

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
AREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**BRUNA ZMIJEVSKI ELEODORO**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**CAXIAS DO SUL**

**2022**

**BRUNA ZMIJEVSKI ELEODORO**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Monografia apresentada à Universidade de  
Caxias do Sul como pré-requisito para a  
obtenção do título de bacharel em Serviço  
Social

Orientadora: Profa. Ma. Laís Duarte Corrêa

**CAXIAS DO SUL**

**2022**

## **ATA DE ARGUIÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO SERVIÇO SOCIAL**

Aos sete dias do mês de julho de 2022, na Plataforma Google Meet, reuniu-se a Comissão Examinadora, indicada pelo Colegiado do Curso de Serviço Social desta Universidade, integrada pelos seguintes membros: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Paim Camardelo; Prof.<sup>a</sup> Ma. Laís Duarte Corrêa; Prof.<sup>a</sup> Ma. Elizabete Bertele para realizar a arguição do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Bruna Zmijevski Eleodoro intitulado “O Trabalho com famílias nos Centros de Atenção Psicossocial, tendo por palavras-chave CAPS, Trabalho com famílias e Saúde Mental, contabilizando um total de 81 páginas. Este trabalho foi orientado pela professora Ma. Laís Duarte Corrêa tendo sido previamente entregue à Comissão Examinadora e avaliado de acordo com os critérios de avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso estabelecidos pelo Curso de Serviço Social, recebendo as seguintes notas:

(a) Nota do Desempenho do aluno no processo de orientação e construção do TCC

(peso de 20 pontos): 20

(b) Nota do Trabalho Escrito (peso de 60 pontos): 60

(c) Nota da Apresentação Oral e Arguição (peso de 20 pontos): 20

Nota Final (a) + (b) + (c) = 100 transformada no código 4 , conforme Regimento Interno da UCS.

### **Comissão Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Paim Camardelo

---

Aluna: Bruna Zmijevski Eleodoro

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Elizabete Bertele

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Laís Duarte Corrêa  
(orientadora)

## AGRADECIMENTOS

*“A gratidão é a virtude das almas nobres”*

*(Esopo)*

Primeiramente, agradeço a Deus por me permitir chegar até aqui, apesar de todas as dificuldades vividas, Deus me deu saúde e condições para seguir em frente, com meu projeto.

É impossível deixar de mencionar a minha família: meu esposo Nilson, minha mãe Claci e meu pai Izaias, sem eles seria impossível chegar até aqui, eles não mensuraram esforços para que eu concluísse a minha graduação.

Agradeço às docentes do curso de Serviço Social que fizeram parte da minha trajetória: Elizabete Bertele, Rosane Inês Fontana Lorenzini, Margareth Lucia Paese Capra, Ana Maria Paim Camardelo, Heloísa Teles, Mara de Oliveira e Laís Duarte Corrêa. Com cada uma de vocês aprendi tanto e de jeitos diferentes. Vocês são exemplos para mim.

Faço um agradecimento especial à minha orientadora, Laís, que acreditou na minha proposta e me desafiou a qualificá-la a cada momento. Disponibilizou muito do seu tempo e sempre com muito carinho e alegria. Muito obrigada.

Agradeço às minhas colegas de estágio: Maria, Nicole, Pamela, Patrícia, Priscila e Silvia, que junto com a professora Rosane, me deram alicerce para seguir em frente no período de estágio. Guardo as mais lindas lembranças de vocês. Gratidão.

Todas as palavras do mundo seriam insuficientes para expressar minha gratidão a todos. Muito obrigada por tudo.

## RESUMO

O presente estudo é um Trabalho de Conclusão de Curso cujo tema é o trabalho do Assistente Social com famílias nos Centros de Atenção Psicossocial e tem o seguinte problema de pesquisa: como se dá o trabalho do Assistente Social com famílias na atenção à saúde mental nos CAPS? Portanto, teve como objetivo geral identificar como tem se dado o trabalho do Assistente Social com famílias na atenção à saúde mental nos CAPS. Esse objetivo geral se desdobra nos seguintes objetivos específicos: contextualizar a proposta da Reforma Psiquiátrica e sua materialização no contexto da política de saúde no Brasil; compreender a relação entre o Serviço Social e a política de saúde mental no contexto da política de saúde; identificar o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais junto às famílias na atenção prestada aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial. Para compreender o objeto de estudo do presente trabalho, foi utilizado o método materialista histórico-dialético, destacando as categorias totalidade, contradição, historicidade, mediação e trabalho, que foram utilizadas para compreender o objeto de estudo, compreendendo a relação histórica da política de saúde mental no contexto da política de saúde no Brasil. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, para o qual se utilizou da realização de pesquisa documental em legislações relativas à política de saúde mental no Brasil, utilizando-se ainda de dados oriundos do Datasus de abril de 2022. Também, realizou-se pesquisa bibliográfica a partir de textos, artigos e livros sobre a temática da saúde mental Serviço Social e famílias, como também nos Anais do 15º e 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizados nos anos de 2016 e 2019, buscando identificar o trabalho de Assistentes Sociais com famílias nos CAPS. Foi possível visualizar que há poucos assistentes sociais (7,04%) em relação ao total de profissionais inseridos nos CAPS, e que as regiões norte, nordeste e sul, compreendem cerca de 8% de Assistentes Sociais se comparado ao total de profissionais de suas respectivas regiões, seguidas da região centro-oeste (7,5%) e da região sudeste com a menor porcentagem (5,8%) (DATASUS, 2022). Aprendeu-se que os Assistentes Sociais historicamente têm sido demandados ao trabalho com famílias na saúde mental, e, particularmente nos CAPS, é visto como o profissional mais preparado para o trabalho com as famílias. Porém, identificou-se que há pouca socialização acerca deste trabalho, conforme demonstrado na pesquisa realizada junto aos Anais dos CBAS. Das 3.155 produções do CBAS, apenas 24 (13,14%) abordavam CAPS, e dessas 24, apenas 5 (0,5%) se relacionavam às famílias. As discussões apresentadas nos artigos como um todo demonstram que existem diversas possibilidades de trabalho a serem desenvolvidas junto aos usuários e seus familiares nos CAPS, que possibilitam a reintegração social e construção de autonomia dos indivíduos dentro de um espaço coletivo e em liberdade. Evidenciou-se, contudo, uma centralidade em abordagens individuais junto às famílias. Considera-se portanto, fundamental que se avancem em discussões acerca do trabalho com famílias nos diferentes tipos de CAPS, pois percebe-se a importância deste trabalho e a contribuição do assistente social, a partir de uma perspectiva ampliada em saúde, ancorada na reforma psiquiátrica e no projeto ético-político profissional.

**Palavras-chave:** CAPS; Trabalho com Famílias; Saúde Mental.

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPs	Caixa de Aposentadorias e pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TR	Técnico de Referência

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Histórico da saúde mental no Brasil do período colonial à ditadura militar .....	25
Quadro 2 – Síntese dos serviços da RAPS .....	34
Quadro 3 – Organização dos CAPS .....	38
Quadro 4 – Histórico da saúde mental no Brasil do movimento da reforma psiquiátrica até os dias atuais .....	41
Quadro 5 – Exigências para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na Saúde...	52
Quadro 6 – Principais atividades do Assistente Social na saúde.....	53
Quadro 7 – Relação entre RAPS, Código de Ética do Assistente Social e eixos do trabalho na saúde .....	54
Quadro 8 – Informações do 15º e do 16º CBAS .....	63
Quadro 9 – Relação dos artigos com os descritores “CAPS ou Centro de Atenção Psicossocial” do 15º e do 16º CBAS .....	65

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Diagrama sobre a metodologia da pesquisa .....	64
---	----



## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Quantidade de Assistentes Sociais no CAPS .....	56
Gráfico 2 – Publicações relacionadas a CAPS e Famílias nos CAPS .....	65

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – CAPS no Brasil por região .....	56
Tabela 2 – Levantamento de artigos do 15º e 16º CBAS sobre o trabalho do Assistente Social com famílias nos CAPS .....	64
Tabela 3 – Tipos de CAPS nos quais se aborda a temática de famílias .....	67

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: POR UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO .....</b>	<b>16</b>
2.1	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL EM RETROSPECTIVA: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	16
2.1.1	<b>O movimento pela reforma psiquiátrica brasileira e a criação da RAPS .....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>O SERVIÇO SOCIAL NOS CAPS: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS .....</b>	<b>43</b>
3.1	O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE .....	43
3.2	O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CAPS: ENTRE DIFERENTES CONCEPÇÕES DE FAMÍLIAS.....	55
3.2.1	<b>O trabalho do assistente social com famílias nos CAPS: experiências presentes no 15º e no 16º CBAS .....</b>	<b>63</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este documento se constitui em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que se configura como uma das mais importantes etapas da formação. De acordo com as Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), o TCC é uma monografia científica, realizado de acordo com os padrões e exigências metodológicas e acadêmico-científicas, e é entendido como um momento de síntese e expressão da totalidade da formação profissional, tratando-se, para tanto, de uma exigência curricular para obtenção de diploma no Curso de graduação em Serviço Social (ABEPSS, 1996).

Ainda de acordo com a ABEPSS:

É o trabalho no qual o aluno sistematiza o conhecimento resultante de um processo investigativo, originário de uma indagação teórica, preferencialmente gerada a partir da prática do estágio no decorrer do curso. Este processo de sistematização, quando resultar de experiência de estágio, deve apresentar os elementos do trabalho profissional em seus aspectos teórico-metodológico-operativos. (ABEPSS, 1996, p.19).

Neste sentido, e considerando que este TCC versa sobre a temática do trabalho do(a) Assistente Social com famílias nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destaca-se que as principais motivações para a sua escolha emergiram da realização do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social em um Centro de Atenção Psicossocial I.

Ao longo do percurso de estágio, que se deu em meio a pandemia da COVID-19, observou-se a fragilização do vínculo do serviço com os usuários e a dificuldade de dar continuidade ao Plano Terapêutico Singular (PTS) que “[...] tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito e envolve uma pactuação entre esses mesmos atores. (HORI; NASCIMENTO; 2014, p.3562). Acrescenta-se a isso, o distanciamento dos grupos familiares, diante das medidas de distanciamento social e desafios para a construção conjunta de ações em prol do cuidado que abrange tanto este grupo quanto os usuários com sofrimento ou transtorno mental.

Diante disso, e como atividade de estágio, construiu-se um plano de intervenção com ênfase no atendimento direto aos familiares mais próximos dos usuários, percebendo-se a

importância da participação das famílias na construção de ações e estratégias de cuidado em saúde mental e da relevância e da contribuição do trabalho em Serviço Social.

Além das vivências da acadêmica, a escolha da temática se justifica pela compreensão de que a melhor inserção das famílias nos processos de cuidado em saúde mental oportuniza uma melhor apreensão da realidade e das necessidades dos usuários, contribuindo para a consolidação de uma atenção mais humanizada e integral, percebida também a partir de sua experiência de trabalho na área da saúde, como Agente Comunitária de Saúde (ACS). A partir desta, pode-se observar, no cotidiano, a importância de intervenções que contemplem todo o grupo familiar, pois quando um membro está em sofrimento mental ou possui algum transtorno mental, o grupo familiar e comunitário mais próximo deve ser atendido e acompanhado juntamente para maior efetividade das ações em saúde na perspectiva da integralidade.

Nesse sentido, compreende-se que o grupo familiar constitui condição objetiva e subjetiva de pertença, que não pode ser descartada quando se projetam processos de inclusão social. Assim sendo, “é fato que a família, em sua condição de esfera de vida íntima, lugar de encontro humano, de construção de história de vida, de reposição de valores e exercício de poder moral sobre o imediato, é interface necessária na esfera pública”. (CARVALHO, 2003, p. 273-274).

Além disso, compreende-se que, a partir da proposição de um modelo de atenção alternativo àquele centrado no hospital que resulta na segregação das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira recomenda a organização de uma rede de serviços substitutivos ao hospital, e, nesta nova perspectiva, a vida em comunidade assume papel relevante no cuidado em saúde mental.

Por fim, destaca-se que, pensar a importância do trabalho do(a) assistente social com as famílias na política de saúde mental, é fundamental, pois se trata de um(a) profissional que muito tem a contribuir com as equipes de saúde, bem como com as famílias e os(as) usuários(as), mediante o exercício de suas competências e atribuições.

Partindo do exposto, a construção deste TCC buscou responder ao seguinte problema de pesquisa: como se dá o trabalho do Assistente Social com famílias na atenção à saúde mental nos CAPS? tendo como objetivo geral identificar como tem se dado o trabalho do Assistente Social com famílias na atenção à saúde mental nos CAPS.

Esse objetivo geral se desdobra nos seguintes objetivos específicos: contextualizar a proposta da Reforma Psiquiátrica e sua materialização no contexto da política de saúde no Brasil; compreender a relação entre o Serviço Social e a política de saúde mental no contexto da política de saúde; identificar o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais junto às famílias na atenção prestada aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial.

A construção do TCC norteou-se pelo método materialista histórico-dialético, que consiste em uma concepção crítica à sociedade capitalista, que dá direção e possibilita compreender a realidade social para além da imediatividade com que se manifesta. “Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (NETTO, 2009, p.8).

No presente trabalho fez-se uso das seguintes categorias do método dialético crítico: historicidade, contradição, mediação, totalidade e trabalho.

A categoria historicidade, é utilizada especialmente no estudo da história da política de saúde no Brasil, onde foram apresentados os principais pressupostos da reforma psiquiátrica, no intuito de discutir o novo modelo de atenção em detrimento do modelo hospitalocêntrico. Além disso, buscou-se identificar a trajetória do Serviço Social em sua relação com as políticas de saúde mental no contexto da política de saúde.

Outra categoria é a contradição, pois:

As conexões íntimas que existem entre realidades diferentes criam unidades contraditórias. Em tais unidades, a contradição é essencial: não é um mero defeito do raciocínio. Num sentido amplo, filosófico, que não se confunde com o sentido que a lógica confere ao termo, a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. A dialética não se contrapõe à lógica, mas vai além da lógica, desbravando um espaço que a lógica não consegue ocupar. (KONDER, ,1981, p.47)

Neste sentido, buscou-se apreender as contradições a partir da proposta da Reforma Psiquiátrica, visto que as práticas do modelo manicomial têm se fortalecido cada vez mais, com a desestruturação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e o estímulo às comunidades terapêuticas e a internação compulsória.

Utilizou -se também a categoria mediação que se constitui como:

[...] uma das categorias centrais da dialética, inscrita no contexto da ontologia do ser social e que possui uma dupla dimensão: ontológica - que pertence ao real, está presente em qualquer realidade independente do conhecimento do sujeito e reflexiva - elaborada pela razão, para ultrapassar o plano da imediatividade (aparência) em busca da essência, necessita construir intelectualmente mediações para reconstruir o

próprio movimento do objeto. Ou seja, a “[...] sua construção se consolida tanto por operações intelectuais, como valorativas apoiadas no conhecimento crítico do real, possibilidade fundamentalmente pela intervenção da consciência”. (MARTINELLI, 1993, p.137).

A mediação foi imprescindível para a compreensão das contradições entre passado e presente da política de saúde mental no Brasil, a partir do diálogo entre diferentes autores sobre uma mesma temática e da articulação de diferentes ideias. A construção da retomada histórica da política da saúde mental, antes e depois da Reforma Psiquiátrica foram mediadas com diferentes momentos da sociedade brasileira, bem como com diferentes concepções que perpassam a atenção em saúde mental, atravessando por sua vez o cotidiano do trabalho do(a) Assistente Social. É importante mencionar que foram mediados, nesta produção, conhecimentos adquiridos no decorrer da formação profissional.

Quanto à totalidade, é importante ressaltar que é mais do que a soma das partes que a constituem.

No trabalho, por exemplo, dez pessoas bem entrosadas produzem mais do que a soma das produções individuais de cada uma delas, isoladamente considerada. Na maneira de se articularem e se constituírem uma totalidade, os elementos individuais assumem características que não teriam, caso permanecessem fora do conjunto. (KONDER, 1981, p.37).

Por fim, sobre a categoria trabalho, compreende-se que “o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 2011, p.211), entendendo que o Serviço Social se constitui como um tipo de trabalho e que os Assistentes Sociais são trabalhadores.

Para responder aos objetivos deste Trabalho, realizou-se uma revisão teórica e documental em algumas legislações sobre a política de saúde e a política de saúde mental no Brasil, assim como da relação do Serviço Social com as referidas políticas.

Realizou-se ainda uma pesquisa bibliográfica considerada uma fonte de coleta de dados secundária que pode ser definida como: contribuições culturais ou científicas realizadas no passado sobre um determinado assunto, tema ou problema que possa ser estudado (LAKATOS; MARCONI, 2001). Nesta, elegeu-se como fonte de consulta os últimos dois Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS), ambos de 2016 e 2019, por ser um evento importante da área de Serviço Social, organizado pelas entidades representativas da

categoria, que ocorre a cada três anos e conta com a participação efetiva de profissionais, estudantes e pesquisadores da área.

Foram eleitos os últimos dois Congressos para a pesquisa, pela viabilidade de acesso aos artigos, visto que constam disponíveis on-line. Num primeiro momento, foi realizado um levantamento de artigos, em um universo de 3155 publicações, utilizando-se dois descritores: “CAPS”; “Centro de Atenção Psicossocial”. Com estes, foram localizados 24 artigos (13,14 % em relação ao universo de publicações), conforme o Apêndice A. Buscando identificar sobre o trabalho com famílias, destes 24 artigos, foram considerados apenas aqueles com os descritores: “famílias” e/ou “rede de apoio primária” e/ou “familiares” no seu título, resumo ou palavras-chaves. Este segundo momento resultou em 5 artigos (0,15%) em relação ao universo de publicações com a discussão sobre “família” nos CAPS, dado este que evidencia a importância deste estudo.

A estruturação deste trabalho está disposta em quatro seções. A primeira, corresponde a esta Introdução, seguida da segunda seção intitulada “Principais pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira: por um novo modelo de atenção” havendo duas seções secundárias denominadas “A política de saúde mental no Brasil em retrospectiva: breve contextualização” e “O movimento pela reforma psiquiátrica brasileira”, nas quais se retoma a trajetória da política de saúde mental no contexto da política de saúde, do período do Brasil colônia até os dias atuais.

Na sequência, a terceira seção intitulada “O Serviço Social nos CAPS: reflexões sobre o trabalho do Assistente Social com famílias”, se contextualiza brevemente a relação do Serviço Social com a política de saúde e com a política de saúde mental, com enfoque na intervenção do Assistente Social no trabalho com famílias. Esse capítulo tem três subseções denominadas “O Serviço Social e saúde mental no contexto da política de saúde” e “O trabalho do Serviço Social nos CAPS: entre diferentes concepções de famílias”, e, por fim, “O trabalho dos Assistentes Sociais com famílias: experiências presentes no 15º e no 16º CBAS”.

