do sistema privado, com a procura de modalidades alternativas.

Segundo GERALDES (1992), a 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS, por vários motivos, mas convém destacar entre estes a aprovação do conceito da saúde como um direito do cidadão que delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (Sistema único de Saúde).

O Sistema Único de Saúde - SUS - é resultado de vários movimentos que foram delineando as muitas formas e ações relativas à assistência à saúde, ou seja, a fomentação de um sistema que pudesse oferecer melhor atendimento à população, um sistema competente e eficaz para todos.

Observa-se, dessa forma, que o SUS é de extrema importância para a sociedade brasileira, pois materializa a ideia de universalidade da saúde pública e gratuita do país. Não se veem modelos de programas de saúde desse porte em outros países, mesmo naqueles econômica e socialmente mais avançados que o Brasil. O SUS é um conjunto de programas que nasceu para melhor atender as necessidades da população e deve ser apoiado e aprimorado sempre.

Cabe lembrar aqui, que as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela coordenação das ações dos respectivos Estados e, os Municípios, pela execução das atividades de assistência médica preventiva e curativa, em sua área territorial. (FILHO, 1996).

Dentro deste processo histórico nas áreas da saúde, o Brasil, a partir da Constituição de 1988, assume o compromisso de reorganizar seu modelo de atenção à saúde, referenciado na perspectiva de saúde como direito de cidadania e como recurso que apoia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas assistenciais, preventivas e educativas, e tem como princípio norteador garantir o acesso universal, equânime, ao atendimento integral e descentralizado da saúde. (GERALDES, 1992).

Nessa proposta, estão compreendidos os campos da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor de saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades.

Os níveis de atenção à saúde são representados pela promoção, proteção e recuperação da mesma, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. Trata-se de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida e na relação das equipes de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar. (BRASIL, 2006).

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, de acordo com esse novo referencial, tem dado origem a várias estratégias e programas de intervenção, entre eles o Programa de Saúde da Família (PSF). Baseados no princípio de saúde como direito de todos, os objetivos dessas propostas são de garantir a promoção da saúde através de um atendimento acessível a todos, de forma contínua, integral e de qualidade (BRASIL, 2006).

Conforme conceituado em estudo anterior elaborado por esta Consultoria, “cooperativas médicas são exemplo de cooperativas de trabalho cuja finalidade é proporcionar aos seus membros melhores condições para exercer seu trabalho liberal”. Desta forma, há cooperativas médicas que se limitam a congregar profissionais que trabalham em um determinado estabelecimento ou de uma determinada especialidade médica, com o intuito de garantir melhor remuneração e condições de trabalho, e outras que atuam como operadoras de planos de saúde, como é o caso das Unimed. (ARAÚJO, 2004).

O crescente aumento da utilização do sistema público de saúde levou o setor a um grande número de problemas, e estes, aliados à crise econômica da época, fizeram com que o sistema privado passasse a ser mais valorizado, como já mencionado anteriormente.

Nesse cenário, cresceram os investimentos nas mais diversas formas de Seguro-Saúde. Apesar de a Constituição Federal estabelecer, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, os recursos disponíveis não são suficientes para garantir o atendimento de qualidade à população brasileira. (FORTES, 2004).

Os médicos, descontentes com a situação da saúde pública, passaram a preferir associar-se aos Planos Privados, o que tem contribuído, em parte, para as dificuldades enfrentadas pelos hospitais públicos, considerando que nas suas propostas consta um atendimento mais eficiente aos asssegurados. Faz-se necessário, porém, ressaltar que mesmo esse atendimento “mais eficiente” tem se mostrado “não tão eficiente assim”. (BRASIL, 1997).

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade. Parágrafo único -"o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes". (BRASIL, 1988).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. (POLIGNANO, 2009).

Esta visão refletia o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar, onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir, na nova constituição, os seus direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080.

Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 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. (BRASIL, 1990).

Além do SUS, outros sujeitos de direitos que requerem proteção específica também foram reconhecidos, como os povos indígenas, as crianças e adolescentes, os deficientes físicos, etc. Inegavelmente a sociedade brasileira deu um passo significativo em direção à cidadania.

É preciso, porém, reconhecer que a proteção e promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica em participação e controle sociais permanentes.

O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado em 1988 pela Constituição Federal tornando-se o acesso gratuito à saúde direito de todo cidadão; O modelo de atendimento era dividido em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum; A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios. (ALBUQUEQUER, 1981, p.728).

A Constituição de 1988 estabelece cinco princípios básicos que orientam o sistema jurídico em relação ao SUS. São eles: a universalidade, a integralidade, a hierarquização e a equidade. Vejamos seus conceitos:

Universalidade - Este princípio pode ser auferido a partir da definição do art. 196 da Constituição de 1988, que considerou a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Dessa forma, o direito à saúde se coloca como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão; ou seja, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Integralidade - A integralidade decorre do art. 198, parágrafo II da Constituição, que confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” em relação ao acesso que todo e qualquer cidadão tem direito; o que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. Destes, derivaram alguns princípios organizativos.

Equidade - O princípio da equidade está relacionado com o mandamento constitucional de que “a saúde é direito de todos”, previsto no já mencionado art. 196. Busca-se aqui preservar o postulado da isonomia, visto que o próprio art. 5º da Constituição institui que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

Descentralização - Está estabelecido no art. 198, I, da Constituição, que revela que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de

acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo”;

Participação social - Também está prevista no art. 198, da Constituição, mais precisamente no inciso III, que prevê a “participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes.

Observa-se, que a Constituição Federal de 1988, não criou e implantou o SUS – (Sistema Único de Saúde) sem um propósito futuro. Pois, além da universalidade e gratuidade da saúde no país o SUS com seus cinco princípios básicos surge com leitura que norteia a interpretação do mundo jurídico e as esferas de governo.

Sendo assim, a partir dessa interpretação pode-se destacar que a constituinte através dos princípios básicos, criados para fortalecer o SUS, também se preocupou em reforçar a defesa do cidadão frente ao Estado efetivando e concretizando o Sistema Único de Saúde – SUS e também fortalecendo a voz do cidadão na luta por melhores condições e melhorias na saúde pública. (BRASIL, 2004).

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios sócio econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois, para que isto ocorra, é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema. (COSTA, 1998, p.178).

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; resarcimento de serviços prestados.

Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que a nível de atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público, pois passou de um país que não possuía acesso público a saúde destinada à população, para um país com saúde garantida a todos aqueles que dela necessitarem, sem acesso restrito nenhum.

Ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro torne-se universal. Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. (GERALDES, 1992).

Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais, é necessária uma maior mobilização política para estruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado. (POLIGNANO, 2009).

A implementação do SUS, decorrente da Reforma Sanitária, foi liderada por profissionais de saúde e pessoas ligadas a movimentos e organizações da sociedade civil, reforçando a ideia de que a participação da população e das ações intersetoriais é imprescindível na consolidação de mudanças político-sociais, inclusive no setor da saúde.

Apesar da coesão social presente, fatores como o apoio estatal ao setor privado, a concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e o subfinanciamento crônico, são apontados pelos autores como complicadores da implementação do SUS. (POLIGNANO, 2009).

Argumenta-se também que, apesar dessas limitações, o SUS conseguiu melhorar o acesso à atenção básica à saúde e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e tecnológicos, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos. (COSTA, 1998).

Tal conhecimento nos faz ir além, instiga-nos conhecer a forma com que o Brasil enfrentou as crises da saúde mental antes da Reforma psiquiátrica. Assunto para os próximos textos.

### 1.3 O MODELO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL, ANTE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Tratar do assunto *saúde* envolve muitos feitios. Esse é um assunto muito pertinente, pois, aprendemos que trata-se de um estado de bem estar físico, psíquico e social. Mas se pensarmos de forma mais abrangente, vamos perceber que gozar de boa saúde física e mental, requer muito mais.

Desse modo, a saúde é considerada de forma individualizada em detrimento da saúde coletiva, pública e de direito. A prática médica é destinada à pesquisa e ao tratamento do “paciente “enfermo” na busca de seu “bem estar”. Ainda que afirme que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. (BRAVO, 2009, p.61).

Considerando que todas as relações em que os indivíduos encontram-se inseridos podem resultar em consequências de ordem econômica, política, religiosa ou social, e que o cotidiano destas pessoas, de certa forma, acaba influenciando no seu bem estar em todos os aspectos, a saúde é infinitamente o maior bem do ser humano.

As temáticas que se referem à saúde mental requerem o mínimo de discernimento por parte da população em geral, que incidem no intenso preconceito que o tema carrega consigo, presente até mesmo em questões simples como o ato de se referir a pessoas com transtornos mentais, frequentemente chamadas de loucas, malucas ou retardadas.

Spadini e Souza afirmam que a doença mental não é reconhecida e nem entendida como uma doença “normal” perante a sociedade, por ser visivelmente comportamental. A sociedade ignora e desconhece, na sua grande maioria, o fato de ser também uma doença biológica e julga o indivíduo somente pelo seu comportamento.

A doença mental permanece até hoje obscura perante a medicina [...], no entanto, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois em geral, são apresentados, pelos indivíduos que adoecem, comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Assim, não sendo entendida pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos (SOUZA, 2009, p.56).

Durante longos anos, o único tratamento que se tinha para os portadores de transtornos mentais era realizado pelos hospícios, manicômios, hospitais psiquiátricos e outras instituições para onde eram levados os doentes diagnosticados como loucos e perigosos para a sociedade.

É preciso lembrar que, historicamente, o homem como ser social não tem uma visão coerente e clara sobre os aspectos relacionados à loucura, mas esta é uma realidade que faz parte da nossa vida social. É fato irrefutável que há séculos muitos desses considerados “loucos” vagavam pelas cidades, não só do Brasil, mas

do mundo todo, e preconceitosamente eram banidos da sociedade por se acreditar que representavam perigo à mesma.

Apontados como filho do demônio e até marginalizados por não estarem dentro dos padrões morais vigentes exigidos pela alta sociedade, eram condenados a confinamentos errantes, como, andar de cidade em cidade, jogados em navios, que na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto, em algum lugar do mundo. E este é o grande drama dos portadores de deficiência mental, conforme afirma (GLAT, 1996, p.17):

A partir do momento em que alguém é identificado (ou diagnosticado) como desviante ou anormal, todas as suas outras características ou atributos são submetidos, e ele passa a ser visto unicamente em termos de categoria estigmatizante [...] Ele [...] é citado como um negro, um aidético, um deficiente mental, e não como uma pessoa que entre outras características, é da raça negra, é portadora do HIV, ou tem dificuldade cognitiva. (GLAT, 1996, p.17):

Mas o destino destes seres humanos, que parecia já estar traçado desde a Idade Média, destinados a viver no isolamento, trancafiados em asilos e hospitais psiquiátricos sem ter o menor acesso a um atendimento digno, ou melhor, humano, toma, aos poucos, outros rumos.

Com a Reforma Psiquiátrica, noventa mil leitos psiquiátricos foram eliminados. Por conta de denúncias de maus tratos e abuso de poder sobre vítimas indefesas, a lei 10.261/01, provoca mudanças na saúde mental.

O Ministério da Saúde busca um novo modelo de tratamento para as pessoas doentes mentais, um modelo aberto, incluindo os dependentes de álcool e drogas, tendo como objetivo principal a reinserção social do usuário, bem como a liberdade de escolha entre os diversos centros de atendimentos. As lutas que emergiram nessa época conquistaram muitos espaços e direitos, desmitificaram um pouco o desrespeito e o preconceito para com essas pessoas doentes e necessitadas de reconhecimento e atendimento especial.

Podemos dizer que, de certa forma, hoje ainda acontecem essas internações, embora já não mais de forma tão negligente, mas que ainda não estão totalmente alinhadas, contribuindo para que muitos doentes com transtorno mental vivam na ociosidade, ignorados a todo o momento. Afinal, na condição de internos certamente não são “normais”, portanto são constantemente submetidos a humilhações,

resultantes do despreparo e da impaciência de muitos profissionais que atuam na área.

A Luta Antimanicomial é um movimento que surgiu para conscientizar a política de saúde e a própria sociedade da falta de respeito e desleixo para com o portador de transtorno mental. Portanto, busca defender a dignidade de familiares e usuários na busca do atendimento à saúde e à desmistificação do imaginário social sobre a loucura.

Os movimentos sociais são gestados no cotidiano por um mosaico de pessoas e grupos que questionam a realidade social, e que podem permanecer em estado de latência. Sua visibilidade ocorre nas mobilizações coletivas, por meio de manifestações, encontros, eventos, protestos e conflitos (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

No Brasil, os movimentos se iniciam com mobilizações de vários trabalhadores, como dos profissionais da saúde mental unidos aos familiares de pacientes com transtorno mental. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época.

A reforma psiquiátrica se concretiza, com a intervenção de dois fatos importantes que ocorrem nesse período. Primeiro, o fechamento da Clínica Anchieta, em São Paulo, um ambiente de total desprezo e indignação. A Clínica Anchieta era conhecida como a “casa dos horrores”, um lugar sujo, com pessoas abandonadas, num ambiente de verdadeiro descaso e maus tratos aos pacientes.

O segundo fato é a revisão legislativa proposta pelo Deputado da época, Paulo Delgado, através do projeto de lei, nº 3.657. Ambos os fatos ajudaram a alavancar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica teve início, no Brasil, no final dos anos 70, e adquiriu maior visibilidade em 1987, a partir da realização da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental e do 2<sup>o</sup> Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP) [...]. (MACHADO, 2005. p. 11).

Segundo Honneth (2003), o movimento antimanicomial vem de encontro à realidade vivida pelos portadores de transtorno mental visualizada através das frágeis relações afetivas, da negação dos seus direitos e dos precários laços de solidariedade e estima. De acordo com Honneth, essa é a base da luta por reconhecimento.

Desta forma, Honneth usa como princípio da luta antimanicomial a conscientização da sociedade quanto à falta de respeito, o desleixo e a ignorância, aos quais os doentes mentais são submetidos, independentemente do local onde vivem. E esse desrespeito não é só da sociedade em si, mas também do atendimento que o tratamento da saúde mental oferece ao portador de transtornos, sem considerar o grau da doença.

No entanto, Amarante diz que a Luta Antimanicomial existe há 25 anos e que esta é uma luta que não se institucionalizou. Ela ainda se apresenta nas transformações da política e da prática psiquiátrica (AMARANTE, 2008).

Portanto, pode-se afirmar, conforme os dados relacionados anteriormente, que no Brasil a Reforma Psiquiátrica também é marcada pelo “movimento sanitário”, surgido por volta da década de 70. Relativamente, esses movimentos proporcionaram meios importantes que permitiram enfatizar o novo modelo de reforma assistencial e os novos serviços. Modelo esse, inspirado na experiência italiana, nos chamados CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial).

Essas instituições defendem a adoção de formas de tratamentos que não mais façam uso de atitudes e atendimentos que segregam e excluem as pessoas com sofrimento psíquico.