Por fim, apresentam-se as considerações finais e as referências utilizadas neste Trabalho.



## **2 PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: POR UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO**

Nessa seção será contextualizada a política de saúde mental no contexto da política de saúde, perpassando, brevemente, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, analisando alguns marcos do processo histórico. Essa contextualização objetiva apreender os principais pressupostos da Reforma Psiquiátrica considerando o modelo de clínica ampliada em detrimento do modelo hospitalocêntrico (modelo focado no hospital/ que não prioriza a atenção básica), materializando-se por meio da Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS), com ênfase para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Observa-se, que em cada período histórico, as pessoas com sofrimento ou transtorno mental eram percebidas de diferentes maneiras e o tratamento oferecido também variava. Nesse processo, houve avanços, mas, atualmente, convive-se com retrocessos diante da disputa entre diferentes concepções de saúde mental na sociedade.

### **2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL EM RETROSPECTIVA: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO**

No início do período colonial no Brasil (1530-1815), as práticas mais marcantes em relação à saúde eram práticas culturais dos indígenas como feitiçarias e magias, limitando-se “[...] aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar” (POLIGNANO, 2001, p.3).

Entretanto, “até a instalação do império (1822-1889), [o país] não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo” (POLIGNANO, 2001, p.3).

Neste contexto, um mínimo de estrutura sanitária foi criada, a partir da vinda da família real ao Brasil, em meados de 1807, para atender aos monarcas que aqui chegavam, pois, segundo Salles (1971 apud POLIGNANO, 2001, p. 3), “a carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, para se ter uma idéia, no Rio de Janeiro, em 1789, havia quatro médicos exercendo a profissão”.

Na área da saúde mental, a chegada da Família Real ao Brasil também causou mudanças, pois, conforme Fonte (2012, p.3), a loucura passou a ser um objeto de intervenção do Estado, tendo sido “socialmente ignorada por quase trezentos anos”. Em consonância, Sales et. al (2013) mencionam que a problemática da “loucura” foi silenciada por muito tempo, não constando, no registro brasileiro, uma sistematização de uma política específica, que lidasse com especialidade dos chamados “doentes mentais”.

Assim sendo, anteriormente ao momento em que o Estado passa a assumir a problemática como objeto de intervenção, concedia-se relativa liberdade à pessoa com doença mental, “[...] sobretudo nos primeiros anos do século XIX, já que lhes era permitido vagar pelas cidades, aldeias e campos. Sobreviviam da caridade pública e quando muito, se pertencessem às famílias abastadas, eram escondidos<sup>1</sup> e tratados em casa sob construções anexas” (SALES et al, 2013, p.2). Entretanto, caso fossem “agitados e agressivos, eram reclusos em cadeias públicas” (ROSA, 2003, p.87), havendo, portanto, uma distinção de atendimento considerando o critério comportamental e de classe social.

Contudo, quando o Estado assume a problemática, “passa-se a ver os loucos como ‘resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública’” (PASSOS, 2009 apud FONTE, 2012, p.3). Isso ocorre pois, é neste período que também se dá o início do processo de urbanização das cidades, principalmente do Rio de Janeiro. Visto que “as epidemias da época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador [...] configurava-se a determinação social para o "saneamento" que interdita o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos”. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5),

Desta forma, não era mais permitida a livre circulação nas ruas, principalmente quando a situação socioeconômica era desfavorável, destinando as pessoas com transtornos mentais e agressivas às Santas Casas de Misericórdia<sup>2</sup>, “primeiras instituições de saúde do país” (ROSA, 2003, p.86), “onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições

---

<sup>1</sup> No caso do Rio de Janeiro, Oda e Dalgarrondo (2005, p.984) registram que “se os loucos pobres que escapavam da reclusão viviam como podiam pelas ruas do Rio, as famílias ricas escondiam cuidadosamente os seus”.<sup>22</sup>

<sup>2</sup> Conforme Rosa (2003, p.86), “as ordens religiosas mantinham a hegemonia dos serviços de saúde do Brasil Colônia desde 1543”. Complementa-se que “a Herança cultural típica dos territórios de colonização portuguesa, a confraria leiga católica 'Irmandade da Misericórdia' esteve presente nas principais cidades brasileiras desde o século XVI (Russell-Wood, 1981). Embora inicialmente nem todas as Irmandades brasileiras mantivessem hospitais de caridade, com o passar do tempo, uma de suas principais atribuições tornou-se o denominado "cuidado curativo dos pobres" (Mesgravis, 1976), que se estendeu aos alienados a partir da segunda metade do século XIX.”(ODA; DALGALARRONDO, 2005, p.985).

de higiene e cuidado” (PASSOS, 2009 apud FONTE, 2012, p.3-4), além de serem “mantidos sob a vigilância de guardas e carcereiros, submetidos à camisa- de-força e maus-tratos” (ROSA, 2003, p.86). Assim, neste espaço se “mantinha ênfase no caráter religioso e caritativo” (SAMPAIO; JUNIOR, 2021, p.2).

Nessa perspectiva, enquanto na Europa a loucura estava sendo relacionada à assistência, no Brasil, por um longo período, as ações adotadas se concentraram na ampliação de manicômios, associada, desta forma, à exclusão. Situa-se, como marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira, o ano de 1852, ano em que, por meio do Decreto Imperial n. 82/184, inaugura-se, por Dom Pedro II, o Hospício que recebe o seu nome na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro (SALES et. al, 2013), “explicitamente inspirado no modelo francês (elaborado por Pinel e Esquirol<sup>3</sup>)” (FONTE, 2012, p.4).

Importa mencionar ainda que:

Nesse primeiro momento, o isolamento em relação à família é prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco: o caso do louco que vaga pela rua, pois a família pobre não tem possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para famílias ricas, que quisessem manter junto dela o alienado, o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência. (FONTE, 2012, p.4).

De acordo com Oda e Dalgarrondo (2005) e Fonte (2012), além deste Hospício, durante o Segundo Reinado foram ainda criadas instituições que se denominavam “exclusivas para alienados” em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará, os quais não contavam com a presença significativa de médicos.

Essas instituições eram criadas predominantemente nas capitais dos estados. “Porém, a situação de urgência muitas vezes, não permitia que se esperasse a construção de hospícios apropriados, o que levava a experiência de instalações provisórias e precárias. Apesar disso, muitas destas construções se destacaram em seu papel como símbolo da assistência psiquiátrica” (SALES et al, 2013, p.3).

Considera-se que tanto a criação, quanto a ampliação de hospícios neste período, “se coaduna com a forma como a questão social era abordada no período- como caso de polícia-,

---

<sup>3</sup> Phillipe Pinel, foi o pai do alienismo e Jean Étienne Esquirol foi o primeiro e mais destacado discípulo de Pinel, argumentava que uma casa de alienados, nas mãos de um hábil alienista, seria o agente mais poderoso para a cura da alienação mental (AMARANTE, 2007). Pinel e Esquirol defendiam, a cura dos transtornos mentais, através de uma rotina rígida, atrelado a atividades de trabalho e lazer e com o uso bastante controlado de medicamentos. Além disso, o isolamento social, das pessoas com sofrimento ou transtorno mental era defendido, como melhor possibilidade terapêutica para o momento.

como assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime ou desordem e, por isso, reprimido” (ROSA, 2003, p.86).

Se à psiquiatria do século XIX cabia recolher e excluir, “no século seguinte, além da remoção e exclusão, havia uma indicação clínica, o tratamento moral<sup>4</sup>. (SILVA, BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5). O “tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade” (AMARANTE 2007, p.33).

No período republicano (1889-1930), o Hospício Dom Pedro II passa a ser denominado Hospital Nacional dos Alienados, sendo desanexado da Santa Casa de Misericórdia e institucionalizado como instituição pública, e, além disso, “é medicalizada e configurada como espaço de cura, transformando-se sua natureza assistencial e caritativa em científica, fato que bem expressa o rompimento do estado com a Igreja [...]” (ROSA, 2003, p.88) por meio de “medidas de laicização das instituições asilares” (SALES et al, 2013, p.3).

A conduta do Hospital dos Alienados era asilar os desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades. Vale destacar que “não se trata ainda de uma Política de Saúde Mental, porque a questão social como uma preocupação central do Estado, só se confirma a partir do século XX”. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

Dez anos mais tarde, em 1890, é criada a Assistência Médica e Legal dos Alienados para organizar a assistência psiquiátrica no país, o que se dá de forma vinculada ao Ministério de Justiça e Negócios Interiores da República. Assim, conforme Rosa (2003) o modelo hospiciocêntrico é difundido por todas as regiões do país.

Especificamente no ano de 1903, em que é criada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, por meio do Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro, prevê-se a fiscalização das instituições psiquiátricas (ROSA, 2003), além de reorganizar a assistência aos alienados, “concretizando a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

Neste mesmo período, o Hospital Nacional de Alienados passou a ser administrado por Juliano Moreira, médico pioneiro no Brasil, considerado fundador da teoria psicanalítica nos cursos de medicina brasileiro (RIOS, 2016), que, juntamente com Oswaldo Cruz, “se

---

<sup>4</sup> O tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, imposto aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O Hospital, enquanto instituição disciplinar seria ele próprio, uma instituição terapêutica. (AMARANTE, 2007)

associam em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar focos de desordem, tendo a psiquiatria um papel coadjuvante ao agir de forma asilar sobre os “resíduos humanos do processo de saneamento” (ROSA, 2003, p.89).

Além do arcabouço normativo e institucional na área psiquiátrica no período pós-republicano, foram implementadas colônias agrícolas,

que surgiram teoricamente como produto de uma inflexão interna no próprio alienismo e “como modalidades assistenciais opostas aos asilos fechados, com declarado intuito de transformá-los em hospitais psiquiátricos com aparência de normalidade e não de exceção, de liberdade, não de clausura (AMARANTE, 1982 apud ROSA, 2003, p.89)

Estas colônias agrícolas foram entidades complementares ao projeto asilar que se tinha para as pessoas com sofrimento ou de transtorno mental, e foram implementadas, com pouco êxito, nos principais estados do país, visto que “eram consideradas experiências anacrônicas em relação a uma sociedade em crescente processo de urbanização e industrialização”. (ROSA, 2003, p.90). Neste sentido, situando a prática psiquiátrica na sociedade vigente, “era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores [...] e se empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento” (RESENDE, 2007, p. 47 apud FONTE, 2002, p.7).

Apesar das propostas de seus criadores intencionar a recuperação dos doentes mentais, “as colônias continuaram a manter na prática a mesma função que caracterizava a assistência ao alienado no Brasil desde a sua criação: a de excluir o louco de seu convívio social e de escondê-lo dos olhos da sociedade” (FONTE, 2002, p.7).

Ainda conforme a autora, o ideário extra-asilar das colônias agrícolas no Brasil se estendeu para a higiene e a profilaxia mental<sup>5</sup> que demandava a sociedade como agente de cura e prevenção da doença mental, veiculado pela Liga Brasileira de Higiene Mental<sup>6</sup> (LBHM), criada em 1923, com “um programa de intervenção no espaço social com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas” (FONTE,

---

<sup>5</sup> Destaca-se que “as teorias das degenerescências de Morel, que postulavam as predisposições hereditárias e individuais como causa da alienação, ganharam força no interior do alienismo, transformando-o em novas perspectivas de intervenção, por meio da profilaxia, da prevenção e da higiene mental, ampliando o conceito de doença mental, que passou a abarcar anormalidades, entendidas por meio dos desvios sociais, principalmente alcoolismo e sífilis. Às avaliações físicas dos enfermos associam-se à análise moral, permitindo à psiquiatria ampliar seu raio de ação”(ROSA, 2003, p.89-90).

<sup>6</sup> A LBHM teve um papel fundamental para a psiquiatria higienista, expressando o pensamento dos ‘intelectuais orgânicos’ do regime republicano (ROSA, 2003).

2002.8), reforçando, portanto, diversos preconceitos e a culpabilização dos sujeitos pela sua condição. Atuou sobre os doentes em um primeiro momento e, depois, sobre a população considerada sadia, realizando um trabalho pedagógico, moralizador e normalizador das massas, extrapolando a ação da psiquiatria para a cultura, com viés etnocêntrico (ROSA, 2003).

Em decorrência da industrialização e conseqüentemente da crescente urbanização, intensificou-se a luta operária que reivindicava por direitos e melhores condições de vida, pois os operários não contavam com qualquer proteção trabalhista e social. Fruto da organização e luta política operária, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) (POLIGNANO, 2001), “incorporadas pelo governo Vargas em 1937, e transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões-IAPs.” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

Entretanto, os benefícios decorrentes desta Lei eram destinados somente àqueles com vínculo formal de emprego, que trabalhavam na zona urbana. O restante da população, inclusive pessoas com sofrimento ou transtorno mental, seguia sem nenhum desses direitos, pois “os serviços médicos dos IAPs não contemplavam a assistência psiquiátrica até fins dos anos 1950” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

Vale retomar que é durante este governo que se reconhecem os direitos sociais:

Foram efetuadas mudanças na estrutura do estado. Estas objetivavam promover a expansão do sistema econômico, estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças. Foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista (POLIGNANO, 2001, p. 9).

Todavia, com esta política, o governo pretendia favorecer o desenvolvimento industrial, “preservando a força de trabalho por meio de uma política social: a política de saúde. Os serviços de saúde configuravam uma estrutura dicotomizada, com predomínio da atenção médica individual e da assistência hospitalar, em detrimento das ações coletivas de promoção e proteção à saúde”. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

No âmbito da saúde mental, entre as décadas de 30 e 50, persistem as práticas desumanas e higienistas. Os(As) usuários(as) viviam reclusos em "manicômios", onde eram maltratados(as) e viviam em condições totalmente insalubres. Deste modo, a assistência tinha “[...] sobretudo, a função social de excluir as sobras humanas produzidas em cada momento

histórico” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5) visto que perambular pela rua era incompatível com o pretense grau de civilidade do período justificando a “exclusão em instituições asilares de milhares de ‘homens livres’, ‘onde só aguardavam o dia de sua morte, encarcerados nesses imensos cemitérios dos vivos’” (JABERT, 2005, p. 714 apud FONTE, 2002, p.6).

Conforme Xavier (2008):

Por volta das décadas de 30, 40 e 50 em todo o mundo, os pacientes com transtorno mental eram tratados de forma cruel e com muita discriminação. O doente mental era chamado de louco, monstro...: “A doença mental (loucura) representou durante séculos uma face mística, julgava-se que esse estado eram possessões demoníacas relacionadas a atos e comportamentos ateus.” (XAVIER, 2008, p.120).

No Brasil, por intermédio do Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934 é promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, instituindo o Conselho de Proteção aos Psicopatas e reforçando o poder da psiquiatria na direção dos serviços de saúde e a internação psiquiátrica como principal meio de tratamento (ROSA, 2003).

Ainda, destaca-se que:

O artigo 26 suspende, parcial ou totalmente, a cidadania do “doente mental”; os psicopatas assim declarados por perícia médica processada de forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida social”. O decreto prevê, ainda, a possibilidade de assistência domiciliar ou heterofamiliar. (ROSA, 2003, p.96).

Após 10 anos deste Decreto, a assistência psiquiátrica é federalizada, em 1944, por meio do Decreto nº 7055 de 18 de novembro, depois da criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) em 1941. Neste período, predominavam os hospitais públicos responsáveis por 80,7% dos hospitais psiquiátricos no Brasil, os quais ampliam-se nas décadas de 1940 e 1950, uma vez que o Decreto-lei 8.555<sup>7</sup> de 1946 autorizava a SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos, não amenizando, contudo, a superlotação e situação caótica dos mesmos (FONTE, 2002).

No final dos anos 1950, o SNDM, apesar de um discurso que estimulava a atenção ambulatorial e os serviços comunitários, na prática, as construções de serviços asilares continuaram sendo estimuladas pelo governo federal. Nesta década, enfatiza-se a perda

---

<sup>7</sup> “O Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações ‘asilo’, ‘retiro’ ou ‘recolhimento’, reconhecendo a categoria ‘hospital’, se afirmando o espaço de atuação do hospital psiquiátrico.” (FONTE, 2002, p.8-9).

paulatina de força das colônias agrícolas, que mostraram ineficiência terapêutica e criaram uma rede de corrupção e a incorporação, em alguns Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), de cobertura assistencial às internações psiquiátricas, com destaque à rede hospitalar privada. (ROSA, 2003).

O início da década de 60 é marcado por disputas políticas entre os interesses da classe trabalhadora organizada e da burguesia que defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras, e se sentia incomodada com a proposta do governo de João Goulart que defendia a economia nacional. (POLIGNANO, 2001).

Diante destes fatos as forças armadas brasileiras articularam e executaram um golpe de estado em 31 de março de 1964, e instalaram um regime militar, com o aval dos Estados Unidos. Um processo que se repetiu na maioria dos países da América Latina, configurando um ciclo de ditaduras militares em toda a região. (POLIGNANO, 2001, p.13)

No campo da saúde mental, o período sucessor ao golpe militar de 1964 foi “o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase, a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes” (FONTE, 2002, p.9). Entretanto, a década de 60 significou a privatização dos serviços psiquiátricos, o que acabou transformando esse grave problema de saúde pública, em um negócio lucrativo privado para alguns, caracterizando a “indústria da loucura”.

Conforme registra Barros (1994):

Somente na década de 60, no Brasil, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) onde o Estado passa então a comprar serviços psiquiátricos do setor privado conciliando, assim, saúde com lucro. Há, desta forma, um aumento significativo no número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos. (BARROS, 1994)

Nessa perspectiva, “o estado incrementa esse duplo padrão ao remeter esse padrão às pessoas desvinculadas da previdência aos hospitais da rede pública e os trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada, pela contratação de seus leitos psiquiátricos” (ROSA, 2003, p, 99)

Essa diferenciação de tratamento, não ocorre apenas na parte dos atendimentos em saúde mental, mas em todos os campos do cuidado em saúde. O impacto na vida dos brasileiros que não tinham vínculo previdenciário, era cruel e desumano, já que não tinham direitos garantidos à saúde, e o que lhes era eventualmente oferecido, era bastante precário.