Esse novo modelo de assistência se fez constituir como relevante e necessário, tanto na gestão quanto na prática de saúde, sendo uma proposta construída para superar o modelo vigente de assistência à saúde mental, priorizando a efetivação da cidadania as pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

A Reforma Psiquiátrica surge embasada não somente na transformação das instituições que atendem os Portadores de Transtorno Mental, mas também na busca por uma transformação cultural que atinja a sociedade de forma a modificar a concepção que esta tem do doente mental para uma nova compreensão, onde o doente passa a ser visto como um sujeito com direitos de usufruir os benefícios conquistados pelos cidadãos no que se refere à qualidade da saúde, educação, habitação, cultura, lazer, ou seja, como um cidadão merecedor de um atendimento digno para as suas reais necessidades. (AMARANTE, 1995).

Está sendo considerada a reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o

questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (AMARANTE, 1995. p: 91).

Muito já se falou sobre a reforma psiquiátrica, mas é necessário dizer que sua origem, no Brasil, começa em 1978, com os Movimentos dos Trabalhadores de saúde Mental (MTSM). Esses movimentos se deram devido às inúmeras denúncias de maus tratos e más condições de saúde encontrada nos hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 2003). Para tanto, este tema será abordado com mais atenção no capítulo seguinte do trabalho.

## 2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Após a contextualização da situação da saúde pública no Brasil, é importante registrar um pouco da historicidade da Reforma Psiquiátrica no país, bem como fazer uma breve revisão dos aspectos principais envolvendo conceitos históricos, paradigmas e mitos nesta construção de um novo modelo psiquiátrico no Brasil e no mundo.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica veio marcada pelo “Movimento Sanitário” e junto com ela, veio também uma incessante busca por mudanças. Uma busca bastante intensa, devido às inúmeras negligências da época com a saúde mental, ou melhor, com as pessoas com transtornos mentais. Um novo modelo de assistência era necessário, tanto na gestão quanto na prática de saúde. Surgiu, então, uma proposta de superar o modelo vigente de assistência à saúde mental, priorizando a efetivação da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

### 2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Na década de 70 o Brasil começa a fomentar a busca por mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, equidade na doação dos serviços, defesa da saúde coletiva e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, gestão e técnicas de cuidado.

Mesmo que contemporânea, diante da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica possui um histórico próprio. Trata-se de um contexto inscrito internacionalmente, determinado a acabar com um modelo de violência asilar e desumana. Essa Reforma é uma conquista reconhecida pela superação dos horrores da política de saúde mental anterior. (BRASIL, 2005).

No ano de 1978, muitos movimentos começaram a desencadear lutas reivindicando seus direitos. Este foi o ano do grande início das lutas em busca de melhores condições de vida.

Esses movimentos eram formados por grupos de familiares, sindicalistas, profissionais da área da saúde e membros do movimento sanitário, entre outros. Assim, foi através de inúmeras lutas desses grupos que se concretizou uma oportunidade de mudança de melhora no campo da saúde mental no Brasil,

baseado também em muitas denúncias de maus tratos, e na construção de uma crítica coletiva que se transformou em um novo modelo hospitalocêntrico: a Reforma Psiquiátrica. (MELLO, 2007).

No entanto, se pensarmos profundamente no que é a Reforma Psiquiátrica, vamos perceber que a Psiquiatria, de certa forma, já nasceu destinada a lutar. Podemos citar o mito de Pinel<sup>8</sup>, que conscientemente desacorrentou os loucos no século XVII, em Paris, protestando, dessa forma, por um tratamento mais humanizado.

Desde então, os movimentos em busca de um tratamento mais humano à essas pessoas foram se reforçando a cada século, sempre tentando proporcionar melhores condições de vida às mesmas. Esses movimentos foram reforçados por inclusão de colônias agrícolas, no século XX, instigados pela psiquiatria comunitária das décadas de 60 e 70.

Então, a partir da década de 70, a Reforma Psiquiátrica Brasileira começou a questionar, em definitivo, o modelo asilar e a repudiar os maus tratados e a violência sofrida nos hospitais. Sendo assim, espelhados no modelo e experiência da Reforma Italiana, comandada por Franco Basaglia, o Brasil começou a se esforçar na busca de subsídio para também promover no país a cidadania das pessoas tradicionalmente tuteladas de loucas. (MELLO, 2007).

Porém, apesar das articulações e transformações que a Reforma Psiquiátrica desencadeou na saúde mental, ainda hoje se percebe os sujeitos doentes mentais sentindo-se desconfortáveis ao falar sobre sua saúde. E esse incômodo não afeta apenas o usuário como também seus familiares e os próprios profissionais que atuam nessa área. Isso ocorre porque, historicamente, as doenças mentais receberam, ao longo do tempo, as mais diferentes interpretações negativas, sendo que algumas delas ainda permanecem e continuam sendo alastradas pelo senso comum.

A Reforma Psiquiátrica surge embasada não somente na transformação das instituições que atendem as pessoas com Transtorno Mental, mas também na busca

---

<sup>8</sup> Philippe Pinel 1745 - 1826 precursor da Psiquiatria. Integrou, juntamente com Auguste Morel (1809-1873) e Édouard Séguin (1812-1880), a escola francesa iniciada por Pinel. Ao penetrar a mente humana, com o intuito de compreender os transtornos do humor e da melancolia como importantes agentes que conduzem à perda do juízo, elevaram pela primeira vez os alienados à condição de homens. Reformador de asilos e hospícios franceses, fundou o primeiro curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. Seu trabalho influenciou sobremaneira a criação do Hospício de Pedro II, primeira instituição brasileira de assistência aos doentes mentais

por uma transformação cultural que atinja toda a sociedade de forma a modificar a concepção de doente mental para sujeito que tem a garantia de usufruir, com qualidade, a saúde, a educação, o direito à habitação, à cultura, ao lazer... Em termos simples, um cidadão que deve ser atendido em suas reais necessidades. (BRASIL, 2005).

Esse “novo” modelo está pautado em uma concepção ampliada de saúde com base no SUS, implicada numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país, ou seja, abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e bens. (BRASIL, 2005, p. 67).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados no projeto de lei do deputado Paulo Delgado, conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005). Concretizando, assim, a ideia de que o direito à saúde é fundamental para o cidadão, previsto na Constituição Federal para assegurar bem estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional.

Dispõe-se na Lei 10.126/2001 a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, algo imprescindível, que tem por objetivo minimizar o sofrimento de todos os sujeitos envolvidos:

Art. 1º- Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º- Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

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

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

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

É relevante conhecer os direitos do cidadão doente mental, bem como, da família. Mas é preciso destacar que mesmo com a grande contribuição do Ministério da Saúde para a garantia de direitos e efetivação das mudanças do modelo de atenção e dos serviços extra-hospitalares de atenção à saúde mental no âmbito SUS, é fundamental que o ministério realize também articulações e mediações para que os demais gestores efetivem as políticas previstas em suas portarias validando o novo modelo de atenção existente previstos na Lei 10.216/2001.

Considerando assim, os ideais da Reforma Psiquiátrica, emerge algo indispensável à política de assistência à saúde mental, ou seja, os serviços alternativos chamados CAPS, habilitados a atender diversas demandas locais e regionais, dependendo da necessidade de cada local/demandas, desde adultos, crianças ou adolescentes.

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento em tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, 2005. p: 08).

É nesse contexto que a política da Saúde Mental do governo federal modifica todo o seu quadro, após a promulgação da Lei 10.216. Acontece, então, a III

Conferência Nacional da Saúde Mental, no mês de dezembro de 2001, que alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a ter maior visibilidade e sustentação, caracterizando-se por ações nas três esferas do governo e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico substitutivo para um modelo de atenção comunitário, reduzindo os leitos psiquiátricos.

Este movimento foi marcado pela participação dos usuários dos serviços e familiares. O modelo de atenção psicossocial, que tem seu foco na confluência dos aspectos biológicos, psicológicos, políticos, sociais e culturais, e considera o sofrimento mental como um fenômeno que envolve essas dimensões, possibilita ao paciente a participação em seu próprio tratamento, tornando-o um sujeito agente e também responsável pela eficácia do mesmo.

O processo da Reforma Psiquiátrica é um modelo de saúde que revolucionou e proporcionou ao doente mental e sua família a dignidade da vida. Através dessa superação, o doente mental tem a possibilidade de buscar autonomia e a reinvenção da sociabilidade, trabalho, moradia, lazer, educação, etc. (VASCONCELOS, 2002).

Esse novo modelo conquistado e garantido pelas portarias criadas para dar sustentação ao novo modelo, proporciona até hoje, ao doente mental grandes oportunidades e conquista de liberdade a qual possibilita uma vida familiar, social, de trabalho, lazer e principalmente é visto como um cidadão que possui direito e que ele próprio conhece seus direito.

No decorrer do ano de 1992, esses movimentos sociais, de certa forma influenciados pelo Plano de Lei Paulo Delgado, conseguem confirmar em muitos estados brasileiros as primeiras leis que causam mudanças progressivas dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste momento que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, seguindo as diretrizes da construção da Reforma Psiquiátrica, reage ganhando força e forma mais definidas.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2002, p. 213).

Após esse período, o Brasil tem 208 CAPS funcionando, o que coloca em prática a lei, auxiliando muito no amparo às famílias envolvidas.

Vejamos a trajetória do (SUS) Sistema Único de Saúde, na saúde mental, bem como a criação, ou melhor, o nascimento dos CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), no texto seguinte.

## 2.2 A EXPANSÃO E A CONSOLIDAÇÃO DOS CENTROS DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAIS - CAPS

O campo da saúde mental é um marco na política da referida área, marcada por confrontos que destacam, de certa forma, complexas e reflexivas conquistas adquiridas no meio social e psicossocial.

Alicerçada pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a Reforma é norteada pelo princípio de que a saúde é um direito fundamental e dever do Estado, enfatizando acesso universal na atenção em saúde mental, com base na integralidade, na intersetorialidade, na equidade, na igualdade e no controle social, ou seja, na participação efetiva do usuário e seus familiares. (ALVES, 2001).

Visto que a Reforma Psiquiátrica, em um contexto político e social, é um processo complexo, formado por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que também sobrevém em campos diversos, seja nos governos federais, estaduais e municipais, nos conselhos profissionais, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nas associações de pessoas com transtorno mentais e de seus familiares, observa-se que esta vem para desencadear uma enorme barreira causadora de desconforto e extrema angústia aos seres envolvidos.

No campo dos movimentos sociais, percebe-se que o imaginário social e a opinião pública se integram como um conjunto de transformações que se articula em saberes e em valores culturais e sociais que se completam no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, onde a Reforma Psiquiátrica atua marcada pelos desafios e conflitos. (BRASIL, 2005). Podemos acrescentar também nesse contexto, as Conferências Nacionais de Saúde Mental ocorridas no Brasil. O Estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a sediar a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM).

Trata-se de um trabalho minucioso realizado num clima de intensas discussões em prol da Reforma Psiquiátrica. Um desafio aos colaboradores que

discutem três temas relevantes nesse contexto de decisões, sendo que o primeiro envolve *a Economia, a Sociedade e o Estado*, avaliando os impactos da saúde e da doença mental e dando ênfase para a ampliação do conceito *saúde*, considerando as condições de vida dos indivíduos.

Situando a saúde mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos “incapacitados” para a produção (...). É urgente, pois, o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e o seu modelo econômico altamente concentrador brasileiro, a I Conferencia Nacional de Saúde Mental (CNSM) é uma revisão crítica, redefinindo seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes trabalhadoras. (BRASIL/MS, 1992, p.15).

Da mesma forma, o segundo tema contemplado nesta I Conferência foi a *reforma Sanitária* e também a *reorganização da assistência à saúde mental*. Relatórios desta reunião reafirmam o modelo sanitário, colocando as especificidades da saúde mental no conjunto de suas diretrizes e princípios. Daí o destaque para a construção de um modelo novo, um Sistema Único de Saúde, que garantirá a colaboração e co-participação da população.

Vale ressaltar que esta I Conferência de Saúde Mental no Brasil, de certa forma, desencadeou a ampliação do conceito *saúde*, destacando e priorizando as condições gerais de vida do ser humano. Bem como, a reciprocidade com os princípios da Reforma sanitária, e mais, a relevância do campo de Atenção Psicossocial e articulação das práticas em saúde mental. (BRASIL, 1992).

Outra proposição que deve ser sublinhada diz respeito à exigência da participação popular na saúde mental. Além de uma proposta coerente com a ética da participação geral do cidadão na vida social, é fundamental percebermos sua coerência com a ética da atenção Psicossocial (...). Se nas práticas da Atenção Psicossocial a exigência da superação do paradigma sujeito-objeto é um objetivo fundamental, parece mais do que justificado que a participação popular nas instituições seja elevada à categoria de dispositivo necessário, não apenas contingente. (COSTA/ROSA, 2000, p. 141).

Por outro lado, o terceiro tema abrange *a cidadania e a doença mental*, somando a esse conjunto os direitos, os deveres e a legislação. Nessa oportunidade, recomenda-se reformulações da legislação ordinária, a qual trata especificamente da saúde mental nos âmbitos do Código Civil e Penal, da legislação

sanitária e também das mudanças necessárias na legislação trabalhista, com base no trabalho/saúde mental.

O relatório desses textos demonstra uma estreita vinculação entre o Movimento Sanitário e o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Ambos tratam a saúde como uma questão revolucionária, no eixo da luta pela transformação da sociedade. Aponta, especificamente, aos trabalhadores de saúde mental, a necessária revisão de seu papel de agente de exclusão e de dominação, para reorientá-lo na direção de uma identidade com os interesses da classe trabalhadora. (COSTA – ROSA, 2000, p.145).

Esses são documentos que apresentam propostas técnicas e argumentos que de certa forma auxiliam no processo de transformação de uma determinada área da sociedade, em específico aqui, a saúde mental.

Convém, no entanto, citar também a discussão da II Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual acontece quatro anos após a primeira, com uma organização de moldes diferentes. Contando com o envolvimento de muitas pessoas e quase quinhentos delegados da saúde, o evento ficou marcado pelas etapas regionais, municipais e estaduais, onde vários pontos importantes foram debatidos, mas o que prevaleceu foi a defesa emocionada e firme dos doentes mentais, usuários.

A II CNSM consolidou também a conquista dos espaços institucionais. A posição oficial do aparato estatal estava alicerçada pelas diretrizes propostas e pelos conceitos do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Utilizando-se da mesma estratégia do Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica institucionalizou-se enquanto política oficial na guerra de posições no interior da construção de um processo de hegemonia. Assim, o Movimento da Reforma Psiquiátrica conquistou territórios no interior do aparato estatal. (COSTA – ROSA, 2000, p. 16).

Mais adiante, precisamente nove anos depois, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde mental, ocorrida no ano de 2001, no Brasil. Observa-se que, como em outras várias áreas do SUS (Sistema Único de Saúde), a gestão da política mental é uma discussão complexa pelos diversos níveis de decisão e de controle social que precisam ser contemplados.

A colaboração dos familiares dos doentes mentais e a ampla participação dos próprios usuários e dos movimentos sociais ofereceram ao Sistema Único de Saúde os subsídios políticos e teóricos necessários para melhorar a saúde mental no Brasil. Foi preciso, então, criar uma comissão de coordenadores devido à articulação das diretrizes propostas nessa terceira Conferência, exigindo assim uma forma mais democrática e articulada na gestão de saúde mental pública.

Esta comissão de coordenadores é de suma importância para as melhorias da saúde mental no Brasil, a qual chamamos de Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM). Este é formado por 146 pessoas, entre elas profissionais da saúde mental do estado, das cidades grandes, das capitais e ainda consultores do próprio Ministério da Saúde, com encontros marcados, pelo menos, duas vezes ao ano, para discutir avanços e desafios na atenção à saúde mental nos estados brasileiros. Sempre instigando ações prioritárias na área da saúde mental.

A articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária foi um dos principais desafios desta gestão. Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2007, sn).

Para cada estado brasileiro existe uma comissão de coordenadores encarregados de articular estratégias de melhorias com as instâncias municipais ou com as comissões de acompanhamento da Política de Saúde Mental. Essas instâncias são específicas da saúde mental e vão se formando nos estados e municípios que se unem com outras políticas públicas de Ação Social, Educação e Justiça.

Entretanto, a rede de saúde mental é complicada e, ao mesmo tempo, imensamente diversificada, considerando-se que o maior desafio para uma rede desse nível é a base comunitária. Isto é, uma rede só é eficiente quando ela consegue ter potencial de construção coletiva e soluções capazes de garantir resolutividade às demandas mais complexas, promovendo assim a autonomia e a cidadania às pessoas com transtornos mentais. (Coordenação Geral de Saúde Mental, 2003).

Convém, no entanto, dizer que as Políticas Públicas de Saúde Mental tendem criar formas e leis para que possam possibilitar e implantar melhorias nos atendimentos aos usuários que usufruem desses serviços. Organizando tudo o que é individual em coletivo, garantindo, assim, seus direitos sociais.

Conforme o texto anterior, no contexto das Conferências Nacionais da Saúde Mental, são descritas inúmeras discussões sobre as políticas públicas, que visam

melhoria dos serviços, Residências Terapêuticas, construções dos CAPS<sup>9</sup>, entre outras demandas importantes. Em suma, é relevante que as políticas públicas de saúde mental atualizem e discutam meios de acesso para que a população usuária de seus serviços possam usufruir de melhores atendimentos e que estejam inclusas e inseridas na comunidade, proporcionando oportunidades para que estes cidadãos sejam dignos de seus direitos. (MELLO, 2007).

Neste sentido, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), segundo Mello (et al 2007, p. 59), “entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, é o que têm maior valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira”. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital Psiquiátrico no país.

Seguindo essa linha, o Ministério da Saúde tem como objetivo criar estratégias e ações de normatização e organização das redes de atenção à saúde mental, visando que a expansão destes serviços foi de extrema relevância para as mudanças de paradigmas na saúde mental no Brasil. (BRASIL, 2009, p12).

Por outro lado, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, fica decidida a criação de uma rede de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) de gestão pública. Diante de tal decisão política, a partir do ano de 2003, concretizam-se apenas os CAPS públicos.

Desse modo, muitos serviços privados e filantrópicos foram motivados a municipalizar os poucos serviços que ainda prestavam no município. Tal incentivo resultou na expansão da rede de CAPS em municípios de maior demanda. Nestas condições, foi preciso classificar os serviços oferecidos por estes Centros, conforme o número de habitantes e as demandas de cada município. (MELLO, 2007). Essas alternativas devem ser compassivas às particularidades de cada serviço da rede CAPS e à capacidade de resultados que cada um pode oferecer (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad).

Desse modo, fica decidido que os serviços oferecidos pelo CAPS I são para municípios com o número de população entre 20.000 e 70.000 habitantes, e tem como características:

---

<sup>9</sup> CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial. É o mais relevante entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental e tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

- a) a organização da demanda e da rede de cuidados com a saúde mental do seu território, sob responsabilidade e coordenação do gestor local;
- b) conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e de acordo com o gestor local, desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica, serviços e programas da saúde mental;
- e) manter sempre atualizados e registrar os cadastros dos pacientes que fazem uso de medicamentos essenciais para a área da saúde mental;
- f) funcionar no período das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2002).

Como feito, o CAPS II tem as mesmas características do CAPS I, porém é preciso deixar registrado que o número de atendimentos abrange uma população em torno de 70.000 e 200.000 habitantes no município, e seu funcionamento também requer o horário das 8 horas às 18 horas, em dois turnos, durante cinco dias úteis, podendo permitir um terceiro turno, até às 21 horas (BRASIL, 2002).

Ao contrário dos demais, o CAPS III tem características diferentes, o número de habitantes a serem atendidos pelos seus serviços é acima de 200.000 habitantes e este deve:

- a) possuir serviço de laboratório de atenção continuada 24 horas, inclusive feriados e fins de semana;
- b) conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), e de acordo com o gestor local, desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica, serviços e programas da saúde mental;
- e) manter sempre atualizados e registrar os cadastros dos pacientes que fazem uso de medicamentos essenciais para a área da saúde mental;
- f) funcionar no período das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2002).

g) estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência e emergência geral da sua região (BRASIL, 2002).

Além disso, a assistência prestada ao usuário/paciente do CAPS III abrange:

- a) atendimento individual (psicoterápico, de orientação, medicamentoso, entre outros);
- b) atendimento a grupos como (grupo operativo, atividades de suporte social, psicoterapia, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) trabalhos e atividades comunitários, instigando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) acolhimento noturno nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação do paciente;
- h) uma refeição diária para pacientes observados em um turno de 4 horas, os observados em dois turnos, de 8 horas, receberão duas refeições diárias e os de atendimento 24 horas receberão quatro refeições diárias;
- i) também, o paciente que permanecer no acolhimento noturno está limitado a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados, em um período de 30 (trinta) dias (BRASIL, 2002).

Desta forma, podemos ver que os CAPS possuem uma relevante estrutura de atendimento, o que destaca a importante papel dessas instituições e o cuidado e qualificação dos profissionais que atuam nesta área. Assim, os serviços de atendimento aos usuários doentes mentais se apresentam de forma diferenciada aos cidadãos que necessitam desses serviços.

Enfim, os CAPS i<sup>10</sup>, são um Centro de Atenção Psicossocial à criança e ao adolescente, direcionado ao atendimento e tratamento à infância e adolescência

---

<sup>10</sup> O CAPS i – Os Centros de Atenção Psicossocial infantil atendem crianças e adolescentes de 03 a 18 anos, com transtornos emocionais graves. O tratamento é realizado por equipe interdisciplinar formada por profissionais das áreas de: Psicologia, Psiquiatria, Assistente Sociais, Enfermagem, Pediatria, Musicoterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Pedagogia, entre outros.

com doença mental; e o CAPS ad<sup>11</sup> II é o Centro de Atenção Psicossocial que trata de pacientes com transtornos mentais decorrentes de drogas e álcool.

Portanto, de acordo com Mello ( 2007), os CAPS têm a função de prestar atendimento clínico diariamente, evitando assim as internações desses pacientes em hospitais psiquiátricos, bem como, promover a inserção dos pacientes doentes por meio de ações intersetoriais. E ainda, organizar a rede de atenção básica aos usuários com transtornos mentais nos municípios, pois são os articuladores estratégicos do seu território, que têm a função imprescindível de trazer maior conforto aos maiores interessados no tratamento.

Por vezes, conhecendo o importante funcionamento dos CAPS em seus territórios, instiga-se também conhecer os profissionais que atuam nessas instituições com vasta demanda social. Devemos, pois, antes de tudo, considerar que esse interesse é em torno do profissional Assistente Social, o qual será aprofundado no próximo subtítulo.

### 2.3 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Para contextualizarmos a história do Serviço Social na Saúde Mental, é preciso fazer um recorte de um determinado período histórico, pois constantemente relata-se que Saúde Mental e Serviço Social são temas novos nessa área.

Pois bem, analisamos a partir da década de 1940, período que se consolida a profissão de Assistente Social e se conhece os primeiros agentes profissionais da área social.

Entretanto, é nesse período que o profissional em assistência social começa a se integrar nas equipes de profissionais na área da saúde mental. Uma contribuição que passa por um momento de desvalorização, ou seja, o Serviço Social não tem o reconhecimento do seu trabalho. Esses profissionais atuavam em condições inferiores ao saber médico, limitando-se a realizar apenas trabalhos burocráticos e

---

<sup>11</sup> O CAPS ad é um serviço aberto, de referência e tratamento para os usuários dependentes de álcool e outras drogas com acompanhamento diário, efetuado por equipe interdisciplinar, que oferta cuidado integral, intensivo e personalizado. Promove o tratamento por meio do fortalecimento dos laços familiares e da reinserção social.

rotineiros, sem nenhuma intervenção com usuário e familiares. Conforme Bonaldi (2002, p. 99 – 100):

À primeira vista, o exercício profissional burocrático e rotineiro parece responder às requisições institucionais feitas à profissão, mas, na verdade, restringe o escopo de ação do Assistente Social e, pior, esvazia o sentido da ação e da demanda profissional. Aqui o Serviço Social, prisioneiro de um exercício profissional irrefletido e pontual, se confunde com uma atividade qualquer, que se pode realizar sem qualificação.

Assim, o profissional Assistente Social, na sua atuação, em nada contribuía para mudar a realidade dos pacientes, com sua ação pautada no conservadorismo, apenas seguia reproduzindo a ordem que lhe era estabelecida.

No entanto, foi na década de setenta (70) que, junto com a Reforma Psiquiátrica, emerge-se a iniciativa de impulso, tanto na saúde mental quanto na profissão do Serviço Social, uma verdadeira mudança de paradigma, um novo modelo de tratamento para pacientes com transtornos mentais.

Colocando a exigência de superação da privação de liberdade para os serviços de atenção psicossocial diária, de acordo com as necessidades de cada individuo, e também a busca pela construção de um Projeto Profissional embasado na teoria social crítica de Marx, são as primeiras aproximações junto ao marxismo, momento em que parte da categoria profissional questiona a sua atuação com vistas à transformação social. (BUSSULA, 2004, p.15).

Contudo, é relevante esclarecer que a atuação profissional do serviço social na saúde mental, não está ligada somente a pessoa com Transtorno Mental (PTM) em específico e, sim, a todo o contexto ao qual este sujeito se encontra inserido, ou seja, às fragilidades e à busca pelo papel importantíssimo da família nesse processo, muito observada durante o período de estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Bisneto (2007, p.145) expõe com precisão o que compete ao assistente social para superar fragilidades encontradas na área da saúde mental:

É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências, entre outros recursos.

Desta forma, é importante ressaltar que o trabalho do assistente social não se resume somente em visitas domiciliares, encaminhamentos e entrevistas, pois esses são instrumentos de trabalho que devem vir acompanhados de uma vasta estimativa de fatos da realidade e do cotidiano do usuário, os quais darão sentido à sua atuação profissional.

Na realidade, a função principal do Serviço Social, enquanto especificidade profissional é a execução de políticas sociais, bem como nos coloca Iamamoto (2004, p.20);

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2004, p. 20).

Porém, por vezes, bem como distingue Bisneto et al Bussula (2007), “o profissional, ao se apropriar de técnicas da medicina, psicologia ou até mesmo terapia familiar, de certa forma acaba confundindo-se como pertencente a estas profissões, desviando-se dos objetivos colocados pelo Serviço Social e, portanto, distanciando-se da luta pela efetivação de direitos sociais que contemple a transformação da realidade.

Entretanto, a partir da década de 1980 a 1990, a profissão se transforma, através de um processo de renovação crítica polarizada por abordagens de comprometimento teórico, político e ético, na perspectiva da desinstitucionalização na área da saúde mental. Visando, desta forma, criar um novo método sobre a loucura e maneiras de tratar as pessoas com transtornos mentais.

Todavia, essas novas perspectivas vieram contribuir para a relação entre a saúde mental e a profissão do Serviço Social. Um espaço importantíssimo que o assistente social encontra cujas ações tendem instigar a integração familiar e social dos pacientes na promoção ao trabalho, exercício dos direitos civis e lazer. (BISNETO, 2007).

Também de acordo com Bisneto, faz-se necessário observar que:

O mais importante para uma metodologia de atuação dos assistentes sociais em instituições psiquiátricas é a articulação entre Serviço Social e Saúde Mental. Não queremos dizer que os assistentes sociais tenham que aprender Psiquiatria, Psicologia, mas sim que dominem uma sociologia crítica dessas áreas, (...) os assistentes sociais deveriam se

apropriar de uma vasta literatura que faz a análise crítica, histórica e social da Psiquiatria, Psicanálise, dos hospícios, da loucura, da noção de patologia etc. (BISNETO, 2007, p.24).

Sendo assim, é preciso registrar também o Código de Ética Profissional do Assistente Social, que se fundamenta nos princípios de democracia, equidade, liberdade, defesa dos direitos humanos, justiça, emancipação humana e erradicação dos preconceitos. Esses princípios estão intrinsecamente atrelados ao novo modelo psiquiátrico, ou seja, à Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

Dessa forma, as redes de atenção psicossociais se ampliam, oportunizando maior presença do profissional assistente social nos atendimentos substitutivos, inclusive como coordenadores dos CAPS (Centros de Atendimento Psicossociais), visto que o assistente social é um profissional capaz, que pode estar inserido em uma equipe multiprofissional, conforme Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004), garantindo, através de sua atuação, um atendimento digno e mais humanizado a todos os cidadãos, sem distinções.

Nestas condições, outra questão é relevante e necessária, a qual será aprofundada no próximo capítulo deste trabalho: a interdisciplinaridade, ou seja, um conjunto de diferentes áreas profissionais articulando conhecimentos e atribuições com objetivos em comum, considerando que o profissional do Serviço Social não constrói respostas apoiáveis isoladamente.

Afinal, conforme Bisneto (2004, p. 115-116), à essa profissão cabe incorporar o material crítico de suas contribuições, de seu projeto profissional, de modo a conjugá-las com a efetividade metodológica de expressões muito caras à atual assistência psiquiátrica brasileira.

Considerando velhos paradigmas da saúde mental vinculados aos manicômios e isolamentos, pode-se dizer que a saúde mental tem se transformado e se superado, através da atenção à saúde mental comunitária e pelas Leis de amparo as pessoas com Transtorno Mental, visando à substituição do sistema hospitalocêntrico.

Nesse contexto, os CAPS são instituições que têm como objetivos, segundo Góis (2012, p. 12):

Um modelo de atendimento e serviços assistenciais de atenção primária, sanitárias e sociais, tais como, ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em

hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, núcleo de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, residências terapêuticas, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares, ou seja, uma reversão do modelo hospitalocêntrico.