Além da privatização e mercantilização das políticas sociais, massifica-se a assistência psiquiátrica após a instituição da ditadura no Brasil, que modifica

o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por **trabalhadores previdenciários urbanos**, exauridos psicologicamente pelo uso intensivo de sua força de trabalho no período de crescimento econômico dos anos 1970, altera também o perfil nosológico, pela extensão da cobertura dos serviços para diagnósticos mais leves, principalmente neurose e alcoolismo, psiquiatrizando muitos dos problemas sociais. (ROSA, 2003, p.100, grifos da autora).

Essa mudança ocorre devido à congregação dos IAP ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que ocorreu em 1966, conforme já mencionado, e amplia a cobertura médico-assistencial psiquiátrica (ROSA, 2003). Além disso, na psiquiatria “a indicação de internação nem sempre é clara ou indiscutível, a decisão, com grande margem de escolha, fica a critério do médico ou da família do paciente” (FONTE, 2002, p.10).

Assim sendo, até a década de 1970, apesar da difusão de um ideário de saúde mental que se contrapõe à lógica privatizante e busca ambulatorizar a assistência, o que se efetivava era a ampliação do financiamento dos leitos psiquiátricos da rede privada conveniada (ROSA, 2003), reforçando o modelo de assistência hospitalocêntrico além de que, da virada da década de 1930 para a década de 1970 se vicejou a experiência das comunidades terapêuticas no Brasil (TENÓRIO, 2002).

Contudo, o modelo econômico implantado pela ditadura militar, que defendia o livre mercado, começou a entrar em crise em meados dos 70. Primeiro, porque o capitalismo, a nível internacional, entra num período também de crise. Neste sentido, a ideia imposta pelo governo à população de “fazer crescer o bolo”, que seria a economia brasileira, para que todos depois pudessem usufruir dos resultados, já não convencia mais (POLIGNANO, 2001). Assim, em meio à crise e ao fim do milagre econômico, alguns movimentos sociais foram surgindo, mobilizando-se em torno da redemocratização do país, revigorando as “forças questionadoras do modelo excludente da maioria da população, em relação às benesses do crescimento econômico, propiciando o acirramento das pressões sociais e favorecendo a distensão política, lenta e gradual” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

Amadureceram-se ainda neste período as críticas ao modelo privatista/asilar excludente (SAMPAIO; JUNIOR, 2021), diante de um contexto em que “a escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais, e ao descrédito social

em resolver a agenda da saúde, o modelo proposto entrou em crise”.(POLIGNANO, 2001, p.20).

Devido a essa crise nos recursos na área da saúde, que ofertavam apenas as práticas curativas, se mostrou mais necessário se pensar em um novo modelo de atenção em saúde, que oferecesse de fato práticas preventivas e com menos custo. Nesse momento, organiza-se o Movimento pela Reforma Sanitária, como parte do movimento maior pela democratização do país e fortalecimento da sociedade civil, propondo mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais no âmbito da saúde (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às aviltantes desigualdades e à mercantilização da saúde (AROUCA, 2003). Esse movimento trouxe mudanças e transformações cruciais para a política de saúde pública no Brasil que serão expostas no próximo subitem.

Diante do exposto, construiu-se uma síntese no Quadro 1 que apresenta as principais características e acontecimentos em relação ao atendimento em saúde mental desde o Período Colonial até a Ditadura Militar no Brasil.

Quadro 1 –Histórico da saúde mental no Brasil do período colonial à ditadura militar

<b>CONTEXTO HISTÓRICO SAÚDE MENTAL</b>	<b>PERÍODO HISTÓRICO</b>	<b>PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E ACONTECIMENTOS NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL</b>
Institucionalização da saúde mental (1841-1964)	Período Colonial (1500 a 1815)	Conhecimentos empíricos (práticas curandeiras) e sem base científica
	Período Imperial (1822 a 1899)	Criação do Hospício Dom Pedro II
	Período Republicano (1889 a 1930)	Ascensão da psiquiatria científica a partir de 1889
	Governo Getúlio Vargas (1930-1945)	Início das políticas públicas para trabalhadores formais
	Período de instabilidade política (1945-1964)	Implementação de Colônias Agrícolas para pessoas com sofrimento ou transtorno mental
Autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978)	Período Ditatorial e abertura democrática (1964-1978)	Criação da chamada "indústria da loucura" por meio da assistência hospitalar e do setor privado

		Hospitais Psiquiátricos lotados Serviços de Saúde Pública de má qualidade
		Primeiros movimentos em prol da reformas sanitária e psiquiátrica

Fonte: Construído pela acadêmica a partir de Sampaio e Junior (2021), Polignano (2001), Rosa(2003).

Pode-se observar, conforme o Quadro 1, que no período sintetizado, o atendimento em saúde se inicia com práticas empíricas, sem estudo científico. Posteriormente se evolui até a inserção da psiquiatria científica, mas ainda bastante focada no modelo hospitalocêntrico.

No governo de Getúlio Vargas, iniciaram-se os atendimentos nas políticas sociais para os trabalhadores formais. Outro fato histórico da saúde mental no Brasil é a criação das colônias agrícolas para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental. No final da década de 1970, devido à crise do modelo hospitalocêntrico, iniciou-se o Movimento da Reforma Sanitária e, por consequência das suas reivindicações, originou-se o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, cujas conquistas serão abordadas no subitem a seguir e cujos desafios remontam a esse longo período, brevemente aqui sintetizado.

### **2.1.1 O movimento pela reforma psiquiátrica brasileira e a criação da RAPS**

É no contexto dos anos de 1970, já apresentado anteriormente, que, além do Movimento da Reforma Sanitária, se inicia a discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento em saúde mental, sendo denunciadas e desnudadas as condições internas de maus-tratos aos internados nos hospitais psiquiátricos. No âmbito da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) são empreendidas ações políticas para defender médicos que haviam sido presos e torturados, revitalizando, por sua vez, “discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país”. (FONTE, 2002, p.10).

Emergem-se:

Apelos para que "ninguém fosse submetido à tortura, a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante" e nem "arbitrariamente preso, detido ou exilado" foram estendidos para a condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral (FIRMINO, 1982, p. 35 apud FONTE, 2002, p.10).

Dessa forma, em 1978, é a partir do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que tinha por objetivo a luta pela transformação da assistência psiquiátrica, que nasce o Movimento de

Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que mobilizou não apenas médicos, mas diferentes profissionais da área e a comunidade (ROSA, 2003).

O MTSM capitaneou, segundo Fonte (2002), a derrocada da denominada “indústria da loucura”, culminando, ainda em 1978, na mobilização de atores sociais decisivos para a transformação do sistema psiquiátrico vigente, dentre eles, trabalhadores da saúde mental, cuja união é provocada por fatores como “[...] a precarização das condições de trabalho, e as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, nas grandes instituições psiquiátricas brasileiras” (FONTE, 2002, p.11).

Destaca-se ainda, que:

[...] em 1978, jovens psiquiatras do Rio de Janeiro denunciaram publicamente as condições desumanas de tratamento ofertadas nos hospitais psiquiátricos. Em seguida, profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) deflagraram greve, o que culminou na demissão de 260 pessoas que trabalhavam nas instituições e na publicização midiática da realidade iatrogênica e violenta no interior dos manicômios (AMARANTE, 2013 apud SAMPAIO; JUNIOR, 2021, p 07).

Desde então, começam a ocorrer congressos e encontros decisivos na militância do MTSM, em diversos estados brasileiros, dando origem à trajetória da Reforma Psiquiátrica, congregando ainda, conforme Silva, Barros e Oliveira (2002, p.8) “usuários e seus familiares, configurando o Movimento de Luta Antimanicomial da atualidade, contra-hegemônico, que reclama pela Reforma Psiquiátrica”.

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens; incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (GERSCHAMAM, 1995, p.67).

Neste Movimento, propôs-se um modelo de atenção alternativo àquele centrado no hospital (hospitalocêntrico) que resultava na segregação das pessoas com transtorno mental, recomendando a organização e uma rede de serviços substitutivos ao hospital.

Este processo implica em mudanças na cultura, na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos, pretendendo a

desinstitucionalização psiquiátrica. Significa o reconhecimento de que a essência do modelo clássico da psiquiatria é a institucionalização do paciente, por sua exclusão social, que se propõe pelo asilamento. A reforma psiquiátrica pressupõe essa inversão, não somente pela humanização das relações entre os sujeitos nas instituições que venham substituir o asilo, mas pela mudança na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos; pelo desenvolvimento de outras culturas e outros lugares sociais, onde se tolere com ética e solidariedade a diversidade da loucura. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

Trata-se de um Movimento que, conforme Rosa (2003), vem importando ideias de experiências de outros países, visto que, conforme Sampaio e Junior (2021, p.7), ainda em 1978, ocorreu o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que “contou com a participação de importantes expoentes da Reforma Psiquiátrica Internacional que influenciaram o processo de Reforma no Brasil”.

Neste sentido, realizou-se um ano depois, em 1979, do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, no qual, “após visita ao hospital de Barbacena, Franco Basaglia, deflagrou denúncias sobre o cuidado em saúde mental no Brasil que geraram forte impacto e visibilidade à temática” (AMARANTE, 2013 apud SAMPAIO; JUNIOR, 2021, p.7). Franco Basaglia foi um médico psiquiatra italiano precursor da Reforma Psiquiátrica na Itália, e teve influência na Reforma Psiquiátrica Brasileira:

Defendia uma metodologia com mecanismos extra-hospitalares para o doente mental. Desse modo, propôs a desinstitucionalização enquanto um trabalho de modificação não apenas da estrutura manicomial, mas, sobretudo, de sua lógica. O que se traduz numa transformação e desmonte da forma como as pessoas vitimadas com o transtorno mental eram percebidas e tratadas. Este passo não se resumiria ao direcionamento da doença sob os ditames institucionais, e sim, à condução de uma ação de transformação mais ampla que abarcasse o indivíduo em seu convívio social. (SALES et al, 2013, p. 4)

Dito isto, em 1979 ocorreu ainda o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, no intuito de integrar as ações de saúde mental às ações de saúde em geral, deliberando sobre a reorganização dos serviços assistenciais e a participação da sociedade civil no planejamento, execução e fiscalização dos mesmos (ROSA, 2003).

Nos anos 1980, “os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica ganharam corpo no seio da sociedade brasileira e conquistaram espaços discursivos e novos adeptos na luta pela redemocratização, transformação da realidade sanitária e mudança no modelo de saúde mental” (YASUI, 2010 apud SAMPAIO; JUNIOR, 2021, p.7), concebendo a saúde como elemento central para as transformações na sociedade.

Neste sentido, a crítica ao modelo hospitalocêntrico/privatista, cresceu fortemente visto que ele não permitia trabalhar de forma preventiva e precisava seguidamente ser financiado para internações psiquiátricas, conseguindo-se avançar, conforme Bravo e Matos (2014, p.7) “na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado”.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar- segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. (TENÓRIO, 2002, p.34)

Diante disso, nesse período, iniciou-se a mudança do modelo de atenção em saúde mental com vistas à “substituição da estrutura hospitalocêntrica por serviços diversificados, abertos e territoriais, com o propósito de incluir os sujeitos em sofrimento mental no seio comunitário” (BRASIL, 2005; PITTA, 2011 apud SAMPAIO; JUNIOR, 2021, p.7).

Além disso, foi o período de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo em vista que, em 1981, surge o Movimento Popular de Saúde (Mops), em São Paulo, com o objetivo de “resgatar as práticas populares-alternativas, visando a mobilização por uma política de saúde que garanta a cidadania plena e a implantação do Sistema Único de Saúde” (ROSA, 2003, p.103).

Nesta esteira, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (SCHEFFER, SILVA, 2014, pg.369). O CAPS, como já citado anteriormente, surgiu na proposta de ser um serviço substitutivo, ao modelo hospitalocêntrico, que focava nas internações hospitalares.

Outro marco importante foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986. Desta conferência, resultou a proposta do SUS, que buscou o conceito da determinação social do processo saúde/doença e a crítica à perversidade do sistema político, econômico e social, que mercantiliza a doença e a saúde (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

O conceito de saúde reformulado nesta conferência é definido como resultante “das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego,

lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 1986, p. 4), compreendendo o conceito de clínica ampliada em saúde.

As discussões e propostas da VIII Conferência de Saúde foram contempladas na Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como direito de todos e dever do Estado. Os artigos 196 e 197 trazem mais especificamente as orientações para as políticas de saúde pública no Brasil.

Art. 196. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988)

Neste contexto, o desejo pela construção de uma lei mais específica para a política de saúde mental foi se tornando mais forte. Assim, no ano de 1989 entra no Congresso Nacional, um projeto de lei do Deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no Brasil.

O Projeto de Lei nº 3.657/89, apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT- MG), era bastante simples e continha apenas três artigos estruturantes. O primeiro artigo impedia que o poder público contratasse ou construísse novos hospitais psiquiátricos. O segundo tratava do direcionamento do dinheiro público para a criação de recursos não manicomial para atendimento aos sujeitos do sofrimento. Já o terceiro obrigava que as internações compulsórias fossem comunicadas à autoridade judiciária. Esse projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados, mas não foi aprovado diretamente no Senado. Como resultado do processo de mobilização por parte do Movimento da Reforma Psiquiátrica – que englobava os militantes do Movimento da Luta Antimanicomial – em articulação com os movimentos sociais, antes mesmo da Reforma Psiquiátrica ser aprovada e sancionada, entre 1990 e 1995 foram criados quase 100 estabelecimentos de tratamento no território (PITTA, 2011 apud MEXCO; BENELLI, 2022, p. 5).

Compreendendo que o avanço da Reforma Psiquiátrica está vinculado à criação do SUS, é importante mencionar a promulgação das leis 8.080 e 8.142, pois a sua regulamentação política veio através da lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A lei 8080/90, regula todos os serviços de

saúde, visando a proteção, promoção e recuperação desta. Não se trata apenas da atenção à doença, mas da garantia da qualidade de saúde ofertada para a população. (BRASIL, 1990).

Nesta lei, são definidos os princípios doutrinários do SUS, que são: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade, representa o direito de toda a população em acessar o SUS, independentemente de qualquer característica social ou pessoal do indivíduo. Para que o SUS seja de fato um sistema universal é importante que os serviços cheguem na população, superando barreiras socioculturais e demográficas. (PAIM; ALMEIDA, 2010)

A equidade é o princípio da justiça social, que permite atender prioritariamente os indivíduos com maiores necessidades. Esse princípio, traz a necessidade de tratar desigualmente os desiguais. A equidade se manifesta no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. (PAIM; ALMEIDA, 2010)

Por fim, a integralidade é um princípio fundamental e

exige o olhar para o indivíduo em sua totalidade, promovendo ações que realmente atendam as suas necessidades. No caso do cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a assistência médica integral, mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores. (PAIM; SILVA, 2010, p.112)

Nesta legislação, prevê-se que as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente de acordo com as diretrizes de: descentralização; regionalização/hierarquização; e, participação comunitária. A descentralização é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios.

No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ou seja, estamos falando de uma ‘desconcentração’ do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. (MATTA, 2007, p, 73)

Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais (MATTA, 2007, p. 75). Esse princípio possibilita às gestões de saúde que conheçam os problemas e demandas das populações de seus territórios.



Quanto à participação da comunidade, tornou-se uma diretriz da forma de organização e operacionalização do SUS em todas as suas esferas de gestão (MATTA, 2007). Os principais mecanismos de participação da comunidade na saúde são os conselhos e conferências, criados a partir da lei 8142/90, que possibilita a participação da comunidade na gestão de recursos financeiros e tomada de decisões da política de saúde pública, além de outras providências (BRASIL, 1990).

Os conselhos de saúde devem se reunir em caráter permanente e deliberativo com o objetivo de influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, bem como de exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo (MATTA, 2007, p. 77)

As conferências de saúde devem “se reunir em cada nível de governo a cada quatro anos, com a representação dos diversos segmentos sociais, podendo ser convocadas pelo poder Executivo ou extraordinariamente pela própria conferência ou pelos conselhos”. (MATTA, 2007, p. 77).

Os princípios e as diretrizes no âmbito do SUS, aqui apresentados, perpassam todos os serviços de saúde, inclusive no âmbito da saúde mental, uma vez que a Atenção em Saúde Mental é ofertada por meio deste Sistema (MEXCO; BENELLI, 2022).

A partir da década de 1990, um conjunto de portarias do Ministério da Saúde (MS) institucionalizou a PNSM: a Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991 (BRASIL, 1991) e a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992), deram condições de o SUS financiar programas de assistência no território, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), entre outros. Essa segunda portaria definiu as normas de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), especificando seus tipos e atribuições. A Portaria no 106/2000 (BRASIL, 2000) criou os Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher pessoas com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos que não possuíam mais laços familiares e suporte social (MEXCO; BENELLI, 2022, p. 37)

Diante dessas importantes conquistas sociais apresentadas, no final da década de 80 e nos anos 90, ocorreu também, impondo uma grande contradição nesse cenário, a contrarreforma neoliberal, propondo a redução do Estado, o que, conseqüentemente, enxuga o investimento nas políticas públicas e privilegia o “livre mercado”, (POLIGNANO, 2001).

A opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista. (POLIGNANO, 2001, p. 26)

Com essa contrarreforma neoliberal, os direitos sociais que vinham se fortalecendo com legislações advindas da Constituição Federal de 1988, sofreram impactos com as reduções propostas pelo estado mínimo, impactando diretamente na materialização das políticas sociais.

A elite brasileira e as elites internacionais, depois de uma breve hesitação, perceberam, em meados dos anos 90, que esta linha de ação estava correta, e adotaram a tese da reforma ou da reconstrução do Estado (PEREIRA, 1998). Essas grandes contradições nas políticas públicas na década de 90, atrasaram novas conquistas, como por exemplo, a proposta de lei do deputado Paulo Delgado de 1989, sancionada no ano de 2001.

Ou seja, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso, essa lei é sancionada por meio da Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo ainda sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituindo, contudo, mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A Lei 10.216 aprovada no ano de 2001, é de suma importância para o acesso e garantia dos direitos dos usuários com transtorno mental, como por exemplo, a participação de suas famílias e grupo comunitário em seu cuidado, conforme dispõe o Art 2º, parágrafo II, que prevê que deve “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001).

A promulgação da Lei 10.216 impõe um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação desta e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2001, que a política de saúde mental do governo federal alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica passa a consolidar-se ganhando maior sustentação e visibilidade.