Considerando esse exposto um novo modelo de atenção à população, que realiza a reinserção social através do acompanhamento clínico, possibilitando o acesso ao trabalho, lazer e etc, observa-se aqui uma atuação de alta complexidade, coordenada por uma equipe interdisciplinar, onde o Serviço Social é parte do processo, envolvido com outros saberes e, assim, proporcionando melhores condições de vida aos usuários.

Destaca-se então, desta forma, a importância deste profissional da saúde mental, o assistente social, que age principalmente no desenvolvimento de atividades, na interação e na relação social do cidadão com a sociedade.

Dessa forma, afirma-se que é de suma importância a atuação do serviço Social nas instituições direcionadas ao atendimento ao doente mental. E é esse profissional que vai proporcionar ao portador dessa doença o sentido da autonomia, através de orientações sociais, pareceres e consultas, bem como desenvolvendo trabalhos sócio-educativos e também culturais, instigando a inclusão desse paciente e de seus familiares na sociedade, desenvolvendo a cidadania.

Neste sentido, Pereira (2000, p. 254) analisa como o profissional deve atuar diante desta demanda:

É importante que os profissionais da área de saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atentem para esta realidade, para que propiciem àquelas possibilidades de superar as dificuldades vividas no convívio com o membro portador de transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário, oferecendo-lhe o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-o a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação (e aqui não só a família, como também os próprios usuários).

Todavia, o usuário doente mental e seus familiares são pessoas que necessitam de acompanhamento técnico para que possam ter uma vida “normal” perante a sociedade. A doença apresenta diferentes etapas, o que exige, de certa forma, vários tipos de serviços e de ações que permitam seu atendimento, compreendendo melhor o atendimento do Serviço Social, instigando a promoção e a garantia dos direitos sociais ao doente mental, bem como, à sua família.

Mesmo porque o profissional do Serviço Social está comprometido com a construção dos projetos de inserção social, equidade e integralidade, tendo em vista os princípios de cidadania, objetivando minimizar o estigma e o preconceito sobre o doente mental. Os serviços assistenciais buscam promover não somente a melhor qualidade de vida aos portadores de sofrimento psíquico no âmbito social e comunitário, mas também no âmbito familiar. (GÓIS, 2012, p.15).

A Reforma Psiquiátrica consiste, então, em um processo de construção e transformação da relação *sociedade e loucura*, e caracteriza-se particularmente como uma nova forma de acolher e tratar o doente mental, buscando construir estratégias para desmontar a ideia de periculosidade e isolamento social, bem como trilhar novos caminhos para a inclusão social.

Conforme estudos, o Serviço Social é uma profissão de extrema relevância na área da saúde mental, bem como os outros profissionais dispostos a se comprometerem e a incorporarem a direção da Reforma Psiquiátrica em seu cotidiano.

Vejamos, em nosso próximo texto, as contribuições do Serviço Social na área da Saúde Mental, articulando com a pesquisa de campo, CAPS e as intervenções do profissional assistente social.

### **3. O SERVIÇO SOCIAL E UMA ANÁLISE PRÁTICA SOBRE A SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – CAPS – SANTA ROSA**

Considerando a experiência vivenciada no CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) de Santa Rosa, nesta parte do estudo, apresenta-se o resultado da pesquisa quantitativa e qualitativa sobre o trabalho interdisciplinar realizado na instituição. Bem como, conceitos de interdisciplinaridade e a atuação do profissional assistente social na área da saúde mental.

#### **3.1 O CAPS DE SANTA ROSA: BREVE CARACTERIZAÇÃO**

A construção do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – Novo Rumo vem ao encontro do contexto das políticas nacionais que surgiram após o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Com a referida Reforma, impulsionou-se uma nova abordagem à saúde mental, com serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, através da inserção dos sujeitos na comunidade, da redução de leitos psiquiátricos, da criação de leitos em hospitais gerais, da integração da equipe multidisciplinar e, ainda, da humanização dos serviços de saúde mental.

A implementação do CAPS, em Santa Rosa, foi respaldada pelos relatórios finais das III, IV e V Conferências Municipais de Saúde, nas quais se deliberou pela inserção social dos usuários de saúde mental, tomando-se medidas institucionais para a substituição ao modelo manicomial, reafirmando as experiências de CAPS e demais projetos de Atenção Básica<sup>12</sup>.

A realização desses serviços contou com a participação das Diretorias da Fundação Municipal de Saúde e de profissionais da área, que auxiliaram muito na elaboração do projeto inicial, das propostas terapêuticas e demais documentações necessárias à habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde.

As instalações físicas do CAPS se encontram junto ao Centro Social Urbano, do Bairro Cruzeiro. Todavia, no ano de 2007, iniciou-se um intenso trabalho em busca de estrutura física, com adequações técnicas, de acordo com as leis do Ministério da Saúde.

---

<sup>12</sup> Projeto de Implantação do CAPS Novo Rumo, retirado parcialmente dos arquivos da fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa - RS, 2008.

A partir do ano de 2008 precisamente no mês de março é formada a primeira equipe de trabalho do CAPS, composta por uma médica psiquiátrica, uma psicóloga, técnicos em enfermagem, um médico clínico geral, uma assistente social e uma assistente de serviços gerais. Hoje, a equipe se constitui com os mesmos profissionais, porém, acrescenta-se um terapeuta ocupacional, um professor de Educação Física e o apoio de três estagiários, um do Serviço Social, da Psicologia e uma Técnica em Enfermagem.

Desse modo, o CAPS de Santa Rosa trabalha com o objetivo de atuar como articulador da rede de atenção em saúde mental do município, promovendo o cuidado integral nos diversos níveis de atenção, buscando também acolher os usuários, estabelecendo planos terapêuticos promotores da vida e de protagonismo do sujeito, apoiando os familiares em suas demandas, resgatando e fortalecendo vínculos familiares fragilizados pelo contexto da doença.

O Centro de Atenção Psicossocial se classifica de acordo com a Portaria 336/2002 como do tipo I. Essa classificação identifica o CAPS de Santa Rosa como uma instituição responsável pela atenção de sujeitos adultos com sofrimentos mentais moderados, graves e demais quadros onde a austeridade e/ou a persistência justifiquem sua permanência em cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida.

A base dos serviços do CAPS são as ações de requerimento à saúde, à integração e ao respeito com o usuário com transtorno mental. Desta forma, o trabalho é realizado a partir de planejamentos e atividades no contexto da interdisciplinaridade, do convívio e relação com o usuário, bem como das suas implicações socioculturais e subjetivas.

Propõem-se atuar como serviço de apoio qualificado e intermediário no âmbito da saúde mental, sendo referência para a rede básica do município, através da atenção especializada, intervenções conjuntas e apoio matricial. Em relação ao sistema hospitalar, o CAPS desenvolve ações em conjunto com a equipe de trabalhadores de serviço, desenvolvendo ações com os usuários hospitalizados e pós alta. Também realiza intervenções intersetoriais de forma a garantir a integralidade da assistência e permanência do usuário na comunidade. (PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS SANTA ROSA, 2008).

Conforme a periodicidade do cuidado e as possibilidades e necessidades dos usuários, as oficinas terapêuticas se classificam em:

- a) Atendimento Intensivo: indicado para aquele usuário com um grave sofrimento, seja no meio familiar ou comunitário. Atendimento realizado com até vinte e cinco (25) usuários, oferecido diariamente na instituição<sup>13</sup>.
- b) Atendimento Semi-Intensivo: é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação diminuem, melhorando as possibilidades de recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser feito com até (50) cinquenta usuários.
- c) Atendimento Não-Intensivo: indicado para os usuários que necessitam de atendimento contínuo da equipe para viver e realizar suas atividades na família e no trabalho. Esse processo pode acontecer durante ou até três meses.

Diante de todo esse processo de atendimento, podemos ressaltar ainda as atividades desenvolvidas na instituição que são:

Plano Terapêutico Institucional - resgata a integralidade do cuidado em saúde mental inserido na atual política, da qual o município compartilha<sup>14</sup>.

- a) Atendimento Individual - visa o atendimento individualizado realizado pelos profissionais, de acordo com a capacitação técnica de cada um, conforme demanda de agendamentos prévios ou necessidade observada pelo profissional.
- b) Atendimento em Grupo - os usuários são divididos em operativos e terapêuticos, proporcionando acolhimento, bem como orientação tanto para o usuário quanto para o familiar, instigando a integração, a socialização e resgatando vínculos sociais e familiares. Diga-se que esses atendimentos compreendem entre acolhimento, reunião geral, grupo educativo, redes assistenciais sócio-educativas e terapêuticas de família e grupos terapêuticos.
- c) Atendimento em Oficinas Terapêuticas - são atividades desenvolvidas no grupo, por profissionais de nível médio e superior, ou seja, atividades

---

<sup>13</sup> Projeto de Implantação do CAPS Novo Rumo, retirado parcialmente dos arquivos da fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa RS, 2008.

<sup>14</sup> Projeto de Implantação do CAPS Novo Rumo, retirado parcialmente dos arquivos da fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa RS, 2008.

coletivas. Dentre essas atividades podemos citar as oficinas de embelezamento, de leitura, de trabalhos manuais, entre outros.

- d) Visitas Domiciliares - esse é um processo de busca ativa dos usuários faltosos e sua manutenção participativa, apoio a familiares e criação de vínculos sólidos para a intervenção terapêutica.
- e) Atendimento a Familiares - oferece suporte emocional e técnico para que a família reflita e discuta questões relacionadas ao sofrimento mental, buscando a integração do usuário e de seus familiares no tratamento.
- f) Apoio Matricial - constitui-se em outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população<sup>15</sup>.

Todo esse processo de atividades e desenvolvimento envolve também as ações comunitárias, de modo a promover a integração social das pessoas com sofrimento psíquico, assim como as ações intersetoriais e de articulação regional.

Assim, observa-se que o CAPS realiza uma vasta diversidade de atendimento, visto que seus pacientes são de todas as idades e com qualquer diagnóstico de transtorno mental, isso porque essa população tem acesso livre no SUS para buscar esse atendimento, com exceção das emergências encaminhadas diretamente para clínicas especializada e/ou hospitais gerais<sup>16</sup>.

Tendo em vista a compreensão da doença mental, os pacientes/usuários do atendimento do CAPS contam com um serviço de referência e qualificação, pois o trabalho na instituição se fundamenta pelo atendimento laboratorial constituído por uma equipe de profissionais que se sensibilizam em acolher o usuário, bem como têm a tarefa de informá-lo do processo de tratamento, quando esse desconhece o trabalho, apresentando a ele uma equipe articuladora e multidisciplinar, onde cada profissional atua com seu saber.

Diante dessas percepções, é possível observar, reconhecer e compreender a atuação do profissional assistente social inserido na área da saúde mental. Visto que

---

<sup>15</sup> Projeto de Implantação do CAPS Novo Rumo, retirado parcialmente dos arquivos da Fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa RS, 2008.

<sup>16</sup> Projeto de Implantação do CAPS Novo Rumo, retirado parcialmente dos arquivos da Fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa RS, 2008.

o Serviço Social é uma profissão de porte interventivo e investigativo, ao analisar o seu papel, é necessário discorrer do conhecimento dos seus fundamentos, além da nitidez do projeto ético-político, processo construído pela categoria, bem como o domínio teórico-metodológico e técnico-operativo atrelado a um conjunto de habilidades, conhecimentos, atribuições, compromissos e competências que o profissional precisa ter para a realização do trabalho, isso em qualquer espaço de atuação do assistente social. (IAMAMOTO, 2007).

Na busca de conhecer o resultado explanado pelo bom funcionamento do CAPS de Santa Rosa, esse projeto instiga reconhecer, analisar e apresentar o trabalho profissional da equipe integrante do CAPS, visando ser algo que estigmatiza as problemáticas demandas direcionadas ao serviço de saúde mental, de forma que essas retornem à sociedade e à família numa posição favorável, isto é, que seja reabilitada para o convívio familiar e social, preservando e cuidando do bem estar da população participante do CAPS e da sociedade fora do CAPS.

O CAPS é considerado, hoje, um dispositivo estratégico da política de saúde mental e um dos elementos centrais do que há de mais inovador nas propostas da Reforma Psiquiátrica. Caracteriza-se como um serviço comunitário e aberto do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

O CAPS caracteriza-se por uma ação psicossocial pautada no cuidado delineado entre o individual e o coletivo: uma ação experiêncialímite do individual e do coletivo que não se separam, mas que se compõe entre si. Da mesma forma, a clínica e a política são domínios que não se distinguem na proposta da Reforma Psiquiátrica. (PASSOS, 2006, p.34).

O CAPS é uma nova concepção de tratamento, que busca canais de democratização dos saberes profissionais, bem como das informações acerca do processo de saúde /sofrimento psíquico (VASCONCELOS, 2007).

A ideia de uma equipe multiprofissional nos CAPS (Centros de Atendimento Psicossociais) é assunto decidido na III Conferência Nacional da Saúde Mental, que aconteceu em Brasília, em 2002. Essa decisão se dá pelas mudanças de paradigmas que reestruturam o papel prático no campo da saúde mental, quebrando um tabu, pois, até então, somente o profissional médico era responsável pelo tratamento psicossocial.

O que ainda se percebe nesse meio, é que os profissionais da área continuam carregando vestígios do modelo manicomial. O trabalho em equipe, preconizado pela portaria 336 (responsável por regulamentar os CAPS), inclui no seu atendimento outros profissionais, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros, que garantem o protagonismo e a autonomia de cada um desses profissionais (VASCONCELOS, 2007).

Juntos, eles devem atuar sobre o princípio da interdisciplinaridade, sabendo que “é garantido à pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades<sup>17</sup>” (BRASIL, 1988)..

Munidos de uma vasta demanda, o processo de trabalho desse profissional caracteriza-se na instituição através da orientação, do esclarecimento e da intervenção frente às situações expostas ao Serviço Social, de modo a criar e desenvolver meios pelos quais possa dispensar a atenção necessária e adequada ao usuário.

A partir desse breve relato do CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) de Santa Rosa, faz-se pertinente apresentar, na sequência, a atuação do profissional assistente social na área da saúde mental.

### 3.2 UMA ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DA EQUIPE E DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR, NO CAPS DE SANTA ROSA

Os trabalhos em equipe, de maneira geral, através da comunicação prática, de certa forma, se organizam construindo atuações interdisciplinares. Com a saúde mental não pode ser diferente. Esta necessita da visão de conjunto para melhor atender o usuário, assim se percebe que o trabalho da equipe interdisciplinar é ponto importante na relação entre tratamento e fortalecimento de vínculo, pois esse trabalho requer interação dos profissionais envolvidos para que se possa buscar qualidade na atenção integral, conforme a necessidade da família/usuário/comunidade.

---

<sup>17</sup> BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL.

Considerando a relevância desse trabalho, é viável que se apresente a análise da pesquisa antes de conceituar a interdisciplinaridade, para melhor compreensão do todo.

### **3.2.1 Percurso Metodológico**

Vendo por um prisma mais filosófico, Demo (1996, p.34) insere a pesquisa como atividade cotidiana, considerando-a como uma atitude, um questionamento sistemático crítico e criativo, através da intervenção competente na realidade e do diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático.