A partir da promulgação, linhas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde, e novos mecanismos são abertos para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país. Todas as conquistas realizadas desde a Constituição Federal de 1988 à Lei 10.216 do ano de 2001, foram de suma importância para a construção de uma política de saúde mental mais justa, que ofereça melhores cuidados às pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

Para a melhor organização dos serviços de saúde mental, se fez necessário, a criação de uma rede específica para o cuidado. Foi nessa perspectiva que surgiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, instituindo essa rede para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A RAPS, reforça “um modelo de atenção aberto, garantindo a livre circulação dos pacientes em saúde mental pelos serviços e pela comunidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) e tem como principal objetivo articular os principais pontos de atenção em saúde mental no território:

A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais e integra o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo composta por serviços e equipamentos variados que devem ser integrados e articulados entre si (Ministério da Saúde, 2011).

Nessa perspectiva, os serviços e equipamentos variados da RAPS, quais sejam as Unidade Básica de Saúde (UBS), os CAPS, Serviços de Urgência e Emergência, unidade de internação em Hospitais Gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos, são organizados em diferentes níveis de complexidade. Esses diferentes níveis são: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e espaços de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011).

Considerando que é de suma importância compreender qual é a função de cada serviço dentro da RAPS para o melhor acolhimento das demandas existentes e realização de intervenções mais adequadas, no Quadro 2, a seguir, serão apresentados os principais serviços da RAPS.

Quadro 2 – Síntese dos serviços da RAPS

SERVIÇO	PRINCIPAIS FUNÇÕES
<b>UBS (Unidade Básica de Saúde)</b>	Serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

<b>CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)</b>	É constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. As atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes de cuidado. É desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.
<b>SRT (Serviço Residencial Terapêutico)</b>	São moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.
<b>Serviços de Urgência</b>	Esses serviços envolvem o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Deverão se articular com os Centros de Atenção psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.
<b>Atenção Hospitalar</b>	Oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Fonte: Construído pela acadêmica a partir da Portaria nº.3.088/2011.

Além do estabelecimento dos serviços que compõem a RAPS, esta deve orientar-se a partir de diretrizes que constam na Portaria 3.088/2011, conforme previsto em seu Artigo 2º:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2011).

Portanto, trata-se de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, que surgem na intenção de que a pessoa com sofrimento ou transtorno mental seja vista como um sujeito de direito, capaz de se reintegrar à sociedade. Esses serviços, vêm na perspectiva da clínica

ampliada, que deve considerar diferentes aspectos, para além da doença, ou seja, para além do diagnóstico de saúde mental que o usuário tenha. É necessário olhar a sua historicidade e todos os fatores, contextos sociais e culturais que possam estar envolvidos.

Esse novo modelo proposto faz um enorme contraponto ao modelo biomédico/hospitalocêntrico, que parte de uma lógica totalmente positivista e punitivista que culpabiliza a pessoa com sofrimento ou transtorno mental, pelo seu comportamento, e propõe, na maioria dos momentos, que este indivíduo seja retirado da sociedade e isolado, com outros de comportamentos semelhantes.

Para tanto, para que os serviços atuem a partir da concepção ampliada de saúde é fundamental que se realize um acolhimento efetivo, que ofereça uma escuta qualificada, e que seja realizada constantemente a avaliação das propostas de cuidado, diversificando-as para atender as demandas do usuário com sofrimento ou transtorno mental e de sua família e grupo comunitário.

A partir desse novo modelo de organização dos serviços de atenção em saúde mental deve-se trabalhar a articulação e a integração dos serviços de saúde mental no território, qualificando o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Nesse sentido, os CAPS assumem um papel estratégico na política de saúde mental, considerado “um dos elementos centrais do que há de mais inovador nas propostas da Reforma Psiquiátrica” (MACHADO, 2009, p.242).

Apesar de terem surgido no Brasil na década de 1980, foram regulamentados somente em 1992 por meio da Portaria MS 224/92, que determina diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental, conforme já mencionado, e, dez anos depois, no ano de 2002, regulamenta-se a portaria 336, que estabelece o funcionamento dos CAPS, que será abordado na sequência, considerando o objetivo deste trabalho.

CAPS é um serviço substitutivo de atenção de saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS têm como principais funções, promover cidadania aos usuários da política de saúde mental e evitar internações psiquiátricas. É no espaço social do CAPS que esses

usuários, podem ir construindo sua autonomia, para que possam ser mais partícipes da sociedade.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. (BRASÍLIA, 2005, p. 27)

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, usuários atendidos e organizam-se no Brasil de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros, diferenciando-se em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, e, CAPS-AD.

Os CAPS I, são Centros de Atenção Psicossocial de pequeno porte, que atendem municípios com população de 20.000 e 50.000 habitantes. Esse serviço tem equipe mínima de 9 profissionais e tem como usuários, adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes pelo uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante 5 dias da semana e tem capacidade de atendimento de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são Centros de Atenção Psicossocial de médio porte, onde atendem municípios com mais de 50.000 habitantes. Os usuários desse serviço são adultos com transtornos mentais severos e persistentes, e tem como equipe mínima 12 profissionais. Funcionam durante 5 dias da semana com capacidade de acompanhamento de 360 usuários por mês.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200 mil habitantes. Os CAPS III, hoje estão presentes em maioria nas grandes metrópoles brasileiras, e funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana e feriados. Com no máximo 5 leitos, quando necessário, o CAPS III realiza acolhimento noturno de internações curtas, que duram horas ou no máximo 7 dias. A equipe mínima é de 16 profissionais, além de equipe noturna e de finais de semana, tendo capacidade de acompanhar cerca de 450 pessoas no mês.

Os CAPSi, são os Centros de Atenção Psicossocial especializados em atendimento para crianças e adolescentes com transtornos mentais, geralmente necessário para atender a demanda em municípios com mais de 200 mil habitantes. Funciona durante 5 dias da semana,

com equipe mínima de 11 profissionais. Tem capacidade de acompanhar cerca de 180 crianças/adolescentes por mês.

Os CAPSad são especializados para prestar atendimentos a pessoas que fazem uso de álcool e outras substâncias psicoativas. São serviços previstos para cidades com mais de 200 mil habitantes, ou por cidades com localização geográfica (municípios da fronteira, ou parte da rota de tráfico de drogas). Funciona 5 dias da semana, com equipe mínima de 11 profissionais e tem capacidade de atender cerca de 180 pessoas por mês.

Para melhor visualizar essa organização, construiu-se o Quadro 3, no qual encontram-se dispostas as referidas informações.

Quadro 3 – Organização dos CAPS

<b>TIPO</b>	<b>PÚBLICO-ALVO</b>	<b>NÚMERO DE HABITANTES</b>	<b>EQUIPE MÍNIMA</b>	<b>CAPACIDADE DE ATENDIMENTO</b>
<b>CAPS I</b>	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	De 20 a 50 mil habitantes	9 profissionais	240 pessoas por mês e 5 dias da semana
<b>CAPS II</b>	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Mais de 50 mil habitantes	12 profissionais	360 pessoas e 5 dias da semana
<b>CAPS III</b>	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Mais de 200 mil habitantes	11 profissionais	450 pessoas por mês e 7 dias da semana
<b>CAPSi</b>	Crianças e Adolescentes com transtornos mentais	Mais de 200 mil habitantes (obrigatório), Menos de 200 mil, opcional	11 profissionais	180 crianças/adolescentes por mês e 5 dias da semana
<b>CAPS AD</b>	Usuários de álcool e outras substâncias psicoativas	Mais de 200 mil habitantes ou por localização geográfica	11 profissionais	180 pessoas por mês e 5 dias da semana

Fonte: BRASIL, Portaria nº 336, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, 2002.

Considerando o exposto, o CAPS se constitui em um dispositivo como modelo e paradigma de atenção à saúde mental que se tornou componente central no campo da saúde mental:

O CAPS conquistou um lugar de existência prevista em lei, sendo designado como serviço de “[...] atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-

intensivo e não intensivo [...]” ou ainda, “[...] serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo lógica do território.” (BRASIL, 2004, p. 31).

Os CAPS têm o papel de coordenar a rede de atenção em Saúde Mental e apoiar a gestão, desenvolvendo atividades básicas, tais como: “atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso, atendimento à família, atividades comunitárias, suporte social, desenvolvimento de oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial” (SILVEIRA, 2009 p. 47 apud SCHEFFER, SILVA, 2014, p. 372).

Assim, nos CAPS, estão previstas atividades tanto individuais, quanto em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias, assembleias ou reuniões de organização do serviço (BRASIL, 2004).

Para atendimento aos usuários, se prevê o planejamento de um Plano de Cuidado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que deve ser formulado com os sujeitos e para eles. O Projeto Terapêutico Singular é um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2009, p. 39).

Diante do exposto, ressalta-se que os CAPS inseridos na RAPS são conquistas tanto do Movimento pela Reforma Psiquiátrica quanto do Movimento pela Reforma Sanitária e que os profissionais inseridos nesses dispositivos devem estar afinados com seus pressupostos no sentido de materializá-los no cotidiano profissional.

Isso porque, mesmo com tantos avanços, o modelo hospitalocêntrico ainda está enraizado, nas condutas de muitos profissionais, até por fazer parte da ideologia dominante. Muitas vezes, a internação psiquiátrica é realizada sem ao menos se esgotar outras possibilidades. Enxerga-se a institucionalização do indivíduo como uma maneira mais fácil de atendimento

A negação da instituição não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social" (AMARANTE, 1995, p.44).

Além de muitas vezes, as condutas do modelo hospitalocêntrico estarem enraizadas no trabalho de muitos profissionais, o desmonte iniciado nos anos 1990 tem avançado nos últimos anos, impactando a política de saúde mental, a exemplo da Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017 que



[...] alterou as diretrizes da PNSM. Essa portaria efetuou a desestruturação da lógica organizativa da Raps por meio do retorno de serviços obsoletos, como por exemplo as antigas unidades ambulatoriais especializadas, que poderão voltar a realizar práticas reducionistas e servir para ampliação da compra e distribuição de psicofármacos, reforçando a medicalização da vida e do sofrimento. (MEXCO; BENELLI, 2022, p.43).

Ainda, ressalta-se que em 2018, foi publicada a Portaria nº 2.434 “que concedeu um significativo aumento na tabela de preços das internações em Hospitais Psiquiátricos, gerando com isso um desestímulo à promoção de práticas de desinternação e de desinstitucionalização” (MEXCO; BENELLI, 2022, p.43).

No ano de 2019, aprovou-se a Política Nacional sobre Drogas (Pnad), por meio do Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019, que representa inúmeros retrocessos, dentre alguns exemplos, o estímulo a abstinência, desconsiderando a redução de danos e apoio às comunidades terapêuticas para tratar da população que faz uso de substâncias psicoativas, em detrimento da atenção nos CAPS Ad.

Diante disso, a recomendação 018, do dia 12 de abril de 2019, oriunda do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando todo o aparato jurídico legal da política de saúde mental, recomendou ao Ministério Público (MP), que atuasse no sentido de revogar esse Decreto. Porém, essa revogação não ocorreu e essas orientações seguem vigorando. Ressalta-se que “o financiamento da Comunidade Terapêutica esfacela a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), sucateia o CAPs e evidencia o tratamento asilar” (CNS, 2019).

É preciso lembrar que, como a política de saúde mental se insere no âmbito da política de saúde, esta vem sofrendo os impactos da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, visto que já vem produzindo consequências de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental, pelo regime fiscal que propõe um teto de gastos nos mais importantes serviços públicos.

Outro destaque, do desmonte da saúde mental, é a nota técnica 11/2019, que reforça o papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (BRASIL, 2019).

Recentemente se apresentam novos retrocessos na política de saúde mental, como a administração dos hospitais psiquiátricos passarem do Ministério da Saúde para o Ministério

da Cidadania. Também, destaca-se o Decreto 11.098 que extingue o Departamento de Saúde Mental, deslocando-o para a Atenção Básica.

A trajetória da política revela, portanto, um processo de disputa de concepções epistemológicas e simbólicas sobre a loucura e o adoecimento mental, que em interação com outros fatores contextuais influenciam os modelos assistenciais e as práticas de cuidado.

Diante do exposto, construiu-se uma síntese no Quadro 4, que apresenta as principais características e acontecimentos em relação ao atendimento em saúde mental desde o movimento da reforma psiquiátrica até os dias atuais.

Quadro 4 – Histórico da saúde mental no Brasil do movimento da reforma psiquiátrica até os dias atuais

<b>CONTEXTO HISTÓRICO SAÚDE MENTAL</b>	<b>PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL</b>
Origem da Reforma	- Criação do MTSM e ‘Crise da Dinsam’
Psiquiátrica Brasileira (1978-1984)	- I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e instituições; V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978) -I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. -Movimento Popular de Saúde (Mops)
Redemocratização, criação do SUS e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990)	-Conferência Nacional de Saúde Mental 1987) -II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (1987)
Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000)	-Criação dos CAPS e mecanismos substitutivos (Portaria 224/92)
Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)	- III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) -V Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) -Criação da RAPS (Portaria 3088/11)
Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2022)	- Inserção dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na RAPS -Aumento do incentivo financeiro para internações

Fonte: Construído pela acadêmica a partir de SAMPAIO; JUNIOR (2021); SILVA; BARROS; OLIVEIRA (2002).

Apresenta-se, portanto, diante do exposto, significativas conquistas no atendimento à população com sofrimento ou transtorno mental e suas respectivas famílias. Entretanto,

persistem problemas relacionados ao financiamento, à estigmatização, à reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos. Além disso, as atuais mudanças na Política Nacional de Saúde Mental constituem-se como principais ameaças aos direitos conquistados até então.

Considerando que o Serviço Social se insere nos serviços substitutivos, dentre eles, os CAPS, na próxima seção será abordado acerca do trabalho do Assistente Social na área da saúde, embasando-se nos parâmetros do trabalho na saúde, elaborados pelo CFESS no ano de 2010, buscando-se identificar a relação do Serviço Social com a Reforma Psiquiátrica. Em seguida, será enfatizado o trabalho do Assistente Social com as famílias dos usuários realizado nos CAPS.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL NOS CAPS: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS**

Nessa seção, será contextualizado brevemente, num primeiro momento, a relação do Serviço Social com a política de saúde, e nesta, a política de saúde mental, tomando por pressuposto que o Serviço Social, junto com outras categorias profissionais, é compreendido como uma profissão da área da saúde, conforme resolução 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nisto, se buscará identificar a relação entre o Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento da Reforma Psiquiátrica com o Projeto Ético-Político profissional.

Já num segundo momento, será dado um enfoque para a inserção do profissional Assistente Social nos CAPS e o trabalho com famílias, a partir da pesquisa realizada junto aos anais do 15º e 16º CBAS.

#### **3.1 O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

O Serviço Social no Brasil surgiu em meados da década de 30 e “se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social, expressão da desigualdade do modo de produção capitalista” (MATOS, 2017, p.58-59). Isso porque, desde o seu surgimento, está vinculada à agudização das expressões de desigualdade do modo de produção capitalista que demandaram um profissional que lidasse com elas.

Porém, num primeiro momento, o Serviço Social surge totalmente ligado à igreja católica e aos trabalhos de caridade, o que lhe confere características conservadoras (MATOS, 2017). Neste período, quando houve influência europeia na profissão,

[...] a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p. 2).

Conforme Matos (2017), o Serviço Social em suas protoformas buscou a institucionalização da profissão, tendo os anos de 1940 e 1950, marcos de conquistas da regulamentação profissional e da sua autonomia no seu exercício, entre outros.

Especialmente nestas décadas, o Serviço Social brasileiro se apropriou de um discurso e de um conjunto de práticas metodológicas, assim como teorias próprias para aplicar em seus processos interventivos: o Serviço Social de casos, de grupo ou de comunidade. Nesse período, havia diferentes modos de intervenção que variavam conforme a instituição.

Essa incorporação se deve à influência do Serviço Social norte-americano no Serviço Social brasileiro, a partir da qual, são incorporados referenciais positivistas e psicologizantes que reforçaram a culpabilização dos sujeitos pelas suas condições sociais e o ajustamento dos indivíduos e seus respectivos grupos familiares sem nenhuma crítica à ordem societária vigente (MATOS, 2017). Assim, “o julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico” (BRAVO; MATOS, 2004, p.2).

Destaca-se sobre o Serviço Social na saúde, neste período que:

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical), como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico (MATOS, 2017, p. 59)

Observa-se, que essa perspectiva corresponde ao modelo biomédico (centrado na figura do profissional médico), que repercutia diretamente na inserção do profissional assistente social na área da saúde, onde este profissional era secundarizado.

Ainda, a inserção na saúde pelo Serviço Social surge nos hospitais. A demanda se centrava em “[...]construir um elo da instituição da família e com o usuário, visando a garantir o seu tratamento após a alta, bem como realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe” (PINHEIRO, 1985 apud MATOS, 2017, p. 59). Devido à fundamentação funcionalista, incorporada pela profissão, acreditava-se que os hábitos dos indivíduos deveriam ser mudados porque os problemas vividos eram produtos de seu comportamento (MATOS, 2017).

Na sequência, outro marco importante para a profissão, é que na década de 60, emerge-se o movimento de reconceituação latino-americano, que se relaciona com a conjuntura política e com os acontecimentos vividos desde os anos 1950. No Brasil, esse processo se expressará no movimento de renovação, e, “somente nos anos 1970 o Serviço Social Brasileiro passa a encarar polêmicas de relevo no seio da profissão” (MATOS, 2017, p.

61), processo do qual decorre a vertente de intenção de ruptura<sup>8</sup> que representa a primeira aproximação do Serviço Social com o marxismo.

É importante ressaltar que esse processo ocorre no Serviço Social em meio a um contexto ditatorial, que, quando do processo de abertura democrática da sociedade brasileira e efervescência dos movimentos sociais, a categoria profissional começa a ser questionada e a se questionar, abrindo espaço para debates críticos sobre práticas e concepções conservadoras repercutindo em um novo posicionamento frente a sociedade brasileira. (LIMA, 2018)

A década seguinte é marcada por uma grande mobilização política, bem como pelo aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. “Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo”. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 6)

Apesar do movimento de reconceituação do Serviço Social, e as reformas sanitária e psiquiátrica, terem acontecido simultaneamente, “até os anos 1980, a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde, que é o que representava (e ainda representa) o movimento sanitário” (BRAVO, 1996 apud MATOS, 2017, p.61).

Trata-se de uma década que a vertente de intenção de ruptura “marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria [...] e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista”. Porém, essa perspectiva tem pouca capilaridade nos serviços, pois, na área da saúde, há pouca alteração no trabalho institucional, visto que “os profissionais dessa vertente se inserem, em sua maioria, nas universidades” (NETTO, 1996; BRAVO, 1996 apud CFESS, 2010, p.25).

Ao mesmo tempo, Robaina (2010 apud LIMA, 2018), registra que havia, no interior do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, trabalhadores e trabalhadoras assistentes sociais identificados com as propostas desta Reforma.