Neste sentido, a metodologia desse trabalho pauta-se em uma pesquisa de campo exploratória que, segundo Gil (1991, p. 89), visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. A mesma envolve levantamentos bibliográficos, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A referida pesquisa tem uma abordagem qualitativa, na busca do conhecimento dos sujeitos inseridos na realidade vivenciada. Conforme explica Flick (2004, p. 28), a pesquisa qualitativa é orientada para análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Por outro lado, aqui, pondera-se também o ângulo quantitativo, pois o mesmo autor considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

Para tanto, usou-se uma análise, que se trata de um método dialético-crítico, o qual, segundo Gil (1991, p. 57) fundamenta-se na dialética proposta por Hegel, que analisa o fato de que as contradições se transcendem dando origem a novas contradições que passam a requerer solução. É um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade, considerando-se que os fatos não podem ser avaliados fora de um contexto social, político, econômico, etc.

No contexto das análises da pesquisa segue-se, Minayo (2010, p. 316) que diz que, “a realização da análise temática consiste em descobrir os sentidos que compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A partir do desenvolvimento desta pesquisa, foi possível perceber, através das falas dos profissionais e dos familiares, o conceito da interdisciplinaridade no imaginário de cada um, bem como a maneira como cada pessoa opera esse conceito.

Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento da entrevista, a qual foi estruturada de maneira individual e extremamente pessoal, onde cada entrevistado, dentro da sua linha de conhecimento, respondia de acordo com sua percepção. Afinal, como colocado por Ribeiro (2005, p. 61), o objetivo maior era “transmitir a fala do outro com o mínimo de interferência possível, respeitando seus valores e suas vivências”.

A entrevista com os profissionais do CAPS de Santa Rosa aconteceu em uma reunião de equipe, para a qual os mesmos foram convidados a participar voluntariamente. Já as famílias foram convidadas de acordo com sua vontade de participarem da entrevista, porém o diálogo aconteceu em uma reunião de família realizada no período do projeto de intervenção no espaço do CAPS.

Todos os que se prontificaram a responder a entrevista, profissionais e familiares, foram entrevistados individualmente e assinaram um termo de consentimento de livre esclarecimento. As falas dos entrevistados foram anotadas em uma folha específica da entrevista, para a coleta de dados.

Os tópicos questionados na entrevista dos profissionais foram em relação à função exercida na instituição, tempo de atuação na referida entidade e a sua compreensão quanto à interdisciplinaridade, avaliando se as mesmas correspondiam, na sua visão técnica, como:

( )Bom ( )Ruim ( )Regular ( )Ótimo e Por quê?

Em relação à entrevista com os familiares, foram investigados o grau de parentesco que esse tem com o paciente e também qual é a sua percepção em relação ao atendimento da equipe para com o usuário doente mental, julgando ser:

( )Bom ( )Ruim ( )Regular ( )Ótimo e Por quê?

### **3.2.2 Resultado e discussão**

O Centro de Atendimento Psicossocial observado, conta com um quadro de dez profissionais atuando na instituição, sendo que seis são técnicos graduados em nível superior. Desses profissionais, os seis técnicos graduados participaram da

entrevista, ou seja, o Assistente Social, o Terapeuta Ocupacional, a Médica, a Psicóloga, o professor de Educação Física e a Técnica em Enfermagem. O quadro abaixo representa a equipe atual de profissionais na instituição.

| Quantidade | Função                | Formação               |
|------------|-----------------------|------------------------|
| 1          | Assistente Social     | Ens. Superior Completo |
| 1          | Psicóloga             | Ens. Superior Completo |
| 1          | Médico                | Ens. Superior Completo |
| 1          | Terapeuta Ocupacional | Ens. Superior Completo |
| 1          | Téc. Enfermagem       | Ens. Superior Completo |
| 1          | Educador Físico       | Ens. Superior Completo |
| 1          | Serviços Gerais       | Ens. Médio Completo    |
| 3          | Estagiários           | Ens. Superior Cursando |

Ilustração 1: Quadro de profissionais que atuam no CAPS

Fonte: produção do pesquisador (2013).

Já na entrevista com os familiares do CAPS, foram questionadas dez pessoas, as quais estavam presentes no encontro familiar anteriormente citado.

Na oportunidade, foi possível perceber uma ideia em comum: todos os entrevistados mencionados, ao tentar determinar o conceito da interdisciplinaridade, associaram a mesma ao melhor atendimento, ou seja, à eficácia do tratamento ao usuário.

Veremos explanada essa ideia em algumas falas de ambos os entrevistados, familiares e profissionais:

“Um conjunto de profissionais atuando com a mesma finalidade: o bem estar do usuário”. (Entrevistado A, da equipe).

“Um grupo de profissionais de várias áreas que trabalham buscando objetivos em comum: a multi-interdisciplinaridade e o bem estar do paciente. Não há centralidade em nenhuma profissão. O cuidado é compartilhado entre todos os profissionais, e cada um tem a sua responsabilidade perante o usuário”. (Entrevistado B, equipe).

“Porque o objetivo final é o cuidado com o usuário necessitado, buscando um melhor atendimento ao mesmo”. (Entrevistado C, equipe).

“Todo atendimento é realizado no CAPS de forma interdisciplinar. Neste serviço, o cuidado acontece de forma compartilhada, sendo realizado por todos os profissionais envolvidos, com discussão dos casos atendidos”. (entrevistado D, equipe).

Desse modo, fica visível, a partir das falas de todos os entrevistados, que estes definem a aglutinação de ações, revelando assim a existência de um propósito. Isso se torna claro na fala dos entrevistados A, B e D, respectivamente: “a interdisciplinaridade funciona também buscando o bem estar do paciente”; “a gente

trabalha buscando o bem estar do usuário"; "há um conjunto de profissionais que trabalham juntos em função da melhora do paciente".

Desta forma, percebe-se que a interdisciplinaridade, no olhar tanto do profissional quanto do familiar que convive com o usuário que recebe esse atendimento, é um excelente modo de trabalho, pois é dessa forma que conseguem resolver muitas demandas. Cada profissional com o seu saber, em prol de um só objetivo: o cuidado e a responsabilidade para com o usuário.

Tais falas combinam com a ideia de Matos, Gonçalves e Ramos (2005), os quais colocam que, nas ciências da saúde, a gradual complexidade das questões exige a contribuição de muitos. Para a autora, a enfermidade, para ser compreendida, deve ser considerada sob distintos ângulos, ou seja, deve envolver o olhar de cada uma das disciplinas, pois não existe uma consideração unitária. Dessa forma, a percepção por parte dos profissionais de que o objetivo de reformulações de conceitos e mudanças de paradigmas surge como exigência, antes de tudo para uma melhor assistência a seu cliente, é imprescindível para que esse perceba que a mudança de comportamentos é uma atitude ética. (SOUZA E RIBEIRO, 2010, p.94).

Entretanto, nesse contexto, a interdisciplinaridade não pode ser determinada pelo seu fim, pois quando se fala em atenção à saúde, seja ela mental ou não, todo profissional, independente da sua especificidade ou da metodologia de trabalho adotada, tem como fim a melhora e o bem estar de seu paciente. (SOUZA E RIBEIRO, 2010).

Segundo Bonaldi (2007, p. 78), cada profissional é responsável por todas as ações da equipe. A sintonia do trabalho em saúde, ao harmonizar as diferentes práticas, ao produzir o sentimento de pertencimento à equipe e de comprometimento com o outro, ressalta essa dimensão política, a da responsabilidade por todas as ações.

Na entrevista com os familiares, a definição quanto ao trabalho da equipe com os usuários quase não é alterada em relação à análise dos profissionais: uma visão direcionada aos cuidados e bem estar do doente mental. Vejamos algumas dessas conversas:

"O CAPS é ótimo porque meu irmão adora vir nas atividades. Os profissionais cuidam bem de todos. Todos eles conversam com meu irmão, dando toda a atenção que ele merece". (Entrevistado E, familiar).

"Porque houve uma melhora muito grande no relacionamento com a família, depois de ser atendida pelos profissionais do CAPS. Minha mãe, hoje, é outra pessoa, pois consegue se expressar melhor com a família e com os estranhos, coisa que antes não acontecia. Mas graças à ajuda dos

profissionais do CAPS, ela está conseguindo viver melhor e nós também". (Entrevistada F, familiar).

"Ela adora os profissionais do CAPS, todos, porque eles a tratam bem e dão atenção a ela. Está melhorando a cada dia, graças à equipe daqui, um conjunto de profissionais que trabalham juntos em função da melhora do paciente". (Entrevistado G, familiar).

"Porque depois que ele começou a frequentar o CAPS e conheceu esta equipe que cuida dele com tanto carinho, nunca mais tentou se matar. Vivemos mais tranquilos". (Entrevistado H, familiar).

Assim, percebe-se, através das falas dos familiares, a existência de um espaço de muito cuidado, reflexão e respeito, o que faz desta uma instituição diferenciada, pelo fato de ser administrada por excelentes profissionais dispostos a cumprir com seu juramento profissional, e que tem por objetivo fazer deste um espaço que visa o coletivo, dando ênfase ao olhar acompanhado da escuta, ao diálogo, nas intervenções e ações, e ao comprometimento em comum dos profissionais.

Desta forma, Türck (2002, p.22), destaca que:

[...] A síntese da experiência e conhecimento profissional dos atores sociais em uma ação conjunta e participativa, objetiva a construção de uma práxis interdisciplinar no atendimento a situações individuais e ou coletivas que emergem em um determinado contexto social.

Considerando o importante papel da família no processo terapêutico, é preciso destacar que esta também recebe atendimento no CAPS, pois é fundamental que ela receba esses cuidados e atenção, para que consecutivamente o indivíduo doente mental tenha maior qualidade de vida. Afinal, de fato, isso não depende só da instituição CAPS, mas dos familiares no convívio diário.

A aceitação por parte da família constitui um dos fatores imprescindíveis para o desenvolvimento da capacidade de segurança e autovalorização da pessoa. A família é, além disso, um meio heterogêneo, no qual desde a mais tenra idade o indivíduo entra em contato com pessoas de sexo, idades e temperamentos diferentes. Essas interações propicia o desenvolvimento da capacidade do indivíduo de se relacionar no mundo. Portanto, ele não pode ser considerado isoladamente, pois pertence a um contexto social do qual vai assimilando os padrões, as normas e os valores. (KRYNSKI, 1984, p. 98).

No entanto, podemos demonstrar, através dos gráficos seguintes, mais resultados da pesquisa, evidenciando que tanto para a equipe interdisciplinar do

CAPS quanto para as famílias entrevistadas, o trabalho interdisciplinar é considerado ótimo, segundo os dados coletados.

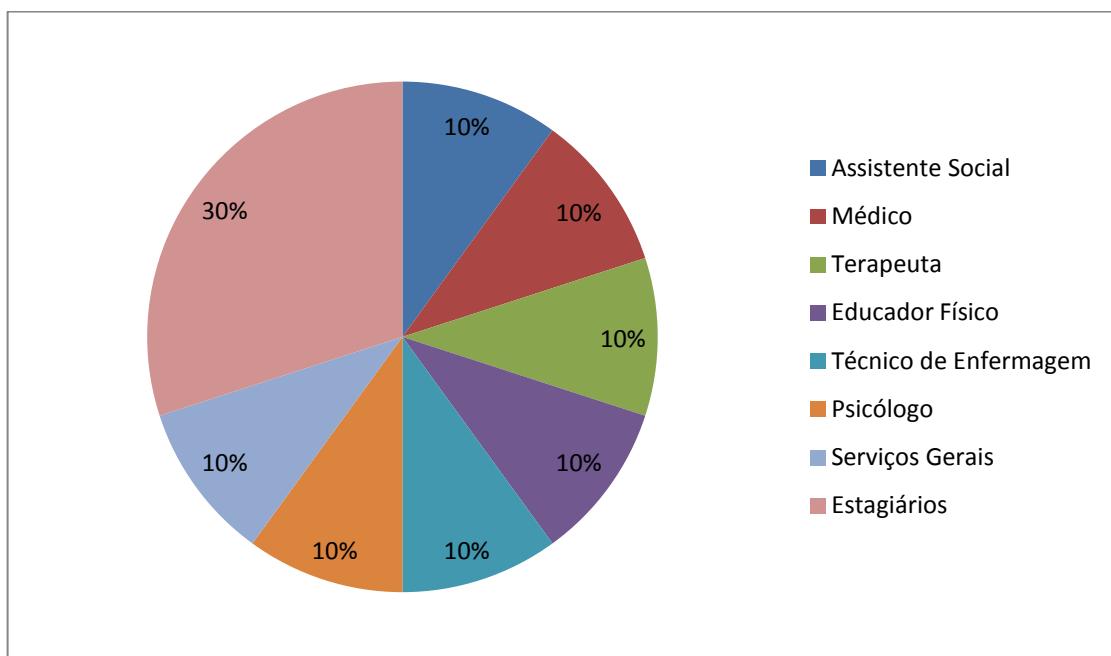


Ilustração 2: Profissionais que atuam no CAPS

Fonte: produção do pesquisador(2013).

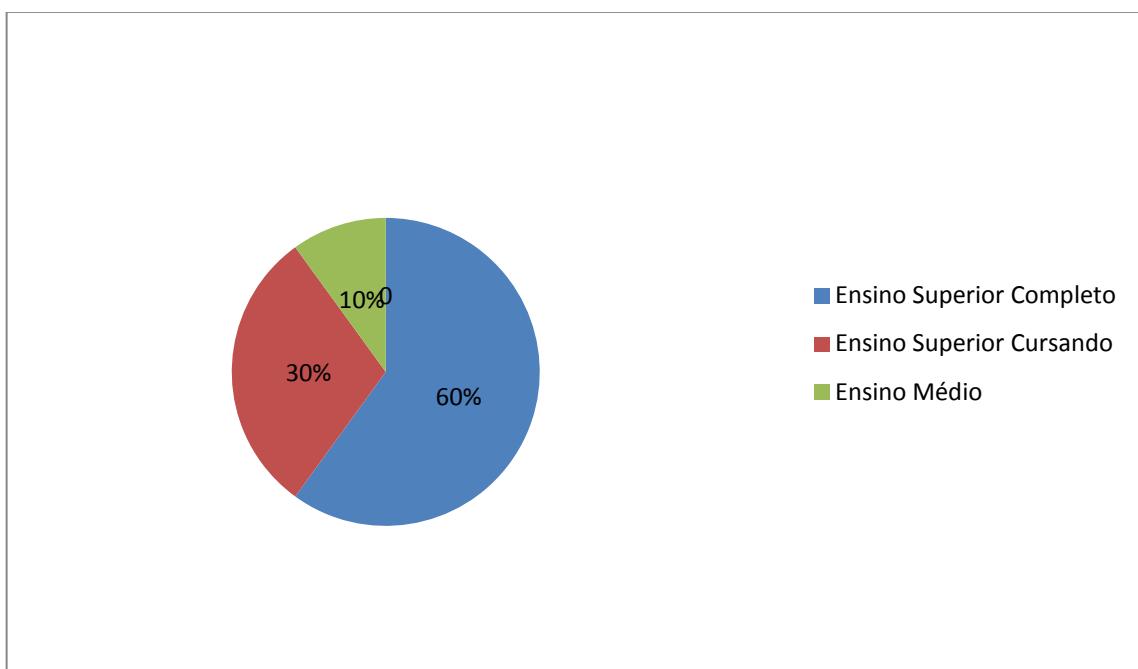


Ilustração 3: Formação acadêmico dos profissionais do CAPS de Santa Rosa

Fonte: produção do pesquisador (2013).

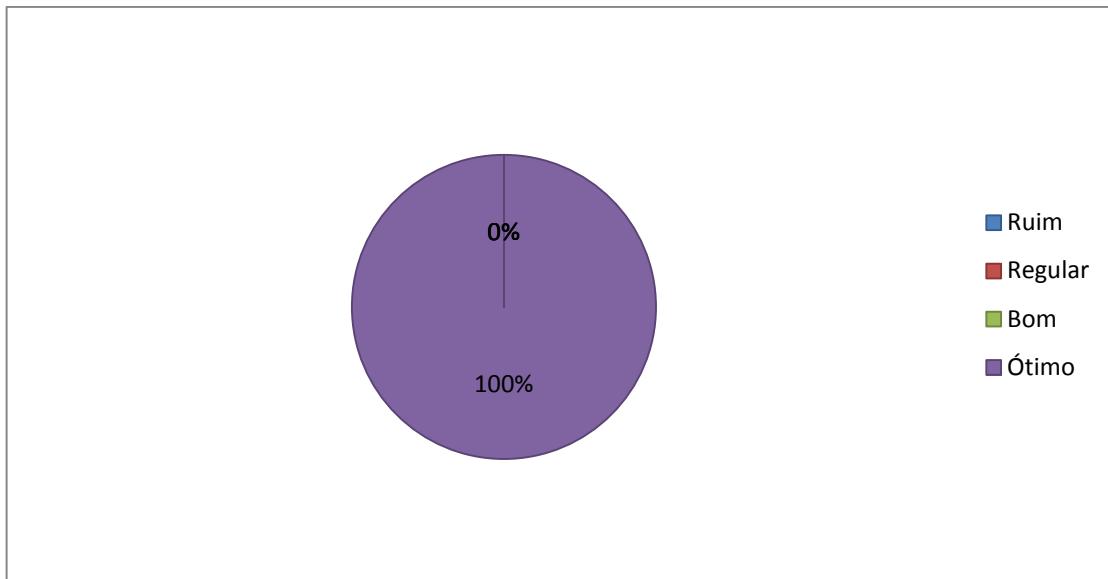


Ilustração 4: Avaliação do Trabalho Interdisciplinar pelos Profissionais do CAPS  
Origem: produção do pesquisador (2013).

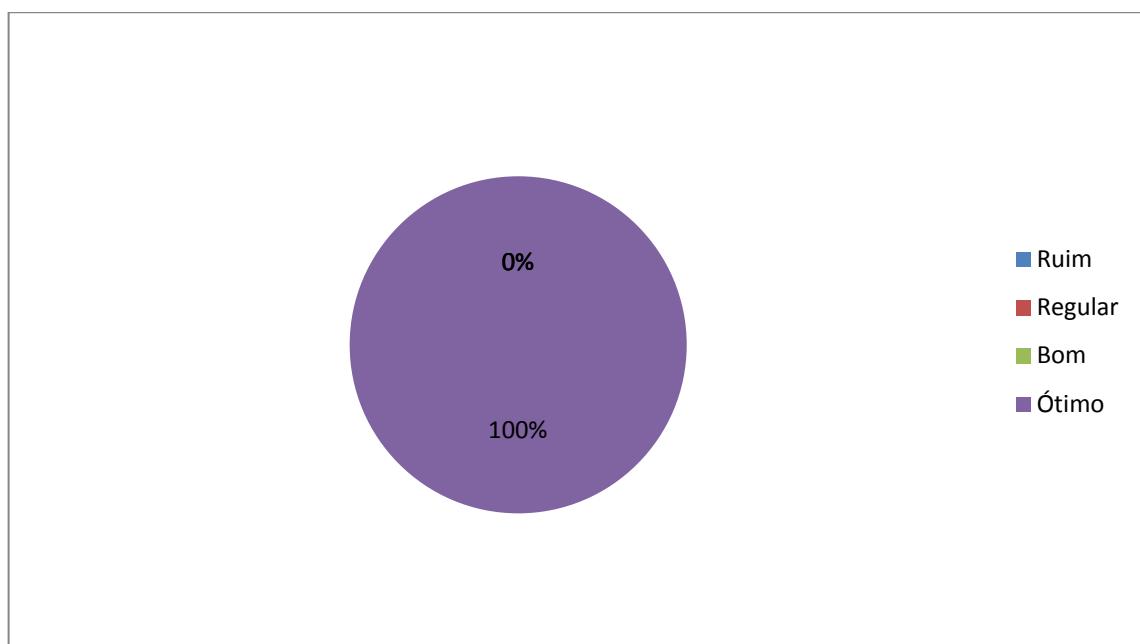


Ilustração 5: Avaliação do Trabalho Interdisciplinar pelos Familiares dos Usuários do CAPS  
Origem: produção do pesquisador (2013).

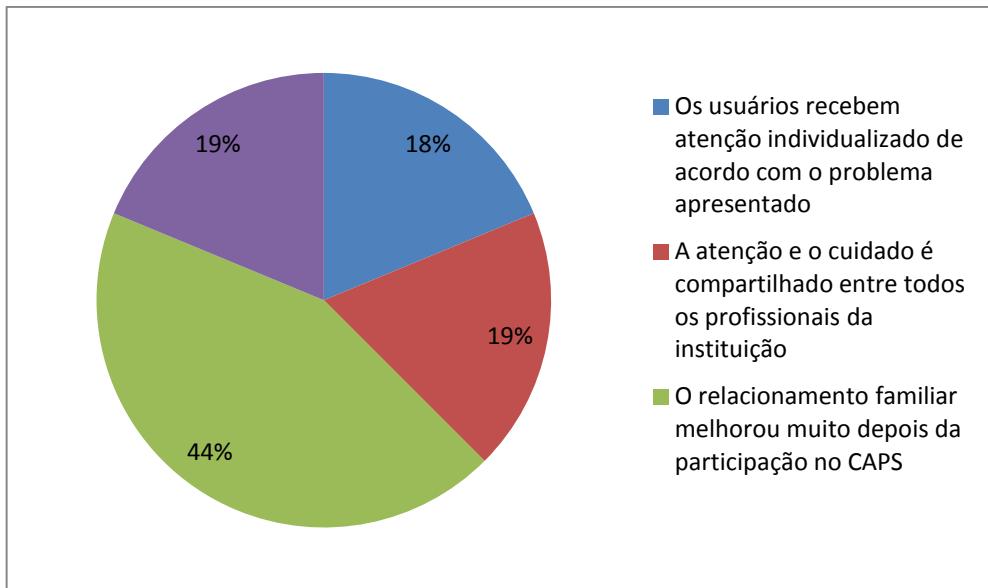


Ilustração 6: Principais razões apresentadas pelos entrevistados sobre a importância do trabalho interdisciplinar no CAPS de Santa Rosa  
Origem: produção do pesquisador (2013).

Então, dentro desse contexto, podemos conceituar o trabalho de uma equipe interdisciplinar de várias formas, mesmo sabendo que o Ministério da Saúde aponta a interdisciplinaridade como uma nova proposta de trabalho, que, segundo a Portaria nº399/GM de 22/02/06, culmina na edição do 6º volume da Série Pactos da Saúde<sup>18</sup>:

[...] todo o município é responsável pela integralidade de atenção à saúde de sua população, devendo garantir ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio de uma abordagem integral e contínua do indivíduo em seu contexto familiar, social e de trabalho.

Dessa forma, é relevante apresentar outros conceitos dos prefixos que são usados com a disciplinaridade, para melhor entender a interdisciplinaridade, ou seja, os termos multi, pluri, inter e trans, pois, segundo Japiassu (1976), é importante conhecer a origem das palavras para melhor compreender as derivações que dela possam existir.

Seguindo princípios de Japiassu e outros autores, podemos resumir os conceitos dizendo que multidisciplinaridade é a execução de algo desprovida de objetivos comuns, uma simples justaposição em um exercício determinado, sem implicar em um trabalho de equipe coordenado. Na pluridisciplinaridade, deve haver

<sup>18</sup>BRASIL. MINISTÉRIO da Saúde. ATO PORTARIA nº 339/GM. EM 19 DE FEVEREIRO DE 2002.

um núcleo comum, parecendo uma relação com grau de colaboração, mas sem ordenação.

Estas duas terminologias são frequentemente colocadas como sinônimos, o que necessariamente não se constituiria um erro. Perini (2001) chama de multidisciplinar o que Japiassu (1976) chama de pluridisciplinar, ou seja, quando um problema comum é tratado de forma sequencial ou paralela por disciplinas específicas.

Deste modo, Richardson apud Perini et al. (2001) caracteriza a interdisciplinaridade como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. E a transdisciplinaridade, como um trabalho coletivo que compartilha conceitos e construção conjunta de teorias e abordagens para resolver problemas comuns (RICHARDSON apud PERINI, 2001, p.103).

Bem como diz SÁ (2007, p.76), “não se trata de criar uma superciência, mas de buscar a concorrência solidária das várias disciplinas na construção da totalidade humana”.

De acordo com o pensamento de Japiassu (1976, p. 72), para entender a interdisciplinaridade, antes de tudo, é importante entender o conceito de disciplina. O autor parte do pressuposto de que disciplina tem o mesmo sentido que ciência e disciplinaridade, que significa: “[...] a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, onde tal exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que substituam os antigos”. (SOUZA E RIBEIRO, 2010).

Desta forma, identificamos um trabalho interdisciplinar quando ele consegue se incorporar a outros resultados, independente da sua especificidade, utilizando-se de técnicas, teorias e ferramentas de outras disciplinas, pois este, uma vez modificado, não pode mais voltar a ser o que era antes. (SPANDINI, 2007).

Em equipe interdisciplinar, os profissionais buscam contribuir com os conhecimentos técnico-científicos de sua disciplina, estudo e superação de determinadas situações. Para tanto, os profissionais envolvidos precisam estar abertos às mudanças, dotados do espírito de descoberta e curiosidade, desejando enriquecer-se com novos enfoques, precisando estar cheios de gosto pelas combinações de perspectivas e, principalmente, desejosos de superar os caminhos já trilhados. (SOUZA E RIBEIRO, 2010, p.92).

A saúde mental adquiriu, com o passar dos anos, um novo modelo de atendimento, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), cuja relevância exige postura com relação ao cuidado ao doente mental. O conceito da interdisciplinaridade é importante nesse processo de atendimento saúde/ doença mental, pois instiga dos profissionais envolvidos uma nova atitude, capacidade de articulação e conhecimentos específicos. (SPANDINI, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2005, p. s.n).

Estudar e reconhecer a profissão do assistente social na saúde mental é também um ponto importante neste trabalho, tendo em vista “a atuação do assistente social frente ao sofrimento mental, a qual não se resume a restituir uma falta de cidadania ou suprir direitos previdenciários: o problema nessa área é muito mais complexo<sup>19</sup> e paradoxo<sup>20</sup>” (BISNETO, 2007. p. 195).

Este trabalho não se justifica só pelas contradições, entre o homem e o meio natural em que vive, mas também entre indivíduo e sociedade, tendo em vista que grande parte da população desconhece ou tem uma visão superficial do assunto abordado. (BRASIL, 2007).

A expectativa deste trabalho não é mostrar somente a descrição da prática da equipe profissional, mas analisar um todo que busca transformar problemas em soluções; bem como identificar as demandas do centro de atenção, a prática desenvolvida pelo assistente social e o processo de trabalho na ressocialização dos usuários na sociedade e com a família, visando combater as problemáticas existentes, como: preconceito, discriminação e exclusão social. (BRASIL, 2007).

É nessa perspectiva que este trabalho busca analisar o convívio entre o CAPS, a família e o doente mental, fomentando que o papel da família é ser coparticipante do CAPS, pois sua presença e preocupação junto à instituição são importantes para a reabilitação do usuário, tanto na relação familiar quanto na vida social; e que a equipe que trabalha com a interdisciplinaridade são de suma

---

<sup>19</sup> Complexo: difícil, complicado, de solução difícil.

<sup>20</sup> Paradoxo: exposição de uma ideia na qual haja dois pontos, um se opondo ao outro; ideia oposta ao pensamento geral.

importância para que o desenvolvimento terapêutico tenha resultados positivos na vida do sujeito doente.

Conforme BISNETO (2007, p.192), “Se objetivamos certa autonomia dos usuários na reabilitação psicossocial, precisamos fazer uma análise correta de suas possibilidades de reapropriação das relações sociais que os atravessam e os determinam”.

Trazer uma nova leitura sobre a atuação do Serviço Social na saúde mental também é importante, pois acredita-se que, para se inserir neste campo de trabalho, o profissional deve estar preparado intelectualmente, psicologicamente, fisicamente e ser um conhecedor da realidade. (BISNETO, 2007).

Esta pesquisa traz reflexões que emergem da realidade vivida pela estagiária do Serviço Social durante 270 horas de estágio extracurricular, no CAPS de Santa Rosa.

[...] é importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do Serviço Social, como precondição para que possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrindo alternativas de ação (IAMAMOTO, 2001).

Nesse sentido, é possível observar e reconhecer a atuação interdisciplinar dos profissionais, os quais desenvolvem um papel incondicional para com o usuário que é o protagonista de uma história antiga, mas que a cada século sobrevive vencendo barreiras de preconceito e conquistando seu espaço como direito. (Iamamoto, 2009).

Assim, percebe-se a grandeza da responsabilidade e dos desafios a serem superados para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, a compreensão da prática do Serviço Social em Saúde Mental exige também uma análise institucional, no entanto, neste trabalho, não se está analisando a instituição, mas sim a atuação interdisciplinar dos profissionais. Vejamos em nosso próximo texto a atuação do profissional assistente social na área da saúde mental.

### 3.3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Conforme o estudo realizado, a inserção inicial do Serviço Social na área da saúde aconteceu por volta dos anos 30, período em que a política de saúde foi formulada, momento em que se começou a criar políticas sociais em resposta às reivindicações dos trabalhadores.

O trabalho do assistente social, nesse período, estava vinculado à assistência médico-previdenciária (desenvolvida pelas instituições estatais) e às ações de educação em saúde (desenvolvida pela Igreja Católica). A profissão era conhecida como Serviço Social Médico e realizava ações de caráter educativo-normativo, que atuava, inclusive, nos hábitos de higiene da população. A partir disso, a ação profissional de saúde aumentou consideravelmente, transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais, deixando de ter uma prática de julgamento moral com relação à população-cliente, passando a ter uma análise de cunho psicológico. (BRASIL, 2009).