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação

---

<sup>8</sup> Para contextualizar, retoma-se que Netto (1996 apud MATOS, 2017, p. 61) analisa a renovação do Serviço Social no Brasil pós-1964, identificando três tendências nesse processo. “A primeira hegemônica, nos anos 1960 e 1970, denominada “perspectiva modernizadora”, que faz um recurso ao estrutural- funcionalismo; a segunda é identificada pelo autor como “reatualização do conservadorismo” e pautada na fenomenologia; a terceira, hegemônica desde os anos 1980, denominada “intenção de ruptura”, que realizava um recurso- inicialmente enviesado- a tradição marxista”.

Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Serviço Social (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (BRAVO, 1996 apud BRAVO; MATOS, 2004, p.8-9).

O que se deve considerar é que, o Serviço Social recebe influências da conjuntura desse processo histórico, mas também, e ao mesmo tempo “está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 7)

Somente a partir dos anos 1990 que “podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS” (MATOS, 2017, p. 61).

A incorporação destes princípios se articula ao projeto ético-político profissional do Serviço Social, construído desde as décadas de 1970 e 1980 (LIMA, 2018), e que se expressa no Código de Ética de 1993, na Lei que Regulamenta a Profissão e nas Diretrizes Curriculares de 1996.

O projeto ético político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre alternativas concretas. Daí, o compromisso com a emancipação humana e a plena expansão dos indivíduos sociais. Com isso, esse projeto propõe uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia. Portanto, é um projeto construído por assistentes sociais, mas não se encerra na preocupação com a corporação profissional. Para tanto, apanha novos aportes teóricos e metodológicos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregadores e usuários. (NETTO; 1999; BARROCO, 2001 apud MATOS, 2017, p.62)

Em outras palavras, “o que chamamos de Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social é fruto da construção histórica da profissão, sempre tensionado, pois expressa um projeto de sociedade que se contrapõe ao modelo capitalista atual”. (LIMA, 2018, p.228)

Diante dessa premissa, a partir do amadurecimento da vertente de intenção de ruptura que se expressa no projeto ético-político, ou seja,

Nas propostas do novo projeto profissional, as “problemáticas sociais” são relacionadas às desigualdades produzidas pelo capitalismo, rejeitando-se a sua compreensão como disfunções individuais que precisam de tratamento” social. Assim, a atuação profissional volta-se para as abordagens coletivas que procuram mobilizar a população, para reivindicar o atendimento às suas necessidades. A prioridade passa a ser o incentivo à participação da população na definição das

necessidades a serem atendidas e na execução de ações de mobilização e organização social. Daí a preocupação dos profissionais com a conscientização política dessa classe (TRINDADE, 2001, p.18).

Essa compreensão indica que o objeto no qual a profissão intervém não são os sujeitos, mas sim, as expressões da questão social por eles vivenciadas.

A “questão social” é aqui interpretada como conjunto das expressões, das desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais vivenciadas na sociedade capitalista madura. Trata-se pois das desigualdades de classe, gênero, etnia e geração, que nessa forma de sociabilidade podem ser relacionadas a uma raiz comum, qual seja: “a produção é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”(IAMAMOTO, 1999, p.27-29)

Em síntese, “o Serviço Social é uma profissão que atua com as expressões da “questão social” no cerne do sistema capitalista” (LIMA, 2018, p.227). Essas expressões, objeto de trabalho profissional, se apresentam de maneiras diferentes em cada espaço sócio-ocupacional:

[...] se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas/disjunções que ora são identificadas como responsabilidade dos indivíduos, ora da sociedade. Esses problemas raramente são identificados como crias próprias da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista (MATOS, 2017, p. 65).

Essas expressões da questão social tais como o não acesso a bens e serviços como educação, transporte, cultura, o desemprego e a precarização do trabalho, a pobreza, a exclusão, entre outros, podem ser relacionadas como determinações do processo saúde-doença, “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), que devem ser garantidos “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, 1998).

Portanto, mesmo que os assistentes sociais que trabalham na política de saúde não desenvolvam nenhum trabalho que se aplique exclusivamente nos serviços de saúde, é fundamental “compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários” (MATOS, 2017, p. 66). Encontra-se nesse fato, a importância do desvelamento da questão social, pelo Assistente



Social, para interpretação da realidade, ultrapassando a aparência, a imediaticidade, compreendendo essência da situação, a partir das expressões da questão social que se manifestam.

Na proposta do projeto ético-político que tem a liberdade como valor ético central, conforme já exposto, é possível ainda estabelecer relações com o projeto da reforma psiquiátrica que defende a liberdade dos indivíduos com sofrimento ou transtorno mental em contraposição ao modelo de isolamento e excludente.

Essa compreensão é considerada importante na medida em que, na área da saúde, nem sempre os usuários, ou outras categorias profissionais, e até mesmo os próprios assistentes sociais, têm clareza de sua função nessa política e do seu objeto e da direção de seu trabalho. Nesse sentido, além da reprodução de práticas de exclusão e isolamento, corre-se o risco de, nos serviços da política de saúde mental, reproduzir um caráter terapêutico e de isolamento nas suas abordagens.

Nesse sentido, conforme Resolução 569, de 25 de março de 2010, emitida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), é importante mencionar que é vedada a aplicação de terapias pelo profissional Assistente Social. Cita-se ainda o documento intitulado “Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas”, “que publiciza elementos para ampliar a compreensão da categoria sobre a referida Resolução”. (LIMA, 2018, p. 233)

Do ponto de vista legal, a Resolução que “veda a realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social” não cerceia o direito ao trabalho, assegurado pela Constituição Federal, não impedindo e nem negando o direito à atuação profissional, como assistente social. Também não impede as pessoas que queiram realizar as diversas formas de terapias existentes, mesmo porque estas, em sua maioria, não se encontram submetidas a nenhuma legislação nacional. O que a resolução explicita é que a realização de terapias não está no escopo das competências e atribuições profissionais do(a) assistente social regulamentadas em Lei. Se um(a) assistente social quiser praticar atividades terapêuticas, poderá fazê-lo, desde que não associe essas práticas ao exercício da profissão de assistente social (CFESS, 2010b)

A busca do reconhecimento da prática clínica ou terapêutica poderia ser uma tentativa do(a) assistente social homogeneizar “suas ações em saúde, consoantes aos demais profissionais da equipe de trabalho. Entretanto, essa proposta é problemática por ser um

discurso ajustador que provoca dissolução dos objetivos específicos e descaracterização profissional” (LIMA, 2018, p. 234-235)

Essa preocupação quanto à orientação psicoterapêutica profissional aos indivíduos e aos seus familiares, foi expressa também nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, que destaca a importância de uma atuação que potencialize a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais em detrimento do caráter terapêutico, autodenominada pelos seus executores de “Serviço Social Clínico<sup>9</sup>”. (CFESS, 2010).

Neste documento, retoma-se que:

Essa abordagem é anunciada como uma ressignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão “holística do ser humano”. Ressalta-se que essas ações fogem ao âmbito da competência do assistente social, pois não estão previstas na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, seja na lei de regulamentação da profissão (IAMAMOTO, 2002 apud CFESS, 2010, p.44)

Destaca-se que essa compreensão pela profissão reconhece a pluralidade de ideias e a liberdade de pensamento para a produção de conhecimento, mas esse pluralismo não significa desconsiderar as construções coletivas que revisaram posicionamentos conservadores, avançando “com novos fundamentos teóricos e ético-políticos, em regulamentações que passaram a orientar a formação e o exercício profissional de assistentes sociais” (LIMA, 2017, p.234), alicerçados na teoria social crítica. Deve-se, portanto, investir na pluralidade de ideias, mas essas devem dialogar com a teoria que fundamenta a profissão.

Assim, compreende-se que:

o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. (CFESS, 2010, p. 34)

---

<sup>9</sup> A utilização das “Práticas Terapêuticas” ou “Serviço Social Clínico” traz implicações para a efetivação do projeto ético-político profissional, pois aqueles profissionais que se utilizam destas “práticas” em seu espaço sócio-ocupacional desconsideram a perspectiva da totalidade, remetendo apenas a uma análise individual baseada no fenômeno aparente, fortalecendo ainda mais a lógica do capital, sob forte influência das ideias “pós-modernas” (OLIVEIRA et al. 2012, p. 27). Trata-se de um grupo heterogêneo de assistentes sociais que compõem um movimento que reivindica das entidades da categoria e unidades de ensino o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício e que possui formação especializada em diversas abordagens clínicas: holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal. (CFESS, 2010).

Para tanto, o assistente social deve realizar um trabalho fundamentado pelas dimensões teórico-metodológica e ético-política que devem orientar a dimensão técnico-operativa.

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

A dimensão teórico-metodológica “refere-se à capacidade de apreensão do método e das teorias e sua relação com a prática profissional a fim de conseguir fazer uma leitura crítica da realidade social na sua totalidade e suas refrações” (TAVARES, 2020, p. 897). O trabalho deve, portanto, seguir embasado no nosso arcabouço teórico-metodológico, fundamentado na teoria social crítica a partir da qual é possível compreender o objeto do trabalho profissional e desvendá-lo no cotidiano.

A dimensão técnico operativa refere-se aos elementos técnicos e instrumentais para o desenvolvimento da intervenção que deve estar articulada aos fins e aos objetivos do trabalho profissional. Nessa perspectiva, “os instrumentos e técnicas são estratégias, sobre as quais se faz a opção de acordo com o contexto e conteúdo a ser mediado para se chegar a uma finalidade. (TAVARES, 2020, p. 899)

Já a dimensão ético política, em seu aspecto normativo e legal “está representada por meio do Código de ética vigente de 1993, na Lei que regulamenta a profissão –Lei 8.662/93, nas Diretrizes Curriculares da profissão de 1996 e outras legislações pertinentes que surgem no interior da profissão”. (TAVARES, 2020, p. 902) Essa dimensão diz respeito aos valores, princípios que fundamentam a profissão.

É a partir da articulação de tais dimensões, que o assistente social desenvolve seu trabalho em qualquer espaço sócio-ocupacional. Na área da saúde, suas ações profissionais relacionam-se aos seguintes eixos, que são complementares e indissociáveis: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p. 41).

O atendimento direto aos usuários “[...] se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de

ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira” (CFESS, 2010, p. 41).

No que tange à participação e ao controle social, considera-se fundamental destacar a importância do assistente social, pois, por ter um projeto ético-político tão crítico à ordem social vigente, os assistentes sociais devem ser estimuladores e participantes desses mecanismos de controle democrático. Esses mecanismos não dizem respeito apenas aos conselhos e às conferências de saúde, mas também a toda e qualquer ação e serviço de caráter participativo e democrático:

Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010, p. 57)

Além disso, o processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de investigação, planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos (CFESS, 2010). Esse eixo é de suma importância para a materialização e efetividade dos planos, programas, projetos e ações dentro das instituições. A realização de estudos e pesquisas permitem a construção de planos, programas e projetos a partir das necessidades que se manifestam nos contextos reais de trabalho e na vida dos sujeitos.

Quanto ao último eixo, considera-se que “as atividades de qualificação e formação profissional envolvem a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes” (CFESS, 2010, p.63).

Já em relação à assessoria,

é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la. O assessor pode estar vinculado a uma proposta que vise à emancipação desses trabalhadores e à ampliação da ação do Estado com relação às políticas sociais, ou a dominação destas e a redução da esfera estatal (MATOS, 2006 apud CFESS,2010, p. 64).

Para essas ações nestes eixos, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), propõem algumas exigências para uma atuação crítica e competente do Serviço Social na área da saúde, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 – Exigências para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na Saúde

<b>EXIGÊNCIAS</b>	
Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS.	
Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença.	... conclusão Continua...
Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária.	
Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.	
Estimular a intersetorialidade tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.	
Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.	
Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como, realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.	
Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.	

Fonte: Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, CFESS, 2010

A partir dos eixos e exigências já apresentados, é preciso enfatizar que “o assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências)” (CFESS, 2009, p. 21), desenvolvendo diversas atividades. As principais serão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 – Principais atividades do Assistente Social na saúde

<b>Principais atividades do Assistente Social na saúde</b>
Democratizar as informações por meio de orientações (individuais encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária. e coletivas) e /ou
Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde.
Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal. <span style="float: right;">... conclusão</span>
Continua...
Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação.
Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais.
Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.
Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.
Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação.
Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social.
Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde.
Buscar garantir o direito do usuário ao acesso dos serviços.
Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009. <sup>10</sup>

Fonte: Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, CFEEES, 2010

<sup>10</sup> A resolução 557/2009, dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais.

O Quadro 6 elenca as principais atividades na área da saúde, mas naturalmente seria impossível citar todas as possibilidades de trabalho nessa área com tantas demandas e particularidades. Apesar do reconhecimento dessas diversas possibilidades de trabalho, conforme pesquisa de Vasconcelos (2002), independente do espaço em que trabalham, “os assistentes sociais estabelecem a mesma rotina: contato com o usuário para levantamento das necessidades, após atendimento médico para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta” (apud MATOS, 2017, p. 63).

Além disso, mesmo que o debate do Serviço Social na Saúde venha acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e psiquiátrica e ao projeto ético-político profissional “O exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante dos citados projetos” (MATOS, 2017, p.63).

Nesse sentido, destaca-se que

cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária”. (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004).

Acrescenta-se a articulação, portanto, também ao projeto da reforma psiquiátrica, cujos princípios devem ser articulados ao projeto ético-político profissional. As intervenções do Assistente Social na área da saúde mental devem estar filiadas à concepção da clínica ampliada, devendo contribuir no acesso e na garantia dos direitos dos usuários, inclusive a liberdade, lutando veementemente, portanto, contra o modelo hospitalocêntrico.

De forma a explicitar a relação entre as diretrizes da RAPS e os princípios profissionais expressos no Código de Ética de 1993, construiu-se o Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 – Relação entre RAPS, Código de Ética do Assistente Social e eixos do trabalho na saúde

<b>DIRETRIZES DA RAPS</b>	<b>CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL</b>
Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas.	Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.
Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.	Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos

DIRETRIZES DA RAPS	CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL
	bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.
Combate a estigmas e preconceitos.	Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.
Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.	Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.
Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.	Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras.
Diversificação das estratégias de cuidado.	Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.
Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania.	Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras.

Fonte: Lei 3088, CFESS 2010a.

É possível observar no quadro acima, que as diretrizes da RAPS e o Código de Ética profissional dialogam entre si. É importante para o trabalho no CAPS a apropriação desses arcabouços teóricos para a execução de um trabalho qualificado que de fato seja garantidor de direitos.

Diante dessa breve contextualização, na sequência irá se discutir o trabalho do Assistente Social nos CAPS, mais focado nas intervenções com as famílias.

### 3.2 O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CAPS: ENTRE DIFERENTES CONCEPÇÕES DE FAMÍLIAS

Passados 20 anos da Portaria nº 336/2002, o Brasil conta atualmente com 3.219 CAPS distribuídos nas diferentes regiões do país, conforme dados do mês de abril de 2022 disponibilizados no DataSUS (abril/2022).

Considerando que esta mesma portaria prevê diferentes profissionais que devem compor as equipes mínimas dos diferentes tipos de CAPS, sugere-se o Assistente Social, mas existem outros profissionais de nível superior, não havendo sua obrigatoriedade, tais como



psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, fonoaudiólogos entre outras categorias profissionais.

Diante disso, dos 3.219 CAPS, conta-se com um total de 54.885 profissionais de diferentes áreas, dos quais 3.866 são assistentes sociais (DATASUS; abril/2022), conforme Tabela 1.

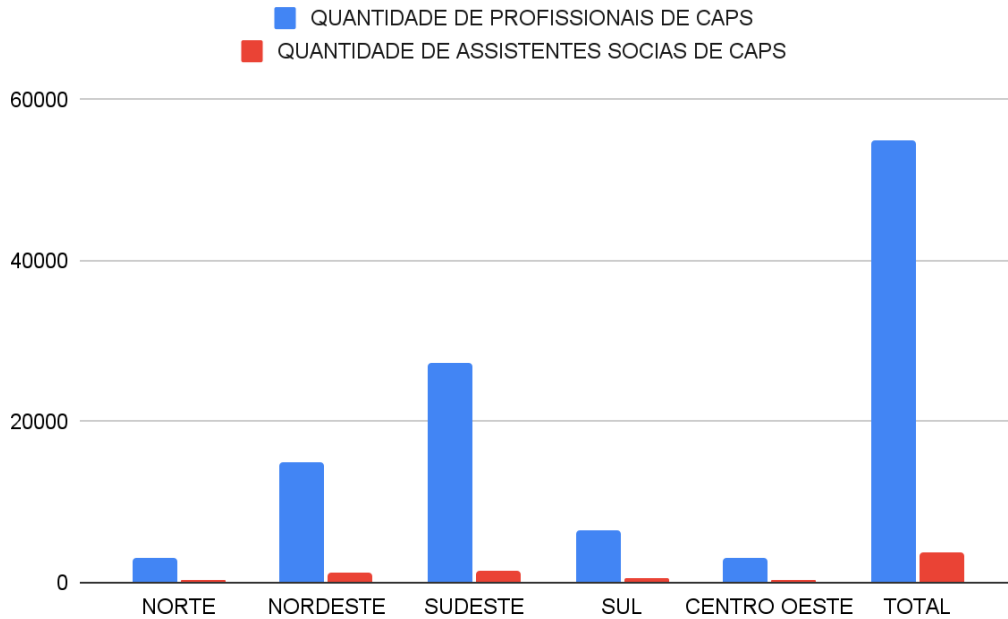
Tabela 1 – CAPS no Brasil por região

<b>REGIÃO</b>	<b>QUANTIDADE DE CAPS</b>	<b>QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS</b>	<b>QUANTIDADE DE ASSISTENTES SOCIAIS</b>	<b>% DE ASSISTENTES SOCIAIS</b>
NORTE	211	3.076	265	8,61
NORDESTE	1.086	15.021	1.230	8,18
SUDESTE	1.225	27.265	1.586	5,8
SUL	498	6.392	550	8,6
CENTRO - OESTE	199	3.131	235	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>3.219</b>	<b>54.885</b>	<b>3.866</b>	<b>7,04</b>

Fonte: Construído pela acadêmica a partir dos dados do DataSUS (abril/2022).

A tabela acima, chama a atenção em dois sentidos. O primeiro é de termos mais Assistentes Sociais do que número de CAPS em todas as regiões do país. Porém, mesmo assim, a porcentagem de Assistentes Sociais dentro do número total de profissionais é baixo, como mostra o Gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1 – Quantidade de Assistentes Sociais no CAPS



Fonte: Construído pela acadêmica a partir dos dados do DataSUS (2022).