Em âmbito geral, o assistente social pode exercer suas funções profissionais em várias áreas de segmentos populacionais, ou seja, nas instituições que trabalham com idosos, crianças, famílias e pessoas necessitadas de cuidados especiais, bem como em diferentes departamentos, como: segurança social, educação, saúde, assistência social, previdência social, trabalho, questão agrária e habitação. Essas oportunidades de trabalhos exigem desse profissional um conhecimento excêntrico e superior.

Esse arsenal de conhecimentos ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, do qual o assistente social precisa apropriar-se no seu âmbito de atuação profissional, varia, desde os considerados específicos, decorrente da área de Serviço Social propriamente dita, como também apropriações sobre legislações, principalmente a relativa à legislação social voltada para a criança e o adolescente (ECA) idoso (Estatuto do Idoso) SUS (Sistema Único de Saúde) Loas (Lei Orgânica de Assistência Social) Sistema Único de Assistência Social (Suas) Suas/RH; Política Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD) Lei de Diretrizes e Bases (LDB); políticas sociais, conhecimento e habilidade de trabalhar em equipes, interfaces com poder público local, articulação de redes e com instâncias locais diversas, o que requer, além da formação generalista, apropriações aprofundadas dependendo da inserção sócio-ocupacional. (SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE, 2010, nº 101).

O mesmo se passa nos espaços públicos, tais como: prefeituras, Ministério Público, escolas, abrigos, Instituto Nacional de Seguro Social, INSS, albergues, sistema carcerário, presídios e penitenciárias, hospitais, Fase e também em

entidades privadas como: comércio, empresas de serviços, indústrias, na assessoria e consultoria, e em muitas outras entidades da área de atuação desse profissional.

Percebe-se, então, que o assistente social é um profissional importante e necessário para as demandas da questão social, sendo merecedor do reconhecimento da sociedade brasileira. O profissional busca, em diferentes espaços sócio-institucionais, conhecer, minimizar e equacionar as demandas apresentadas na atualidade, instigando sempre a compreensão das condições e seus efeitos. Demonstrando, assim, sua função social claramente definida:

Os assistentes sociais possuem e desenvolvem atribuições localizadas no âmbito da elaboração, execução e avaliação de políticas públicas, como também na assessoria de movimentos sociais e populares. Trata-se de uma profissão de nível superior, que exige de seus profissionais formação técnica, ética e política, orientando-se por uma Lei de Regulamentação Profissional e um Código de Ética. (BRASIL, 1993, s.n.).

Desse modo, muitas oportunidades e possibilidades de atuação emergem para o profissional assistente social, amparados pelo seu próprio Código de Ética Profissional, o qual estabelece os eixos de ações de modo a esclarecer as atribuições e competências que lhe são encaminhadas. Como o artigo 4º -“O assistente social, no desempenho das tarefas inerentes à sua profissão, deve respeitar a dignidade da pessoa humana que, por sua natureza, é um ser inteligente e livre”. (CFESS, 1993).

A partir dessa percepção, entendemos que a questão social é o ponto de partida para a atuação do assistente social, entendida, numa perspectiva marxista, como fruto da absorção privada dos meios de produção e da riqueza socialmente produzida através do trabalho não pago, um processo capitalista. Isto é, o assistente social é levado a intervir sobre as múltiplas expressões da questão social. (ROCHA, 2012, p.46).

No Brasil, o Serviço Social começou como assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas reparações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social. (IAMAMOTO & CARVALHO, 1998, apud BISNETO, 2007, p.20).

É importante, pois, identificar a questão social na área da saúde mental, para saber se o assistente social tem nitidez de suas atribuições, desafios e competências. De acordo com Iamamoto:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO E IAMAMOTO, 1983, P.77).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica reconhece a questão social como um dos determinantes do sofrimento psíquico, que deve ser relevante na reabilitação dos usuários, pois observa-se que as relações sociais desses sujeitos partem da violação dos direitos e da vivência cotidiana, marcada pelas expressões da questão social. (ROCHA, 2012).

Iamamoto (1997, p. 14), referindo-se a este ponto, define o objeto do Serviço Social nos seguintes termos:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos às experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resiste e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade.

É relevante citar que o assistente social, ao fazer uma análise social ou institucional da realidade, seja um profissional responsável por suas ações de intervenção proporcionando, desta forma, meios de intervenções que possam melhorar as condições de vida dos usuários. Sendo assim, é de suma importância que este profissional busque capacitação profissional para aprimorar seus conhecimentos e habilidades nas suas diversas áreas de atuação, neste caso, em específico, o da saúde mental. (BONALDI, 2007).

Nesse contexto, faz-se necessário considerar que o trabalho do profissional assistente social na saúde mental não é uma inovação, pois segundo Soares (2006), “a atuação do assistente social nessa área começa nos Estados Unidos, em 1905, bem antes do reconhecimento da profissão na sociedade”.

Entretanto, nessa época, a atuação do assistente social se baseava em um modelo “Psiquiátrico” chamado “after- care”<sup>21</sup> – termo médico usado para se referir aos cuidados com a recuperação da saúde, inclusive com a das crianças. Desta forma, o assistente social deveria preparar os usuários para sair da internação, assim como fazer o acompanhamento pós-alta. (MACHADO, 2009).

Os assistentes sociais já estavam familiarizados com o problema de reajuste enfrentado pelo doente mental após a alta, pois além dos fatores ambientais que contribuíram adversamente para desencadeá-lo da doença, ele tinha que encarar as dificuldades que o estigma da loucura acarreta para as pessoas. Afinal de contas, desde a época de seus predecessores, os assistentes sociais entraram em contato com o problema da doença mental, pois tradicionalmente a assistência ao louco indigente, antes de ser incumbência médica, foi prestada pelas instituições de caridade (SILVA, 1993, p.245).

Entretanto, muitas vezes, o paciente retornava ao tratamento com crises ainda piores, pois não suportava as pressões que seu ambiente pouco sadio lhe oferecia. Assim, ficava evidente que o trabalho após a alta deveria continuar, pois o usuário necessitava de ajuda para se readjustar externamente. (SILVA, 1993).

A Inserção do assistente social na saúde mental coletiva levanta questionamentos acerca do objeto, da especificidade e da legitimidade profissional, que nos revelam um lado “saudável” na tentativa de superação da intervenção calcada numa concepção de sociedade e homem funcionalista e higienista. Em nosso ponto de vista, o componente gerador de desconforto no serviço Social não é a diluição do Social nos aspectos “psicológicos”, mas sim a ampliação da democratização do debate do “social” na equipe e nas diversas intervenções de outros profissionais da saúde mental. (MACHADO, 2009, p. 246).

Assim sendo, o campo da saúde mental passa por mudanças em busca de aprofundamentos dos aspectos sociais, instigando a cidadania e a inclusão social dos doentes mentais. Esses aspectos sociais envolvem também outros profissionais da área da saúde, transformando registros culturais, econômicos e simbólicos, em profundas mudanças nas relações e posições de diversas áreas profissionais. Entretanto, segundo Machado (2009, p. 248):

---

<sup>21</sup> Em 1841, foram fundadas na França as Sociedades de Voluntários de after – care, o mesmo ocorrendo alguns anos mais tarde na Inglaterra. Nos Estados Unidos, durante a última década do século passado, diversos psiquiatras e também assistentes sociais defenderam vigorosamente a organização de sociedades parecidas em seu país (SILVA, 1993, p.78).

O social, no campo da saúde mental, está incorporado ao próprio modelo de atenção atual, que tem como base a incorporação do social no modelo do CAPS, que visa à inserção social dos portadores de transtorno mental, gerando ampliação de debate e intervenção no “social” pela equipe.

Diante de tal relevância, o que podemos enfatizar é o diferencial com que o assistente social se legitima na equipe de trabalho, a partir de seus conhecimentos sobre políticas públicas e de direitos sociais, contribuindo assim para o enfrentamento de expressões da questão social impressas no processo de saúde e sofrimento psíquico, referindo-se, assim, à ampliação do setor da saúde, presente na Constituição de 1988. (MACHADO, 2009). Assim, como já indicamos:

A orientação do CAPS favorece que os profissionais da equipe (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e enfermeiros) tenham sensibilidade e reconheçam a questão social, porém eles não têm bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa que lhes permitam intervir de forma qualificada. A trajetória histórica da profissão do Serviço Social no processo de trabalho em saúde mental vem contribuindo cotidianamente no enfrentamento do miúdo da questão social na interface saúde - sofrimento psíquico. (MERHY, 2002, p.123).

Mesmo que a saúde tenha avançado muito nos últimos anos, tanto na medicina, no tratamento de doenças incuráveis, quanto na tecnologia de equipamentos, é compreensível que a população exija e tenha a expectativa de que dias melhores virão para a saúde pública no país, podendo contar com profissionais capacitados, que estarão aptos a dar todo o suporte necessário a quem precisa.

Desta forma, podemos destacar a grande evolução que se deu com a saúde mental nos últimos anos. Com o amparo da Reforma Psiquiátrica, as pessoas com transtornos mentais passaram a ser amparadas de forma humanizada, recebendo atendimento intensivo, individualizado e familiar, sem precisar do isolamento. E o profissional assistente social progrediu muito nesse sentido também, buscando um maior aprimoramento de suas habilidades e responsabilidades.

De maneira mais específica, observamos, nesse contexto, que no município de Santa Rosa as instituições de saúde têm como objetivo principal oferecer atendimento à população na sua área de abrangência, que atualmente são dezessete (17) postos de saúde e três (3) postos avançados, realizando acompanhamento clínico e encaminhamentos terapêuticos para o CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), onde se realiza o trabalho através da ESF (Estratégia da Saúde Familiar), bem como a reinserção social dos usuários pelo acesso ao

trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Enfim, a saúde mental carrega em sua trajetória uma longa história de lutas em busca de melhorias aos indivíduos doentes mentais, tanto na assistência à saúde mental quanto na qualificação e comprometimento dos profissionais que atuam nesse meio. Essas lutas existem há duas décadas, sempre mobilizando transformações positivas nessa área. (KRYNSKI, 1984, p. 14).

Instiga-se, com essas lutas, desde sua origem, o pleno funcionamento dos novos modelos de tratamento psicossocial, assim como um avanço no exercício profissional interdisciplinar das equipes responsáveis por esse atendimento. Para isso, é importante que as equipes saiam da hierarquia e comecem a trabalhar em prol da mesma iniciativa: o serviço social propriamente dito.

A partir dessas considerações, é possível perceber que o profissional do Serviço Social reconhece o valor do seu trabalho, visando assim sua identidade profissional preservada e reconhecida pelos usuários e familiares.

Neste cenário, sabendo da atenção e de todo cuidado que a Reforma Psiquiátrica abrange, é correto dizer que a saúde mental é um campo de trabalho que vem crescendo e se agregando de maneira positiva para a atuação do assistente social. Assim, “em termos práticos, os assistentes sociais precisam dar apoio ao movimento de Reforma Psiquiátrica e suas propostas de políticas sociais” (BISNETO, 2007, p.194).

É bem verdade que a atuação do Serviço Social sofreu alterações relevantes devido à assimilação de novos estudos e intervenções emergidos na área psicossocial e em razão também das transformações e mudanças instigadas dentro da própria profissão. Essas, na realidade, ainda têm um longo caminho a percorrer, no que tange a área da saúde mental, mas para isso é preciso que o profissional esteja sempre preparado, qualificado e que busque estudos específicos dessas novas áreas implantadas pela questão social, no contexto da contemporaneidade.



## CONCLUSÃO

Esse estudo conclui-se respondendo à pergunta-problema que norteou esse trabalho sobre a interdisciplinaridade na área da saúde mental, no município de Santa Rosa, no centro de Atendimento Psicossocial – CAPS: “O trabalho interdisciplinar na área da saúde mental contribui para o desenvolvimento terapêutico dos usuários com transtorno mental no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)?”

O estudo buscou conhecer o importante papel desenvolvido pelos profissionais graduados, que atuam na área da saúde mental os quais se unem em busca de um só objetivo, cuidar e oferecer o melhor atendimento ao usuário com de Transtorno Mental, bem como à sua família.

Baseado na vivência e na experiência adquirida durante o processo de estágio na instituição, tornou-se relevante a busca por esse conhecimento. A análise do conhecimento adquirido ao longo do desenvolvimento deste estudo permitiu conhecer e contribuir com possíveis sugestões e melhorias para as questões vivenciadas e apresentadas no CAPS de Santa Rosa, relacionadas ao atendimento interdisciplinar para usuários e seus familiares.

O estudo partiu da reflexão sobre a saúde de modo geral, desde sua originalidade até os novos sistemas e programas, que na atualidade fazem parte dos novos tratamentos oferecidos. Tratamentos estes que objetivam um atendimento de caráter integral, ou seja, que atenda às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos portadores de doenças mentais que buscam no CAPS um espaço para a ressocialização.

Nesta construção, onde as dificuldades encontradas foram muitas, cabe ressaltar a importância que foi a criação dos institutos de pesquisa, bem como a criação dos Programas de Saúde Familiar- PSF, na vida da população brasileira.

Na busca do conhecimento e do reconhecimento das discussões e ações desencadeadas no Sistema Único de Saúde – SUS –, é possível concluir também que o mesmo conquistou muitas formas e ações relevantes na assistência à saúde,

procurando, de certa forma, oferecer o melhor atendimento à população, visando tornar-se um sistema de competência e eficácia para todos.

No entanto, também durante essa pesquisa sobre o trabalho interdisciplinar, pudemos relatar que os fatos ao longo da história nos mostram outra realidade. O Sistema, embora trouxesse na sua característica de formação um atendimento de qualidade para todos os cidadãos, mostra que desde sua criação até hoje não conseguiu atingir todos os seus objetivos, exemplo, acabar com filas de espera para o atendimento, demora nos resultados de exames, falta de medicamentos e etc.

Para concluirmos a ideia de reflexão na área da saúde mental, tema principal deste estudo, verificou-se que a saúde mental não escapou das dificuldades e ainda trouxe como agravante: o preconceito originado, tanto do desconhecimento científico sobre as doenças psíquicas, quanto de uma sociedade que se caracterizava pelo conceito de “indivíduo normal” e “indivíduo louco” até a Reforma Psiquiátrica.

Após Reforma, podemos concluir então, que o Ministério da Saúde, com as novas formas de tratamento para os doentes mentais, objetivou transformar culturalmente a “velha” concepção do doente mental, em um indivíduo capaz de desenvolver suas capacidades físicas, cognitivas e sociais, através de um atendimento integral, observando, claro, as especificidades de suas limitações.

Concretiza-se também que com uma concepção mais moderna e amparada nos novos conhecimentos científicos sobre as doenças mentais, surgem novas oportunidades e campos de trabalho para os profissionais que são envolvidos no tratamento terapêutico. Emerge-se assim uma equipe multiprofissional que atua na interdisciplinaridade. Essa equipe é formada por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, educadores e assistentes sociais.

Percebe-se, assim, que o assistente social é um profissional que atua de forma efetiva e com papéis bem definidos nas suas ações. Trabalhando de forma interdisciplinar, esse profissional é o apoio fundamental nos diversos tratamentos, ou seja, grupo terapêutico e atendimento individual e de grupo buscando assim, através de um olhar sensível conhecer o problema que afeta o paciente. Bem como, esse mesmo processo acontece nas atividades realizadas junto às famílias dos usuários com doenças psíquicas, como por exemplo, reunião de família. Pois, este profissional Assistente Social tem na sua formação, conhecimento de políticas públicas e direitos sociais, fazendo com que possa contribuir sistematicamente no

enfrentamento das questões sociais que estão envoltas ao processo de saúde e sofrimento psíquico.

A conclusão desse trabalho emerge da pesquisa de estudo realizada para construção desse trabalho e da experiência vivenciada junto ao Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS, que oportunizaram conhecer o trabalho interdisciplinar na área da saúde mental, em Santa Rosa. A coleta de dados partiu de uma pesquisa semi estruturada disponibilizada aos profissionais e aos familiares que têm participação ativa no Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS.

Através dessa pesquisa, buscou-se resposta ao problema que instigou esse estudo. Foi possível verificar que o CAPS é uma instituição composta por dez profissionais, sendo que desses, seis são técnicos graduados: a Assistente Social, a Médica Geral, a Psicóloga, o Terapeuta Ocupacional e o Educador Físico, e os outros quatro são profissionais de nível médio e estagiários cursando o Ensino Superior.

As famílias entrevistadas nesta pesquisa são membros da família dos usuários, como: irmãs, mães, esposos e filhos. Os mesmos têm uma importância muito significativa dentro da instituição por serem pessoas participantes assíduas das reuniões de família realizada no CAPS.

Fazendo uso da entrevista semi estruturada, analisando e contabilizando estatisticamente os dados obtidos junto aos profissionais e familiares, obteve-se destaque para os dados quantitativos avaliados na máxima excelência, ou seja, o conhecimento e o reconhecimento do trabalho interdisciplinar são considerados ótimo. É importante que se ressalte também que esse resultado, não se destaca só pelo trabalho interdisciplinar no tratamento terapêutico, mas sim, num todo, esse atendimento interdisciplinar abrange o geral de todo e qualquer atendimento na instituição CAPS e na rede de atenção psicossocial, buscando sempre o melhor para seu usuário doente mental.

A avaliação positiva demonstra uma grande e importante conquista do Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS, considerando que este espaço, localizado em nosso município, apresenta como destaque a qualidade do trabalho multidisciplinar oferecido pela equipe e gestão do CAPS.

As respostas apresentadas no questionário também permitiram a compreensão de que, para as famílias dos usuários, considerando de forma específica o trabalho do profissional Assistente Social, reconhecem a sua

importância na efetivação do direito social. Desta mesma maneira, observou-se que os próprios profissionais se reconhecem profissionalmente, respeitando o espaço e o saber de cada um, trabalhando coletivamente em busca do direito e da cidadania do usuário doente mental.

Verificou-se, portanto, através dos dados obtidos na pesquisa, que os objetivos que deu inicio a esse trabalho foram alcançados, analisados e compreendidos, pois a identificação do processo de intervenção de cada profissional do CAPS se da através do saber profissional de cada um, analisando cada caso e explanando na coletividade em prol do melhor para o usuário.

O processo de trabalho é feito através de visitas domiciliares, entrevistas, acompanhamento terapêutico e medicamentoso, atendimento individual e de grupo. As atividades são efetivadas e planejadas em reuniões da equipe técnica e inseridas nos grupos dependendo da necessidade do usuário.

O assistente social contribui com seu saber profissional realizando visitas domiciliar, acompanhamento pericial, grupo terapêutico, atendimento individual, passe livre, BPC e coordena as reuniões de família, assim é reconhecida a importância desse profissional na área da saúde mental, respeitando o espaço e o saber de cada profissional, trabalhando coletivamente em buscado do direito e cidadania do usuário doente mental.

Assim também, foi possível responder ao problema de pesquisa, ao qual este estudo se propôs, que era o de buscar conhecer e compreender o trabalho interdisciplinar em uma equipe de atendimento para pessoas com necessidades especiais.

Quanto ao trabalho desenvolvido pelo profissional Assistente Social no CAPS de Santa Rosa, constatou-se que o mesmo realiza todo seu trabalho dentro das normas e éticas exigidas pela instituição, atuando na individualidade do usuário doente mental, bem como junto às famílias e sociedade em geral, com diversas atividades que oportunizam a reinserção social do indivíduo.

Também, percebeu-se, com esse estudo, que o Assistente Social, junto com toda equipe multidisciplinar, ajuda a desmistificar conceitos e pré-conceitos sobre as reais capacidades dos portadores de doença mental, possibilitando a efetiva reintegração do doente à sociedade, recebendo assim , como qualquer outro, o direito de ter direitos e de estar na sociedade como cidadão participativo.

No entanto, finalizamos esse trabalho citando que a saúde mental possui vários conceitos, o qual engloba desde transtornos como dilexia, demência, síndromes de Down, autismo e a depressão que se apresenta de diferentes formas com diferentes sintomas. A doença mental pode ser também um distúrbio psicológico ou de comportamento, ansiedade e estresse as quais emergem das condições de vida, no mundo hoje, condições essas imposta pela sociedade atual.

Diante dos dados apresentados acima e toda a reflexão realizada durante a pesquisa, é importante que esse trabalho tenha continuidade. Uma discussão que está presente na realidade, não apenas para Santa Rosa e região, mas para todo o país. Tal reflexão se faz necessária, pois possibilita o fortalecimento das políticas públicas, que garantam de fato as pessoas com transtorno mental e a suas famílias, que se apresentam em situação de exclusão social, o acesso às políticas sociais públicas e à saúde digna, pois comprehende-se que este é direito fundamental para que o indivíduo se desenvolva e tenha o mínimo de cidadania.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUEQUER, Manoel Maurício. **Pequena história da formação social brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1981, p. 728.

ALVES, Domingos. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

AMARANTE. Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. 117 p.

\_\_\_\_\_. Paulo (coord.). **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BISNETO, José Augusto. **O Serviço Social na Área de Saúde Mental e a Reabilitação Psicossocial**. XI CBAS, Fortaleza, 2004.

\_\_\_\_\_. José Augusto. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007. P.120.

BONALDI,C et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. Rio de Janeiro. CEPESC – IMS, 2007.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, p.213.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica**. Guia prático do Programa Saúde da Família. 2004 a. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/guia\\_psf.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/guia_psf.pdf)>. Acesso em 01mai. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do

SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 27 mai de, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cartilha da PNH: O colhimento com Classificação de Risco. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

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

\_\_\_\_\_. Instrução normativa número 01/97, de 15 de maio de 1997. **Regulamentação dos conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do distrito federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96**. Brasília, Diário oficial da união de 15/05/97.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como: Ministério da Saúde. **Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e a Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas profissionais. São Paulo. Cortez, 1996.

BUSSULA. **O Trabalho do Assistente Social junto aos portadores de transtorno mental e suas respectivas famílias**. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharel em serviço Social. 2004. P.15.

CARTA DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL. 2012. Disponível em: <<HTTP://antimanicomials-sp-final.pdf>>. Acesso: 3 de jun de 2013.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983.

CARVALHO, A. M. P. *et alii*. Projeto de investigação: **a formação profissional do assistente social**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, 1984. n. 14.

CFESS. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993. **Código de Ética do Assistente Social**. 6ª Ed. rev. e atual. Brasília, 1993.

COSTA. Nilson Rosário. Políticas Públicas: **justiça distributiva e inovação**. São Paulo : Hucitec, 1998. 178 p.

\_\_\_\_\_. Nilson Rosário. Políticas Públicas: **justiça distributiva e inovação**. São Paulo : Hucitec, 1998. p. 178.

COSTA-ROSA. A. O Modo psicossocial: **um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante P, organizador. *Ensaios-subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 68 - 145.

DALLARI. Gandolfi Sueli. *A Saúde do Brasileiro*. 4<sup>a</sup> edição. Ed. Moderna. São Paulo. 1987.

DELGADO, Paulo. Projeto de Lei nº 3.657/89. Brasília. DF. Câmara de Deputados de 1989.

\_\_\_\_\_. Paulo. *As razões da Tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do Louco no Brasil*. Rio de Janeiro. Ed. Corá. 1992.

DEMO. P. *Pesquisa: princípios científicos e educativos*. 7<sup>a</sup> edição. São Paulo. Ed. Cortez. 2000.

Família faz bem ou mal à saúde mental? Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br>> Acesso em 01 de Novembro de 2008.

FILHO, Bertolli Claudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. Ed. Ática. São Paulo. 1996.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1328-1333, 2004.

FLICK, UWE. *Uma introdução a pesquisa qualitativa*. 2 edição. Porto Alegre: Bookman, 2004.

Fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa/RS. Conselho Municipal de Saúde. **Cartilha da Saúde. 2011**.

GERALDES, CESAR PAULO. **A Saúde Coletiva de Todos Nós**. Ed. Revinter. Rio de Janeiro.1992.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GLAT, Rosana, CÂNDIDA, Rute. Sexualidade e deficiência mental: **refletindo o debate sobre o tema**. Questões Atuais em Educação Especial. VOL. II, Rio de Janeiro: Sette Letras, 1996.

GÓIS. De Lima, Cesar. A Saúde Mental na Atenção Primária. **Psicologia clínico – comunitária**. 2012. P.12 – 18.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: **contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Disponível em: <HTTP://bases.bireme.br>. Acesso em 23 de set. de 1013.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática dos conflitos sociais**. Tradução Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003. 291p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. “A Questão Social no Capitalismo”. In: Revista Temporalis nº3. ABEPSS, Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. Marilda Villela. “O Serviço Social em Tempos de Globalização”. In: Dossiê CFESS, Revista Inscrita, s/l, s/d.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social na Contemporaneidade: **Trabalho e Formação Profissional**. São Paulo: Cortez, 1997

\_\_\_\_\_. Marilda Villela. “O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social”. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 1, CFESS/ABEPS/CEAD/UNB, Brasília, 1999.

JAPIASSU. H. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KRYNSHI, Stanislau. **Serviço Social na área da deficiência mental**. São Paulo: ALMED, 1984.

Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. In: **Legislação brasileira para o Serviço Social: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social**. São Paulo: Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 2006.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.12, v.2, p.399 - 407, 2007.

MACHADO R. Danação da norma. **Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Grall; 1978.

MALLOY, James. “A Política de Previdência Social: Participação e Paternalismo”. In: Dados nº13, Rio de Janeiro, IUPERJ, 1976.

MINAYO. MC. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MC, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1999. p.9-29.

\_\_\_\_\_. M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Delva pereira de. MELO, Maria de Lourdes Mobílio. **Deficiência mental O enfrentamento da questão pelas famílias**. 2002. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente, 2002.

PASSOS, Eduardo. **O CAPS**. Disponível em: <[www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br)>. Acesso em: mai. 2013.

PEREIRA, I. C. G. Do ajustamento à invenção da cidadania: Serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 217-262.

PERINI, E, PAIXÃO, H.H.; MODENA C. M.; RODRIGHES, R. N. O individuo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.5, n.8, p.101-18, 2001.

POLIGNANO. V. Marcus. **A história das Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 2009.

RODRIGUES, Martins, Rosicler. Vida e Saúde. Ed. Moderna. São Paulo.1993.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, M. O. da S. **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Maria Luiza Campos. Da higiene à Psicanálise. Rio de Janeiro: PUCRJ. Dissertação de Mestrado. 1993.

SPANDINI, Luciene Simões; CONCEIÇÃO, Maria; SOUZA, Bernardo de Mello e – **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**: Revista da escola de enfermagem da USP, V. 40, nº 1 p. 123-127. 2006. Acesso em 5 de Nov. 2013.

SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sônia Maria Teixeira. Os direitos (dos desassistidos) sociais. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello; SPADINI, Luciene Simões. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 12 de Outubro de 2008.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). Saúde Mental e Serviço Social: **O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. E. M. “**Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental**”. In: Serviço Social e Sociedade, 1997, nº 54. Cortez, São Paulo.

\_\_\_\_\_. E. M . **Abordagens Psicossociais**. Vol. I História, teoria e Trabalho no Campo. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Eduardo. M. et al. Saúde mental e Serviço Social – **o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Solicitação de autorização para participação de uma pesquisa de campo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel de Serviço Social das Faculdades Integradas Machado de Assis. O trabalho é sobre a temática “O Serviço Social e o Atendimento Interdisciplinar da Saúde Mental, no CAPS de Santa Rosa”. Através deste instrumento estamos convidando o Sr. (a) à participar da pesquisa, que tem como objetivo analisar o trabalho interdisciplinar e a percepção da família dentro do centro de Atendimento Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja metodologia será representada pelas seguintes etapas: coleta de dados através de técnicas de entrevista estruturada, de observação participante e discussão grupal durante o período de estágio obrigatório, posteriormente análise dos dados, interpretação e resultados.

Os dados coletados serão de total sigilo os quais serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação do conhecimento sobre o tema. Caso concorde com esse trabalho, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue em anexo.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento RG, \_\_\_\_\_, declaro que concordo, de forma livre e esclarecida, à participar da análise sobre a temática “O Serviço Social e o Atendimento Interdisciplinar da Saúde Mental, no CAPS de Santa Rosa” desenvolvido sob responsabilidade da acadêmica Rosane Rodrigues Quaresma, formando (a) do Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas Machado de Assis - FEMA, do município de Santa Rosa/RS, conforme metodologia e objetivos expostos.

---

Acadêmica: Rosane Rodrigues Quaresma

Santa Rosa, ..../...../.....

---

Entrevistado

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

# CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – CAPS I SANTA ROSA

Uma análise da equipe interdisciplinar sobre o trabalho realizado no atendimento à pessoas com sofrimento psíquico. Entrevista realizada exclusivamente para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso do Serviço Social da FEMA.

Acadêmica: Rosane Rodrigues Quaresma

## I – Dados de identificação:

Profissão: \_\_\_\_\_.

Tempo de atuação na instituição: \_\_\_\_\_.

II – O profissional técnico do CAPS atua na interdisciplinaridade promovendo a inserção social e o cuidado integral nos diversos níveis de atenção. Como você percebe a relação interdisciplinar dentro da saúde mental?

- ( ) Bom
  - ( ) Ruim
  - ( ) Regular
  - ( ) Ótimo

## Por quê?

---

---

---

---

# CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – CAPS I SANTA ROSA

Uma análise do conhecimento da família sobre o atendimento da equipe com o usuário doente mental. Esta entrevista é realizada exclusivamente para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso do Serviço Social da FEMA.

## Acadêmica: Rosane Rodrigues Quaresma

## I – Dados de Identificação:

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_.

II – Sabendo que a família tem um papel fundamental na vida do familiar doente. É importante saber, como a família percebe o trabalho da equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes, doentes mentais, participantes do CAPS?

- Bom
  - Regular
  - Ruim
  - Ótimo

Por quê?

---

---

---

---

---