Como é possível visualizar nos dados trazidos pela tabela e pelo gráfico acima, há poucos assistentes sociais (7,04%) em relação ao total de profissionais inseridos nos CAPS. É possível ainda identificar, que as regiões norte, nordeste e sul, compreendem cerca de 8% de Assistentes Sociais se comparado ao total de profissionais de suas respectivas regiões, seguidas da região centro-oeste (7,5%) e da região sudeste com a menor porcentagem (5,8%). Neste sentido, aponta-se para a necessidade de estudo mais aprofundado para observar com clareza que profissões são essas.

Como é possível apreender, o assistente social trabalha juntamente com outros profissionais nos CAPS. Ao integrar as equipes na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010).

Conforme Machado (2009), desde a Reforma Psiquiátrica, o trabalho em equipe passou por mudanças nela ancoradas, bem como na orientação da interdisciplinaridade e integralidade. Essas mudanças foram interpretadas por alguns setores da categoria profissional de Assistentes Sociais “como ‘crise profissional’, tendo em vista que as intervenções executadas “tradicionalmente”(alicerçadas na trajetória histórica) somente pelo Serviço Social (triagem, atendimento familiar e alta) atualmente são compartilhadas por outros integrantes da equipe” (MACHADO, 2009, p.242).

Na particularidade dos CAPS, são realizadas diversas atividades: psicoterapia individual ou em grupo; oficinas terapêuticas; atividades comunitárias; atividades artísticas; orientação e acompanhamento do uso de medicação; atendimento domiciliar e aos familiares; sendo que todas essas atividades têm finalidade terapêutica (BRASIL, 2004).

No que tange ao atendimento aos familiares, Robaina (2010) retoma que tradicionalmente na saúde mental, este trabalho é direcionado aos assistentes sociais, ainda que não lhe seja atribuição exclusiva, nem como objeto de estudo. Contudo, “é seguro afirmar que entre as categorias profissionais típicas da equipe de saúde mental, é esta profissão quem tem o maior lastro de conhecimento e trato nessa área”. Assim sendo, “é urgente que se promova um tensionamento no cotidiano dos serviços acerca do conceito de família” (ROBAINA, 2010, p.346).

Neste sentido, é preciso considerar que a partir do movimento de intenção de ruptura no Serviço Social, particularmente depois na década de 90, com a consolidação da teoria social crítica como teoria norteadora da profissão, as famílias são reconhecidas nas suas mais diversas configurações, como um espaço complexo. Trata-se de uma instituição “construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelecem entre seus membros, e outras esferas da sociedade, tais como Estado” (MIOTO, 2010, p.163).

As famílias<sup>11</sup> se constituem, assim, como uma construção histórico-social que precisa ser considerada em seus aspectos contraditórios (não apenas como locus de felicidade, cuidado, apoio, mas também, por vezes, de conflito, violência, ameaça e sofrimento). Portanto, defendemos o entendimento da família enquanto uma construção histórica, social e plural que se transforma junto com a totalidade social e que precisa ser assim entendida, reconhecida e protegida pela sociedade de um modo geral, incluindo os formuladores de políticas e os profissionais que trabalham com famílias (MEDEIROS, 2014, p. 278)

Trata-se de uma concepção que considera a dificuldade de se traçar um perfil único de uma família brasileira devido a diminuição do número de pessoas da família, aumento dos divórcios e recasamentos, maior participação da mulher na manutenção econômica do lar, casais de dupla carreira e diferentes maneiras de compartilhar papéis nas funções parentais, famílias sem vínculo sanguíneo, entre outros.

---

<sup>11</sup> “Tomando por base o percurso da história, inferimos que a família, em suas diversas configurações, é uma construção social, uma realidade mutável, sujeita a transformações constantes. Por esse motivo, o debate aqui proposto gira em torno de famílias, e não de família. Isto é, defende-se a reflexão acerca das famílias no plural, uma vez que suas distintas formas de organização e estruturação deslegitimam sua identificação como um modelo único ou idealizado no padrão nuclear conjugal” (MEDEIROS, 2014, p.277).

Contudo, apesar de Miotto (2008, p. 53) referir que raramente se encontram técnicos que não trabalham com a ideia da diversidade de famílias “[...] observa-se que o termo “famílias desestruturadas”<sup>12</sup> – surgido originalmente para rotular as famílias que fugiam ao modelo padrão descrito pela escola estrutural-funcionalista<sup>13</sup> – ainda é largamente utilizado tanto na literatura como nos relatórios técnicos de serviços”.

Diante disso, e considerando que “o saber profissional em torno da instituição família orienta o técnico na sua postura e abordagem diante dela e pode direcionar a intervenção profissional em perspectivas mais conservadoras ou mais críticas” (ALMEIDA, 2007 apud MEDEIROS, 2014, p.280), é importante ressaltar que quando se trata do trabalho realizado com as famílias no âmbito dos CAPS, a partir do atual projeto ético-político profissional, que tem como objeto de trabalho a questão social em suas múltiplas expressões, a direção do trabalho não deve se pautar no ajustamento das famílias e na sua culpabilização pela situação vivenciada.

Nessa perspectiva crítica, compreende-se que as famílias têm sido historicamente alijadas do acesso à riqueza coletivamente produzida no contexto das dinâmicas societárias mais amplas e das particularidades brasileiras (DUARTE, 2018, p. 204-205). Assim, reconhece-se que a centralidade do trabalho está na questão social, e não nas famílias da classe trabalhadora, com as quais o Serviço Social deve assumir um compromisso (DUARTE, 2018).

Portanto, o assistente social deve trabalhar com as famílias, e não nas famílias, construindo estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social, advindas do capitalismo, em uma perspectiva acolhedora, afinal, “[...] o que justifica a existência do Serviço Social como especialidade no mundo do trabalho é a questão social. É desse lugar que o assistente social está legitimado frente ao empregador e aos usuários de seu serviço” (ROBAINA, 2010, p. 345).

---

<sup>12</sup> A ideia de “famílias desestruturadas”, entre outros aspectos, é subsidiada pela ideologia historicamente construída nas relações entre família e Estado, “[...] de que as famílias independente de suas condições objetivas de vida devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros”, sendo rotuladas como patológicas, incapazes, desestruturadas, entre outros termos, quando não conseguem “[...] atender às expectativas sociais relacionadas ao desempenho das funções atribuídas [...]” (MIOTTO, 2008, p. 51).

<sup>13</sup> Cria-se um modelo hegemônico de família: o da família conjugal burguesa, que passa a ideia ilusória de maiores garantias de felicidade. No entanto vem se tornando obsoleta em sua configuração sendo demarcada cada vez por mais um viés desestabilizador que coloca oscilante frente ao modelo único, estabelecido, denunciando seu caráter processual pois as transformações históricas da família tem mostrado a convivência de mais de um modelo familiar (Uziel, 2004, Zambrano, 2011, apud TOKUDA;PERES; ANDREO, 2016, p. 923)

Assim, desde o acolhimento do usuário no CAPS, primeiro contato com o serviço, no qual muitas vezes vem acompanhado de um familiar, o atendimento deve se dar a partir de uma perspectiva que inclua a família na construção do plano terapêutico singular. Geralmente, o profissional que irá coordenar a construção desse plano é o profissional que acolhe o usuário e sua família num primeiro momento, o Técnico de Referência (TR). Para essa construção é fundamental que esse profissional tenha um vínculo bem fortalecido com o usuário e com sua família.

A inclusão das famílias nos PTS deve considerar que as famílias dos usuários muitas vezes encontram-se em sofrimento. Além disso, a inclusão permite conhecer mais amplamente a realidade do usuário, o que contribui para a construção de estratégias de cuidado mais adequadas. Quando um serviço apresenta estratégias de cuidado para a família, também contribui diretamente com a reabilitação psicossocial. Por isso, os equipamentos devem incluir os familiares no PTS do usuário, também lhes oferecendo cuidado.

Assim sendo, além do acolhimento, também são realizados atendimentos individuais às famílias, que se constituem em escutas destinadas ao grupo familiar, compreendendo a necessidade de ofertar o cuidado às famílias, que muitas vezes se encontram adoecidas, devido ao transtorno ou sofrimento mental do familiar. Esses são espaços de construção de uma lógica de cuidado a partir do princípio da liberdade, em contraposição à lógica do isolamento, historicamente demandada pelas famílias em nossa sociedade, conforme exposto no capítulo anterior.

Para além dos atendimentos individuais que buscam compreender a singularidade das famílias e suas demandas específicas, podem ser realizados atendimentos a grupos de familiares, que se constituem em uma proposta que coletiviza as demandas e as dúvidas em comum entre os familiares. É uma estratégia que propicia, uma rica troca de experiências entre as famílias, que percebem que muitos dos problemas são comuns uns com os outros.

Destaca-se que o atendimento deve reconhecer o território no qual o CAPS se insere, cuja noção é mais abrangente do que o “levantamento de recursos comunitários”, pois “é uma requisição aos serviços substitutivos sua integração orgânica com seu entorno”, (ROBAINA, 2010, p.346). Esse reconhecimento possibilita compreender de forma mais abrangente a realidade da comunidade, para que seja possível propor ações mais afins, com as suas necessidades.

Para os Assistentes Sociais que “têm competência profissional, através de seus conhecimentos de realizar mapeamento dos territórios” (ROBAINA, 2010, p.347), e que tem nas expressões da questão social seu objeto de trabalho, é fundamental mobilizar os recursos existentes no território também para o atendimento das demandas identificadas por meio das políticas públicas sociais.

O Assistente Social, devido a sua privilegiada formação na área das políticas públicas, deve ser um profissional, capaz de orientar sobre elas. Entretanto, é importante lembrar que os outros profissionais inseridos no CAPS, devem ter a mesma postura, para que o direito dos usuários de acesso às informações seja realmente garantido.

Destaca-se ainda que é de suma importância o trabalho intersetorial, entre as políticas públicas, para garantir o melhor atendimento aos usuários e sua família. Por isso, se faz necessário que os CAPS dialoguem com os outros serviços para que o usuário possa de fato ter um atendimento efetivo e de qualidade na perspectiva da integralidade.

Articulado com as políticas sociais, destacam-se os mecanismos de controle social democrático, até porque, como já citado anteriormente, faz parte das atividades da profissão na área da saúde, como o estímulo à participação em conselhos e conferências, por exemplo. Ainda neste sentido, tem-se por desafio nos CAPS problematizar a natureza da atividade denominada Assembleia, para além de sua função terapêutica, para alçá-la à participação dos usuários e seus familiares na gestão. (ROBAINA, 2010).

No trabalho do Serviço Social, na área de geração de renda, destaca-se que:

[...] há enormes espaços para a discussão das relações de trabalho, das potencialidades e limitações da legislação, do uso do dinheiro, do valor de uso e de troca do produto das oficinas, dos nichos de mercado, capacitação, e mais um sem-número de questões correlatas. (ROBAINA, 2010, p.347)

Muitas vezes o sofrimento das famílias, está atrelado à questão socioeconômica, advinda do desemprego, do trabalho e dos salários precários. Auxiliar os usuários do CAPS e também seus familiares, neste sentido, pode ser uma grande estratégia na construção da autonomia desses sujeitos.

Neste sentido, é possível compreender que o CAPS se constitui em um campo “[...] entendido como o plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania... relativos aos usuários dos serviços de saúde mental, que não pode ser confundido com paradigma psicossocial onde é atribuída ao assistente social a prática de terapias” (ROBAINA, 2010, p.343).

Diante do exposto, considera-se que o trabalho com famílias no CAPS, a partir de uma perspectiva crítica deve ser construído articulando o projeto ético-político profissional à reforma psiquiátrica, na proposta da clínica ampliada, se contrapondo ao modelo biomédico, aplicando todas as práticas substitutivas ao modelo asilar. “Para tanto, é preciso manter uma permanente análise crítica da política de saúde mental e sua articulação com o projeto da Reforma Sanitária e os princípios inscritos no SUS, porque, para ser substitutivo, o acesso ao serviço tem que ser universal” (ROBAINA, 2010, p. 348).

Todavia, essa lógica de atendimento tem sido confrontada, diante dos desmontes no campo das políticas públicas e sociais que transfere a responsabilidade do Estado para as famílias, constituindo o que se denomina como familismo que

[...] reside na afirmação da tradição secular que existem dois canais naturais para satisfação das necessidades dos indivíduos: a família e o mercado. Somente quando esses falham é que a interferência pública deve acontecer e, de maneira transitória. Então a ideia que vem embutida no campo da incorporação da família na política social é a ideia de falência da família. Ou seja, a política pública acontece prioritariamente, de forma compensatória e temporária, em decorrência da sua falência no provimento de condições materiais e imateriais de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de seus membros. Isso corresponde a uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado (MIOTO, 2010, p, 169 e 170)

Infelizmente, ainda nos dias atuais, muitas vezes, ainda se culpabiliza as famílias, sem considerar que as demandas da realidade daquelas são advindas das desigualdades geradas pelo sistema capitalista de produção.

As manifestações do conservadorismo no trabalho social de assistentes sociais com famílias podem expressar sob diversos conteúdos e formas: seja pela psicologização e individualização da ‘questão social’; na despolitização da pobreza ; na redução de direitos e políticas sociais a benefícios; na submissão do acesso às famílias a teste de meios e critérios de elegibilidade ; pela via do moralismo, preconceito, racismo, machismo, a misoginia; no aprisionamento das ações profissionais a manuais e a convicções religiosas; na negação das contradições familiares, nas relações hierarquizadas, privando o usuário da vez e da voz ; na ausência de historicidade e da totalidade das ações profissionais (DUARTE, 2017 apud, DUARTE, 2018, p, 204)

Diante disso, o próximo item buscará identificar o trabalho com famílias realizado nos CAPS, a partir de experiências compartilhadas por assistentes sociais nos dois últimos CBAS que ocorreram, nos anos de 2016 e 2019.

### 3.2.1 O trabalho do assistente social com famílias nos CAPS: experiências presentes no 15º e no 16º CBAS

O primeiro Congresso Brasileiro de Serviço Social ocorreu em São Paulo em 1947, promovido pelo Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), segundo Yamamoto (2014, p. 178 apud, DIAS, 2019, p. 02).

O CBAS, é um espaço de reflexão para os desafios postos aos assistentes sociais na atualidade. O enfrentamento para esses desafios, necessita de articulações de novas estratégias, e o CBAS traz a oportunidade de debatê-las com o intuito de qualificar as intervenções profissionais (CBAS, 2019).

Para este Trabalho, serão apresentadas as produções sobre o trabalho do Assistente Social com famílias nos CAPS, que correspondem ao 15º e ao 16º CBAS<sup>14</sup>, realizados em 2016 na cidade de Olinda-Pernambuco, e 2019, na capital federal Brasília - Distrito Federal, respectivamente, conforme Quadro 8, a seguir

Quadro 8 – Informações do 15º e do 16º CBAS

CBAS	DATA	LOCAL	TEMÁTICA	NÚMERO DE PUBLICAÇÕES
15	05 e 09 de setembro de 2016	Olinda- PE	“80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão”	1423
16	30 de outubro a 03 de novembro de 2019	Brasília-DF	“40 anos da “Virada” do Serviço Social”	1732
<b>Total</b>				3.155

Fonte: Construído pela acadêmica a partir dos dados disponibilizados no site do CBAS(2016); CBAS(2019)

Conforme é possível visualizar no Quadro 8, o 15º CBAS, teve como temática os 80 anos da profissão de Serviço Social no Brasil, enquanto o 16º CBAS abordou os 40 anos da “virada”<sup>14</sup> do Serviço Social, os quais juntos totalizam 3.155 publicações.

<sup>14</sup> Este evento foi realizado em alusão comemorativa aos 40 anos após o III CBAS, conhecido como Congresso



Para os anais de cada edição do evento, foi realizada uma busca pelos descritores CAPS e/ou Centro de Atenção Psicossocial, encontrando-se 6 artigos referentes ao 15º CBAS, e 18 artigos referentes ao 16º CBAS, totalizando 24 artigos. Buscando identificar nestes artigos acerca do trabalho com famílias, para estes 24, utilizou-se como critérios de inclusão aqueles artigos com os descritores: “famílias” e/ou “rede de apoio primária” e/ou “familiares” no seu título, resumo ou palavras-chaves. Portanto, dos 24 artigos, apenas 5 foram selecionados, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Levantamento de artigos do 15º e 16º CBAS sobre o trabalho do Assistente Social com famílias nos CAPS

CBAS	Ano	Total de publicações	Publicações com descritores CAPS e Centro de Atenção Psicossocial	Publicações relacionadas às famílias	Porcentagem em relação ao total de publicações
15º	2016	1423	6	2	0,14%
16º	2019	1732	18	3	0,17%
<b>Total</b>		<b>3155</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>0,15%</b>

Fonte: Construído pela acadêmica a partir dos dados disponibilizados no site do CBAS(2016); CBAS(2019)

Para melhor visualização do percurso metodológico realizado para a obtenção dos dados da Tabela 2, construiu-se a Figura 1, a seguir.

Figura 1 – Diagrama sobre a metodologia da pesquisa

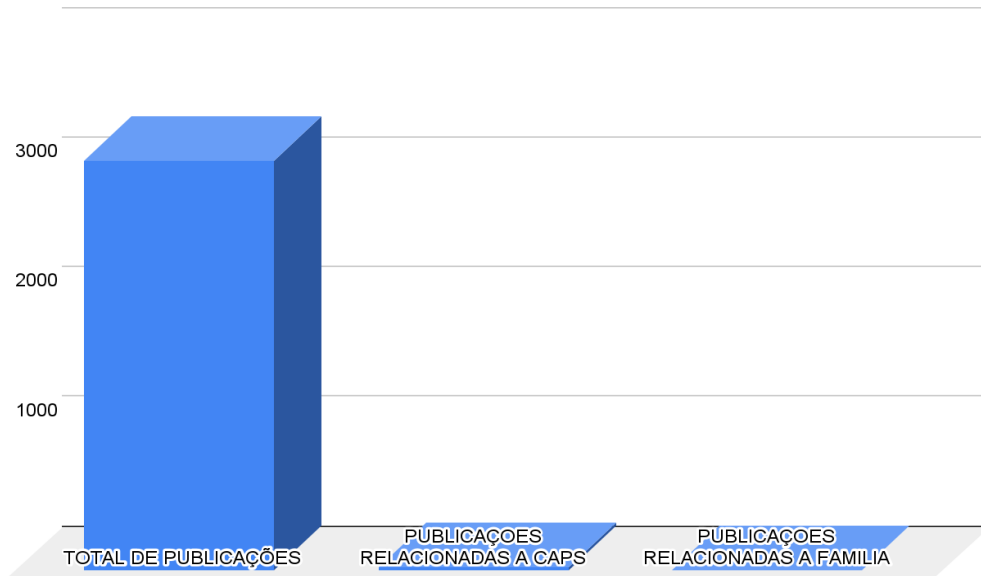


da “Virada” que ficou assim conhecido, porque a trajetória profissional até então era hegemonicamente conservadora, e direciona-se para uma perspectiva crítica em defesa da classe trabalhadora. Dias (2019) relembra que, neste evento, “os profissionais se viraram para a mesa do evento no auditório em oposição à ditadura representada pela composição de autoridades governamentais presentes. Tornou-se um marco no processo de politização e mobilização dos profissionais e estudantes do Serviço Social brasileiro” (DIAS,2019, p. 5)

Fonte: Elaborado pela autora.

Como é possível observar na Tabela 2, num total 3.155 publicações, entre o 15º e 16º CBAS, apenas 24 (13,14%) abordam assuntos relacionados aos Centros de Atenção Psicossocial. Chama-se a atenção para o fato de que, destas 24 publicações, somente 5 (2 referentes ao 15º CBAS e 3 referentes ao 16º CBAS), representando 0,15%, abordam a temática famílias. Para melhor visualização dos dados, construiu-se o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Publicações relacionadas a CAPS e Famílias nos CAPS



Fonte: Construído pela acadêmica a partir dos dados disponibilizados no site do CBAS(2016); CBAS(2019)

O Gráfico 2 demonstra o baixo percentual de publicações relacionadas ao trabalho com famílias nos CAPS, ainda que tradicionalmente o trabalho com elas se dirija aos assistentes sociais na saúde mental (ROBAINA, 2010), conforme sinalizado no item 3.2. pois entre as 61 categorias profissionais típicas da equipe de saúde mental, é esta profissão que tem a maior tradição no trabalho com famílias.

Os 24 artigos encontrados foram dispostos no Quadro 9, sendo grifados os 5 selecionados após os critérios de inclusão.

Quadro 9 – Relação dos artigos com os descritores “CAPS ou Centro de Atenção Psicossocial” do 15º e do 16º CBAS

CBAS/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES (AS)
----------	------------------	--------------

CBAS/ANO	TITULO DO ARTIGO	AUTORES (AS)
15/2016	<b>A atuação do assistente social frente às fragilidades e rompimentos nas redes sociais dos sujeitos em tratamento da dependência química em um centro de atenção psicossocial - álcool e drogas – CAPS AD</b>	<b>Flavia Brito Da Silva Sinezio</b>
15/2016	A atuação do assistente social na luta pela efetivação dos direitos da criança e do adolescente com autismo: experiência de estágio no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI) de Maceió/AL	Kamilla Lays Dos Santos Amorim
15/2016	A estratégia de redução de danos: uma análise a partir da percepção de usuários e profissionais do CAPS ad no município de Campina Grande PB	Sandra Amelia Sampaio, Rosiane Oliveira de Franca e Berenice Lira da Silva
15/2016	INSS e CAPS do município de Cachoeirinha: o Serviço Social trabalhando em rede	Josiane Andrades
15/2016	<b>O Serviço Social e os familiares dos usuários do CAPS II – Transtorno Mental</b>	<b>Sara Cintia Ferreira da Silva e Viviane Souza e Silva</b>
15/2016	Drogas, redução de danos e o centro de atenção psicossocial ad: novas abordagens e desafios	Rafaella Santiago Sousa
16/2019	Serviço Social e Saúde Mental: Atuação do Assistente Social nos Centro de Atenção Psicossocial -CAPS do município de Bom Conselho/PE	Fernanda Marinho da Silva, Bruna Leticia Nunes Felix, Eloise Cristine Pinto Macedo, Jamatielle Tavares da Silva e Paloma Mayara dos Santos
16/2019	<b>Familia e Projeto Terapeutico Singular: Mecanismos para Desconstrução de uma Cultura Mancomial</b>	<b>Sonia Maria da Silva Reis</b>
16/2019	A pratica profissional do Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do Municipio Brejo Santo -CE. Um Debate Necessario	Michele Nunes Ferreira Cabral e Paula Regina Assis Monteiro
16/2019	Os Centros de Atenção Psicossocial na condição de dispositivo estrategico do processo desistitucionalização: uma analise de seus avanços e desafios	Viviane Aparecida Siqueira Lopes e Rayanne Tropiano dos Santos
16/2019	Serviço Social e Saude Mental: A oficina de cidadania como estrategia de resistencia e consolidação do trabalho profissional	Raquel Moreira Wazlwosky e Carla Sene de Freitas
16/2019	<b>Os desafios da familia envolvida nos cuidado do portador de transtorno mental</b>	<b>Vanecia Barbosa Silva e Sarah Lima Verde da Silva</b>
16/2019	O processo de trabalho do/a Assistente Social na saúde mental: notas acerca do exercício profissional nos Centro de Atenção Psicossocial –CAPS	Japson Goncalves Santos Silva, Rayane Guerra da Silva, Rosa Maria Silva de Araujo, Denise Kelly Silva, Aline Silva de Lima e Rosa Beatriz dos Santos Vanderlei
16/2019	Cidadania e saúde mental: potencializando a atuação do Serviço Social em Centros de Atenção Psicossocial	Patricia da Silva Coutinho e Paulo Vitor Moreira da Silva
16/2019	<b>O trabalho do/a Assistente Social com os usuarios de alcool e drogas no capsad</b>	<b>Maria da Consolação Pitanga de Sousa e Maysa Costa Araujo</b>
16/2019	Direito e cidadania: a experiencia do trabalho	Gabriela Fernandes Chaves Lira e

CBAS/ANO	TITULO DO ARTIGO	AUTORES (AS)
	com grupo no capsad III Samambaia (DF) como mecanismo de controle social e democratico	Vanessa Santiago Oliveira
16/2019	Redes de cuidado: concepções e possibilidades de acesso na perspectiva de trabalhadores e usuários do capsad	Izabella Lage Cambraia de Oliveira e
16/2019	O programa de redução de danos do caps ad - dr. Ari Viana, de Campo de Goytacazes e o serviço social	Ana Paula Assis Custodio
16/2019	Saude mental e drogas: narrativas de mulheres em um caps ad enquanto espaço de cuidado na saude mental de mulheres em um caps ad de João Pessoa(PB)	Ana Alice Firmino de Barros, Maria Isabelly Silva Pereira de Lima, Rafael Nicolau Carvalho, Alecsonia Pereira Araujo, Katusca Torres Medeiros e Antonia Picornel Lucas
16/2019	Genero e saude mental: um olhar sobre o caps ad enquanto espaço de cuidado na saude mental das mulheres	Anyelle Sousa Silva e Amanda Carla Silva Cavalcanti
16/2019	A dependencia quimica e a atuação do(a) assistente social nos caps ad - centro de atenção pscossocial alcool e drogas	Vanessa Lopes de Almeida
16/2019	A interface entre justiça criminal e dependencia quimica: projeto justiça terapeutica em Porto Velho ( RO)	Liliane Flores de Freitas Goncalves, Ana Paula Baldez Santos, Camilia Sibely Ferreira Moura Macedo e Alice Silva da Cunha ... conclusão ... continua
16/2019	Trabalhadores negros na origem da poltica social brasileira: pertencimento etnico - racial e de genero entre ferroviarios, maritimos e portuarios da lei Eloy Chaves	Gracyelle Costa Ferreira
16/2019	Contribuições de projetos de extensão integração universidade / comunidade no serviço de saude mental -CAPS	Gislaine Cristina Almeida Silva e Claudio Gonçalves Prado

Fonte: Elaborado pela autora.

Das 5 publicações selecionadas, que abordam a temática de famílias nos CAPS, chama-se a atenção para o fato de que 3 delas se referem ao trabalho no CAPS do tipo AD, 1 no CAPS II e 1 nos CAPS em geral, não havendo nenhuma abordagem sobre a temática nos CAPS de tipos I, i e III, conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 – Tipos de CAPS nos quais se aborda a temática de famílias

TIPO DE CAPS	TOTAL DE PUBLICAÇÕES
CAPS AD	3
CAPS I	0
CAPS II	1

CAPS III	0
CAPS i	0
CAPS EM GERAL	1
TOTAL	5

Fonte: construído pela acadêmica a partir das publicações do 15º e 16º CBAS. CBAS (2016); CBAS (2019)

Conforme exposto na Tabela 3, há uma predominância da abordagem do trabalho com famílias nos CAPS de tipo AD. Neste sentido, as publicações serão apresentadas a seguir, primeiro com ênfase para essa particularidade, seguido das demais.

O primeiro artigo, intitulado “A atuação do assistente social frente às fragilidades e rompimentos nas redes sociais dos sujeitos em tratamento da dependência química em um centro de atenção psicossocial - álcool e drogas – CAPS AD”, escrito pela Assistente Social Flávia Brito Da Silva Sinezio, “propõe uma breve análise da realidade social dos sujeitos em tratamento no CAPS AD a partir de suas redes sociais Primárias e Secundárias” (SINEZIO, 2016, p. 1).

Neste artigo, se entende que as famílias se inserem na rede primária, tendo esta “a função de educar, cuidar, transmitir valores e recursos e proteger” (SANICOLA, 2008 apud SINEZIO, 2016, p.2). Essa rede, por sua vez, pode ser composta por familiares consanguíneos ou não, vizinhos ou amigos. Já a rede secundária, é “constituída pelas relações entre instituições, organizações do mercado e do terceiro setor e Políticas Públicas”. (SANICOLA, 2008 apud SINEZIO, 2016, p.2).

Toda pessoa pertence a uma rede. E as relações estabelecidas por ela, desde os primeiros contatos com a família até a inserção na sociedade, definem sua identidade social. Pode-se pensar que o modo como as pessoas se relacionam, ou cuidam da sua rede contribui para o estabelecimento das relações ao longo da vida com a família, vizinhos, amigos e podem implicar ou determinar uma condição social favorável ou não na constituição das suas redes, determinado por três fatores: a história dos sujeitos, os encontros e acontecimentos. (SANICOLA, 2008. p. 59 apud SINEZIO, 2016, p.1)

A autora considera que “atuar com os sujeitos em tratamento em um CAPS-AD torna-se mais complexo, considerando o alto grau de fragilidades geradas na sua rede primária em virtude dos ‘acontecimentos’ decorrentes da própria condição de dependência química” (SINEZIO, 2016, p.2). Neste sentido, o artigo socializa a experiência de realização de uma oficina de cidadania, na qual se utilizava de um instrumental para que os próprios usuários identificassem as redes primárias e secundárias que compunham suas vidas.

Esse instrumental era o ponto de partida para as ações de promoção de cidadania, pois eles mesmos descreviam as pessoas e/ou serviços que compunham suas redes primárias e secundárias e o modo como as pessoas ou serviços socioassistenciais participavam em sua vida cotidiana (SINEZIO, 2016, p.8.)

A identificação da situação social a partir da descrição de cada usuário, possibilita a percepção das potencialidades e fragilidades da sua rede social. Assim, “junto com o profissional Assistente Social construíam respostas criativas frente à situação de exclusão/consequências da dependência”, dentre elas, o rompimento dos laços familiares, “considerando e fortalecendo as potencialidades de cada um numa perspectiva de emancipação” (SINEZIO, 2016, p.10).

Nesse artigo, identifica-se três pontos. O primeiro é considerar todas as redes de vínculo que o usuário possa ter. Familiares, parentes, amigos, vizinhos, colegas e outras organizações. A família do usuário, não precisa necessariamente ter vínculo sanguíneo, mas a família na perspectiva crítica é entendida, sendo composta por pessoas com laços sanguíneos ou afetivos. O segundo ponto é acerca da compreensão explicitada acerca do papel da família como principal responsável pelo cuidado e proteção dos usuários, sem problematizar, quando cita as redes secundárias de cuidado, o papel do Estado na proteção dessas pessoas.

Já o terceiro ponto é a participação do usuário na identificação de sua “situação social”, bem como das potencialidades e fragilidades relacionadas à sua rede social. Essa identificação possibilita ao profissional Assistente Social, bem como à equipe em geral, a construção de um Plano Terapêutico Singular com estratégias adequadas à realidade de cada usuário.

Essa perspectiva é apresentada no artigo que tem como título “Família e Projeto Terapêutico Singular: Mecanismos para Desconstrução de uma Cultura Manicomial”, escrito pela Assistente Social Sonia Maria da Silva Reis. Neste, a autora resgata que o PTS é uma das ferramentas de maior eficácia da terapia, e que esta “só será bem sucedida se houver adesão à participação por sua rede família/suporte, pois para a efetivação do tratamento, é primordial que o usuário e família participem do processo” (CARVALHO; MOREIRA; RÉZIO; TEIXEIRA, 2012 apud REIS, 2019, p.2).

Considerando que esse artigo teve como objetivo analisar o processo de inclusão familiar na construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários de um CAPS AD, entende-se que as famílias também ficam adoecidas com as situações vivenciadas pelos

usuários e pela violência à qual se veem submetidas em função do abuso de álcool e outras drogas (REIS, 2019).

Por conta dessa situação, a autora apresenta dados de que na realidade do CAPS- AD de Senador Canedo (GO), 34% das demandas decorrem de demanda espontânea dos usuários, mas 32% decorrem das famílias. Neste sentido, “elas buscam solução emergencial na instituição para os conflitos produzidos em seu seio demandando internação, muitas das vezes sob a forma compulsória para o referido familiar” (REIS, 2019, p.2).

Assim, a autora considera em consonância com Alvarez et al (apud REIS, 2019, p.9) “que o trabalho com grupo de suporte aos familiares funciona como uma alternativa à internação dos usuários, uma vez que possibilita o acompanhamento profissional da situação-problema ajudando as famílias na superação da crise do dependente químico e a efetivar a sua reinserção social”.

Além deste grupo de suporte aos familiares, outro elemento importante apontado pela autora são os atores que compõem a rede de serviços do município, que, por compreenderem o papel do CAPS “orientam as famílias ou até mesmo as pessoas afetadas pela dependência química a buscarem o cuidado oferecido pela saúde mental do CAPS AD” (REIS, 2019, p.7).

Dessa forma, o artigo trouxe os elementos dentro da perspectiva crítica e da clínica ampliada, criticando posturas de “ajuste” e de “adequação da personalidade” dos usuários e suas famílias, as quais estimulam a perspectiva do modelo conservador de trabalho. Ainda, apresenta a estratégia do grupo de suporte aos familiares que se constitui como alternativa à internação, advinda como uma demanda emergencial e que está atrelada à cultura histórica do modelo manicomial na nossa sociedade, apresentado na seção 2 deste Trabalho, quando se identificou que por muito tempo era natural que as famílias “escondessem” as pessoas com transtorno mental. Por isso destaca-se a importância de se pensar, cada vez mais, em estratégias que de fato insiram as famílias nos planos de cuidado.

Na sequência, apresenta-se o terceiro artigo, que tem como título: O trabalho do/a assistente social com usuários de álcool e drogas no CAPS AD, escrito pelas autoras Maria da Consolação Pitanga de Sousa e Mayza Costa Araujo, Assistente Social e estudante de Serviço Social, respectivamente.

O estudo evidencia uma discussão em torno do trabalho do/assistente social no CAPS Ad ressaltando a importância deste novo locus de trabalho do /a Assistente Social, contribuindo com eficiência no tratamento dos usuários, por meio de ações interventivas para a reabilitação e socialização dos mesmos, conjuntamente com seus familiares (SOUSA; ARAUJO, 2019, p.1)

As autoras observam que “a família é o principal suporte social procurado pelo usuário de drogas”, ao mesmo tempo em que esses familiares “também sofrem com o estresse causado cotidianamente” pelos danos físicos e psíquicos causados pelo seu uso com os quais muitas vezes não sabem lidar (SOUSA; ARAUJO, 2019, p.9).

Diante das inseguranças das famílias, bem como do preconceito sofrido pelo usuário, quase sempre incompreendido, marginalizado e rejeitado, o Assistente Social no CAPS desenvolve um trabalho de acompanhamento, tanto com esses usuários, quanto com as suas famílias. As autoras consideram que diante disso se “apresenta uma necessidade de ações socioeducativas e informativa na área de álcool e outras drogas, motivos do uso, consequências e formas de tratamento “(FONSECA, 2007, p.124 apud SOUSA; ARAUJO, 2019, p.9).

Além disso, o assistente social também é entendido como “um profissional que assiste aos pacientes e sua família mediando à relação que muitas vezes é conflituosa, negligenciada e ou de abandono” (SOUSA; ARAUJO, 2019, p.3), trabalho este cuja compreensão não é apresentada no texto.

O artigo, além do destaque da importância da participação das famílias, destaca o trabalho técnico do assistente social estar pautado tanto nas diretrizes da profissão quanto nos valores defendidos pela reforma psiquiátrica:

É importante enfatizar que a prática do Assistente Social deve ser pautada no Código de Ética da Profissão, e mesmo este atuando em um serviço que proponha ações inovadoras, terá por finalidade: garantia de direitos, cidadania e liberdade que serão compartilhados com os objetivos dos CAPS (SOUSA; ARAUJO, 2019, p.10)

Mesmo considerando a particularidade do trabalho realizado nos CAPS Ad, é possível identificar a compreensão acerca da importância das famílias no cuidado produzido aos usuários com sofrimento mental nos demais tipos de CAPS.

Neste sentido, o artigo intitulado “O Serviço Social e os familiares dos usuários do CAPS II – Transtorno Mental”, escrito pelas Assistentes Sociais Sara Cíntia Ferreira da Silva e Viviane Souza e Silva no CBAS de 2016, objetivou “a análise do trabalho da assistente social com os familiares dos usuários do CAPS II”, apresentando como centralidade a atuação do assistente social no CAPS, visando as contribuições no trabalho com as famílias. (SILVA, SILVA, 2016a, p. 1).

As autoras compreendem que na saúde mental, em particular no cotidiano daqueles dos usuários em sofrimento ou transtorno mental, “a família é um importante instrumento de



intervenção para melhoria na qualidade de vida dos usuários”. (SILVA, SILVA, 2016, p. 6). Assim, além dos usuários, os familiares também são assistidos, “no intuito de que sejam trabalhados os cenários no qual estes indivíduos estão inseridos, e também no aconselhamento aos familiares acerca de suas dúvidas e questionamentos” (SILVA; SILVA, 2016a, p.4), encontrando no CAPS o suporte necessário para compreender a situação de saúde do familiar e poder compartilhar “suas angústias e desafios enfrentados” em relação a ela. (SILVA, SILVA, 2016a, p. 7)

Neste artigo, a assistente social entrevistada refere que um dos maiores desafios, contudo, no trabalho realizado no CAPS II, refere-se ao “desinteresse por parte da família” atrelado à cultura de vergonha, exclusão e o preconceito e que seu trabalho tem como desafio reverter essa lógica. Considera ainda que tanto a família quanto os usuários são beneficiados nesse processo que os envolve no atendimento junto ao CAPS. (SILVA; SILVA, 2016a).

A profissional refere que na instituição “é realizada uma reunião voltada para os familiares dos usuários” que “tem como objetivo proporcionar um espaço para compartilhar experiências, assim como os familiares recebem orientações de como lidar com o usuário. Também é realizado, diariamente, atendimento individual para as famílias”. Entretanto, avalia que poucos familiares acompanham o tratamento e que para o não comparecimento “sempre têm desculpas”. (SILVA; SILVA, 2016a, p.10).

Contudo, 50% dos usuários não reconhecem essas atividades como sendo voltadas às famílias, o que pode ser visualizado na fala de usuários desse CAPS em questão que foram ouvidos na pesquisa:

“Eles nem ofereceram nada para família, oferece pra gente as atividades”

“Não, pra família não oferece não, só tem pra nós mesmo, tem uma reunião só, mas não tem assim um suporte que precisa a família “. “Pra família não oferece nada não, só pra nós, pra família não, minha filha vem aqui às vezes numa reunião que tem, ela já veio, mas agora ela está em falta, mas é o tempo dela, eu falei pra ela assim ó: tem um cachorrinho tratando lá no CAPS (risos), eu falo assim pra ela vir “. (SILVA; SILVA, 2016a, p.10).

Os outros 50% de usuários que conhecem as atividades assinalam que a família não comparece por motivos referentes à “disponibilidade de tempo, ao horário das atividades ou a não liberação do trabalho”. (SILVA; SILVA, 2016, p. 10)

Entende-se que deveria ser levado em conta como a publicização dessa reunião semanal tem acontecido e qual tem sido a sua efetividade na realidade das famílias. Pensar em

atividades e estratégias que de fato, façam a diferença na participação das famílias é um desafio permanente no cotidiano de trabalho do assistente social, além de que, essas atividades devem ser planejadas de acordo com a sua realidade identificada, desenvolvendo ações “em horários cabíveis tanto aos profissionais, como aos componentes do grupo familiar” (SILVA; SILVA, 2016, p.13).

Por fim, o último artigo, com o título: “Os desafios da família envolvida no cuidado do portador de transtorno mental”, escrito por Vanecia Barbosa Silva e Sarah Lima Verde da Silva, Assistente Social e estudante de Serviço Social, respectivamente, apresenta-se o trabalho nos CAPS em geral. Esse artigo apresenta “os desafios na função de cuidar, tendo a família o comprometimento de ajudar o familiar que é portador de transtorno mental” (SILVA, SILVA, 2019, p.1).

Apesar das funções atribuídas às famílias, identificam<sup>15</sup> tipos de assistência ofertados à família da pessoa com sofrimento ou transtorno mental em equipamentos especializados. Entende-se que as famílias que possuem apoio de serviços extra hospitalares como o CAPS, por exemplo, têm benefícios no cuidado da pessoa com transtorno mental. Destaca-se o apoio e a orientação aos familiares e usuários, esclarecendo dúvidas e favorecendo a aceitação social da doença em si e dos próprios usuários (SILVA, SILVA, 2019).

É fundamental que se ofereça mecanismos para enfrentar as situações de crise, destaca-se a implantação de oficinas de crise nos CAPS. É importante que nesses momentos de maior vulnerabilidade, os CAPS possam oferecer um cuidado mais focalizado para o usuário em crise e sua família. Também, são citadas as visitas domiciliares, que “além de aproximar o serviço das famílias, contribui para a melhor reinserção social do usuário” (SILVA, SILVA, 2019, p. 08).

Por fim, possibilitar espaços de cuidado e acolhimento, que permitam troca de experiências, contribuem para a diminuição do sofrimento das famílias além da compreensão das novas propostas de cuidado em saúde mental (SILVA, SILVA, 2019).

As discussões apresentadas nos artigos como um todo mostram-se pertinentes e apresentam possibilidades desenvolvidas junto aos usuários e seus familiares nos CAPS, que possibilitam uma reintegração social dos indivíduos dentro de um espaço coletivo, destacando-se a importância do cuidado com os cuidadores.

---

<sup>15</sup> A identificação se deu por meio de pesquisa bibliográfica, cujos artigos foram escritos por outros profissionais das áreas de enfermagem, psicologia e ciências da saúde. Apesar de não serem produções que socializem a experiência de assistentes sociais, compreende-se que por serem profissionais inseridas nas equipes de referência contribuem e participam na assistência prestada aos usuários neste equipamentos.

Foi possível analisar, contudo, a partir das produções do 15º e 16º CBAS, que há um baixo número de produções, com a temática de CAPS, e ainda mais baixas relacionadas com famílias. Além disso, que há maiores intervenções voltadas para o atendimento individual, devendo-se contruir estratégias coletivas, de reconhecimento e enfrentamento das situações vivenciadas.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da temática sobre “o trabalho do assistente social com famílias nos centros de atenção psicossocial” e do objetivo geral de identificar como tem se dado o trabalho do Assistente Social com famílias na atenção à saúde mental nos CAPS, serão sintetizadas a seguir as principais reflexões que resultaram deste estudo.

Analisou-se na parte inicial deste trabalho a trajetória da saúde mental no Brasil. As primeiras práticas realizadas não tinham base científica. Somente em 1889, houve a ascensão da psiquiatria científica. Nessa ascensão da psiquiatria, houve a implantação de novos métodos de cuidado, que focalizam o trabalho na figura do médico e na medicalização da doença.

Houve em meados dos anos de 1920 a implementação de colônias agrícolas para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. O trabalho como tratamento para o transtorno mental, sem considerar outros aspectos, perdurou por muito tempo. Podemos observar nos dias atuais que com o estímulo do governo às instituições sem fins lucrativos que muitas vezes são ligadas às denominações religiosas, colocam também o trabalho como método de “cura”, e ainda, vem associado ao cunho religioso, fazendo propostas de tratamento que divergem com os preceitos da RAPS.

As colônias agrícolas perduraram nas décadas de 30, 40, e 50. Na maior parte do período da ditadura militar, especialmente de 1964 a 1978, o autoritarismo e a privatização da saúde mental, se fortaleceram totalmente. A chamada “indústria da loucura”, que privilegiou a assistência hospitalar do setor privado, mantinha as “alas psiquiátricas”, sempre lotadas, porém, prestavam serviços de má qualidade.

Além de tudo, os tratamentos oferecidos às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, eram desumanos, cerceavam a liberdade dos indivíduos, propondo sempre o isolamento destes da sociedade.

Foi no fim da década de 70, ainda no período da ditadura militar, que iniciaram os primeiros movimentos em prol da reforma psiquiátrica. Destacam-se como principais movimentos a Criação do MTSM, o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e instituições; V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978) e o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esses foram exemplos de movimentos que fortaleceram a luta pela reforma psiquiátrica.

Em 1984, com o fim da ditadura militar no país, entrou-se no período de redemocratização, e na área da saúde vieram outras conquistas como a criação do SUS, ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira entre outras coisas. Claro, que em meio de tantas conquistas, também houve retrocessos com o avanço neoliberal trazendo valores e diretrizes do Estado mínimo, que se contrapõe a todas essas conquistas.

É importante destacar a criação da portaria 224/92, que regulamentou a criação dos CAPS, como serviços de modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, que devem oferecer atendimentos intermediários entre o regime ambulatorial e a internação psiquiátrica com uma equipe multiprofissional.

A portaria 336/02, regulamenta o atendimento que o CAPS irá oferecer por cobertura populacional, tipo de problema e faixas etárias. Em questão de legislação, é importante darmos destaque à lei 10.216/01, que dispõe dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a lei 3.088 /11 que institui a RAPS.

As diretrizes da RAPS, devem ser norteadoras para o assistente social da área da saúde mental. São eles o respeito aos direitos humanos, garantindo liberdade e autonomia das pessoas, promoção da equidade, combate aos estigmas e preconceitos, garantia de acesso e qualidade dos serviços, atenção humanizada, diversificação de estratégias de cuidado, desenvolvimento de atividades no território, desenvolvimento de estratégias de redução de danos, ênfase em serviços de base territorial e comunitária com participação e controle social dos usuários e seus familiares, organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, promoção de estratégias de educação permanente e eixo central na construção de PTS para os usuários.

Infelizmente, temos observado retrocessos na política de saúde mental, principalmente desde o golpe de Estado, que destituiu Dilma Rousseff da presidência da república para empossar Michel Temer. E os retrocessos vem seguindo no governo do Presidente Jair Messias Bolsonaro.

Alguns exemplos desse retrocesso são a retomada dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na RAPS, o aumento do incentivo financeiro para internações e o tratamento dos casos de álcool e drogas, desestimulando o trabalho de redução de danos, entre outros retrocessos.

O trabalho do Assistente Social no CAPS deve dialogar com os eixos do trabalho na saúde, com o nosso código de ética e com as diretrizes da RAPS. Qualquer um desses que

deixe de ser considerado estará fragilizando e desqualificando o trabalho do Assistente Social porque se não fizermos, estaremos contribuindo com essa série de retrocessos que vem ocorrendo na política de saúde mental, que impactam diretamente nos CAPS, e consequentemente aos usuários e suas famílias.

No trabalho com famílias, devemos manter a lógica do modelo da clínica ampliada, inserindo as famílias nos planos de cuidado do usuário. Devem ser criadas estratégias de 70 cuidado, sem estigmas e preconceitos. Infelizmente ainda nos dias atuais, muitas vezes, ainda se culpabilizam as famílias, sem considerar, que as demandas da realidade são advindas das desigualdades geradas pelo sistema capitalista de produção.

É possível visualizar nos dados pesquisados no Datasus, que a inserção dos assistentes sociais nos CAPS ainda é bastante pequena (7,04%) em relação ao total de profissionais. É possível ainda identificar, que as regiões norte, nordeste e sul, compreendem cerca de 8% de Assistentes Sociais se comparado ao total de profissionais de suas respectivas regiões, seguidas da região centro-oeste (7,5%) e da região sudeste com a menor porcentagem (5,8%).

Neste espaço de inserção, o assistente social é demandado historicamente ao trabalho com famílias. Entretanto, identificou-se poucas produções acerca dessa temática nos anais do 15 e 16 CBAS. Neste sentido, em um universo de 3.155 publicações, foram encontradas 24 usando os descritores CAPS ou Centro de Atenção Psicossocial, sendo 6 do 15 CBAS, e 18 do 16 CBAS. Destes, 24 artigos tinham relação com a temática de famílias 05 artigos, 02 do 15 CBAS e 03 16 CBAS.

Identificamos nos artigos do CBAS, diversas estratégias que podem ser utilizadas no trabalho com famílias nos CAPS: Aconselhamento sobre dúvidas e questionamentos que a família venha a ter; Estratégias de favorecimento da aceitação social; Reuniões familiare; Oficinas para enfrentamento de momentos de crise; atendimentos individuais; e, espaços de cuidado e acolhimento que favoreçam a troca de experiências.

Evidenciou-se, considerando os artigos estudados, que as estratégias de trabalho com as famílias, em sua maioria, aderem a um caráter mais individual. É preciso como categoria pensar em estratégias de abordagem coletivas que favoreçam as trocas entre as famílias, a construção e a luta coletivas acerca de suas necessidades e contra os retrocessos vivenciados.

Esses dados que foram apresentados ao longo do trabalho, demonstram a urgente importância da categoria em discutir mais o trabalho nos CAPS e ainda mais o trabalho direcionado às famílias. Essas discussões não devem ficar apenas no campo da discussão e

sim, ampliar-se na produção teórica, permitindo contribuir com reflexões que qualifiquem as intervenções profissionais ancoradas nos princípios da reforma sanitária, reforma psiquiátria e no projeto ético-político profissional.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. 1996.

ALMEIDA, Mariza. A imagem das famílias segundo os artigos dos ENPESS e CBAS: entre o reflexo no espelho e o fortalecimento da participação cidadã. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 12., Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: CFESS, 2007.

AMARANTE, BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstReferencia](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstReferencia)>

AROUCA, A. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: DO, 1986. p. 35-42.

BRASIL. Dados DATASUS. **Dados Centro de Atenção Psicossocial/Ocupações nível superior Assistente Social, 2022**. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi//defthtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def>>

BRASIL. Decreto 9.761. **Política Nacional sobre Drogas, 2019**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>

BRASIL. **Emenda Constitucional 95**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, 2016. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2095%2C%20DE,do%20%20C%20A%203%20BA%20do%20art.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2095%2C%20DE,do%20%20C%20A%203%20BA%20do%20art.)>

BRASIL. Lei 3088. **Lei da RAPS, 2011**. Disponível em:  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>

BRASIL. Lei 8080, **Que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>

BRASIL. Lei 8142, **Que Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>

BRASIL. Lei 10.216. **Lei da Reforma Psiquiátrica, 2001**. Disponível em:  
<<https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. (2007) **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF.



BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>

BRASIL. Nota Técnica Nº 11, **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, 2019**. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>

BRASIL. Portaria nº 336/GM, **Que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, 2002**. Disponível em: <<https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>

BRASIL. Recomendação Nº 018. **Pleno do Conselho Nacional de Saúde, 2019**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco018.pdf>>

BRASIL. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial, 2004**. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate, 2017**.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Famílias e políticas públicas**. In: Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP.

CFESS, **Código de Ética do Assistente Social**, Brasília, 2010. Disponível em: <[https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)>

CFESS, **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**, Brasília 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>

COSTA, Abílio Rosa; YASSI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. In : AMARANTE, Paulo (org). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-443

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas. SP: Autores Associados, 1995. 5, p. 267-274.

DUARTE, Joana Maria Gouveia Franco. **Trabalho social com famílias no Serviço Social: determinações sócio- históricas na reconfiguração das políticas sociais contemporâneas**. São Paulo: 2018.

FONTE, Eliane Maria Monteir. Da institucionalização da loucura, a reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **UFO Ov.** 1, n. 18 2012

GERSCHAMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

HORI, A.A; NASCIMENTO, A.F; **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil**. Guarulhos: 2014.

JACCOUD, Luciana. **Assistência Social e construção do Suas — balanço e perspectivas**: o percurso da Assistência Social como política de direitos e a trajetória necessária. In: CRUS, José Ferreira da et al. (org.). Coletânea de artigos comemorativos dos 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília: MDS, 2013. p. 42-65.

KONDER, Leandro, **O que é dialética**. São Paulo: Editora Braziliense, 2008.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: 2001.

LIMA, Camila Avila de. **Reforma Psiquiátrica e os centros de atenção psicossocial(caps) contribuições em serviço social**. São Paulo: 2018.

MARTINELLI, M. L. (1993). **Notas sobre mediações**: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. Serviço Social e Sociedade. (nº 43).

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I, Volume 1. 28. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MATOS, Maurílio Castro de, **Serviço Social , ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017

MATTA, G. C. A. **Princípios e Diretrizes do Sistema/nico de Saúde**. In: EPSJV. (Org.). Estudos de Politecnia e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006

MEDEIROS, Alana Cristina Bezerra. **Concepção de família presentes no congresso brasileiro de assistentes sociais**. Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 275-296, jul./dez. 2014.

MEXCO, S; BENELLI, S. J; **A política nacional de saúde mental brasileira**: breve análise estrutural. Rio de Janeiro. 1º Semestre de 2022 - n. 49, v. 20, p. 33 – 48.

MIOTO, R. C. T.; **Família, trabalho com famílias e Serviço Social**. Londrina, v. 12, n.2, p. 163-176, jan/jun. 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Novas propostas e velhos princípios**: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Org.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 43-59.

NETTO, Jose Paulo, **Introdução ao método da teoria social**. São Paulo: 2009.

ODA, A. M. G. R.; DALGARRONDO, P. 2005. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, 12 (3): 983-1010).

OROZIMBO, Elizete Matias Barbosa. **Família e Proteção social**: sentidos construídos no campo discursivo das políticas públicas a partir da Constituição Federal de 1988. Dissertação (Mestrado) — Curso de Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro Universitário Una, Belo Horizonte, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. São Paulo: 2010.

PASSOS, I. C. F. 2009a. **Loucura e Sociedade**: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvm Editora.

PEREIRA, L.C.B. **A reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. São Paulo: 1998.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**, Uma pequena revisão. Belo Horizonte: UFMG, 2001. Disponível em:  
<<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/%20livros>>

REIS, Sonia Maria da Silva. **Família e projeto terapêutico singular**: mecanismos para a desconstrução de uma cultura manicomial. 2016. Disponível em:  
<<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/334/332>>

RESENDE, H. 2007. **Política de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Ed. Vozes.

RIOS, I.N.A. Juliano Moreira: modernidade e civilização na Primeira República Brasileira. **Bahia com História n° 3**, março de 2016.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz, O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, Luciana Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação Saúde**, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.

SCHEFFER, Graziela ; SILVA, Lahana Gomes; Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SCHRANK G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

SILVA, Sara Cintia Ferreira, SILVA, Viviane Souza e , **O Serviço Social e os familiares dos usuários do CAPS II – Transtorno Mental**. 2016. Disponível em:  
<[https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/0056.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0056.pdf)>

SILVA, Vanecia Barbosa, SILVA, Sarah Lima Verde da, **Os desafios da família envolvida nos cuidados do portador de transtorno mental**. 2019. Disponível em:  
<<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1040/1015>>

SINEZIO, Flávio Brito da Silva, **A atuação do assistente social frente às fragilidades e rompimentos nas redes sociais dos sujeitos em tratamento da dependência química em um centro de atenção psicossocial - álcool e drogas – CAPS AD**. 2016. Disponível em:  
<[https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/0404.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0404.pdf)>

SOUSA, Maria da Consolação Pitanga de, ARAUJO, Mayza Costa, **O trabalho do/a assistente social com usuários de álcool e drogas no caps ad**. 2019. Disponível em:  
<<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1919/1872>>

TENORIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Rio de Janeiro: 2002.

TOKUDA, A. M. P., Peres, W. S., & Andréo, C. (2016). Família, gênero e emancipação psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 36(4): 921-931. doi: 10.1590/1982-3703001022014

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes, Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais nº04, Ano II, julho a dezembro de 2001. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Brasília: ABEPSS, Grafline.

ZAMBRANO, E. (2011). **Mesa: Psicologia, sexualidade, novas configurações familiares e aspectos legais da promoção de direitos**. In: Conselho Federal de Psicologia, Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos (pp.109-116). Brasília, DF: o autor.