

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL- UFRGS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO
HUMANA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Cristina Vieira Levandovski

**O TRABALHO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: uma análise a partir da experiência em uma Oficina
Terapêutica de Escrita**

Porto Alegre

2020

Cristina Vieira Levandovski

**O TRABALHO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: uma análise a partir da experiência em uma Oficina
Terapêutica de Escrita**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de bacharela em Serviço Social pelo Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Thaisa Teixeira Closs

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

LEVANDOVSKI, Cristina Vieira
O TRABALHO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: uma análise a partir da
experiência em uma Oficina Terapêutica de Escrita /
Cristina Vieira LEVANDOVSKI. -- 2020.
90 f.
Orientadora: Thaisa Teixeira Closs.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2020.

1. Serviço Social. 2. Reforma Psiquiátrica. 3.
CAPS. 4. Oficina Terapêutica. I. Closs, Thaisa
Teixeira, orient. II. Título.

Cristina Vieira Levandovski

**O TRABALHO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: uma análise a partir da experiência em uma Oficina
Terapêutica de Escrita**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de bacharela em Serviço
Social pelo Instituto de Psicologia, Serviço
Social, Saúde e Comunicação Humana da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Aprovada em: Porto Alegre, ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof. Dra Thaisa Teixeira Closs
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra Vanessa Panozzo Brandão
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Sou feita de retalhos.

Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma.

Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...

Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...

Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa. (Cora Coralina)

Os agradecimentos acredito que envolvam recordar as pessoas que fazem parte da minha colcha de retalhos e que participam daquilo que sou e sigo sendo.

O processo de finalização de curso foi postergado com a pandemia, trazendo incertezas e medo. Mas, ao mesmo tempo, a saudade e a sensação do fim da graduação foram antecipadas com a interrupção, por cinco meses, das aulas da graduação. O que me fez refletir sobre o vivido nesses cinco anos e que, em parte, escrevo aqui.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todas(os) profissionais que estão na linha de frente no enfrentamento ao COVID-19 e que lutam diariamente para o controle e combate da pandemia.

Agradeço aos meus pais por construírem um lar, tanto físico quanto de pertencimento, com vocês me sinto mais segura e forte. Ao meu querido irmão, Rafael que me acompanha em muitas etapas da vida, tendo sido um grande amparo nesse período de conclusão de curso. Também quero expressar a gratidão a minha rede familiar pelos cuidados e torcida, meu muito obrigada a todos(as) vocês.

As amigas feitas ao longo da graduação, em especial, expresso a minha alegria por ter conhecido as manas: Patrícia com seu jeito leve e animado; Amanda com sua sinceridade e energia; Mabel por sua parceria e disponibilidade; e a Carol com sua meiguice e força. Também agradeço aos encontros que a sala de aula e fora dela me proporcionaram com a turma que ingressou comigo em 2015 e, posteriormente, com a barra de 2016.

As amigas da vida, minha gratidão por se fazerem presentes nesse processo. Minha irmã de alma Julia; Isa minha amiga delicada e sutil; Bárbara por sua sensibilidade comigo; Grazi pelas escutas e acolhimentos; Mari Dambroz por seus abraços que curam; Mari Ness por sua emoção vibrante; Matheus por seu olhar atento e

contribuições com este trabalho de conclusão. E há tantas outras pessoas que gostaria de citá-las, perdão por não as colocar, mas não queria deixar os agradecimentos muito extensos.

As professoras Mailiz e Solange que me acompanharam na supervisão acadêmica, com vocês fui trilhando o processo de estágio obrigatório. Também quero agradecer as colegas e amigas que fizeram parte dos meus dois grupos de estágio, propiciando o aprendizado pelo diálogo e pela troca de experiências.

A Anísia, minha supervisora de estágio, por me ensinar cotidianamente a importância de sermos humanas nas relações com a população usuária. Também expresso minha gratidão pelo incentivo para que me sentisse segura na condução da Oficina de Escrita. Agradeço ainda, a equipe do CAPS II- GHC pelo acolhimento e aprendizados, e em especial, as queridas Adelaide, Cinara e Ione.

A UFRGS e a Universidad Nacional de Rosario (UNR) pela experiência de mobilidade acadêmica. Foi um aprendizado cultural que levo com muito carinho no meu coração, tendo feito muitos amigos e conhecido diferentes lugares. Agradeço ainda aos professores e aulas lá realizadas, pois cursei disciplinas relacionadas ao pensamento de Paulo Freire e da política de saúde e de saúde mental. O que me fizeram valorizar ainda mais o SUS, a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a prática educativa pelo afeto e diálogo.

As professoras e aos professores do Serviço Social (Alzira, Dolores, Giovane, Jussara, Loiva, Mailiz, Míriam, Rosa, Solange, Tatiana, Thaísa, Tiago e Vanessa) pelo empenho em construir uma educação de qualidade e crítica. Agradeço também pela relação que se propõem a construir conosco, pautada no diálogo e na disponibilidade. Aproveito ainda para fazer uma homenagem especial a professora Mailiz em razão de estar se transferindo para outra universidade. Apesar da saudade já antecipada, gostaria de registrar a tua preocupação em realizar uma educação que nos afete, o afeto enquanto verbo, no sentido de afetar-se e isso, leva a transformação.

A minha querida orientadora Thaisa por seu jeito acolhedor e descontraído, apoiando as minhas escolhas de tema e também de troca de temática. Agradeço, de igual forma, pela participação nos projetos de pesquisa e de extensão por ti conduzidos, aprendi muito acerca da formação, das estratégias de resistência e de luta com essas trocas. Expresso minha admiração e gratidão, obrigada pelas trocas.

A Vanessa Panozzo pelas reflexões instigantes sobre saúde mental, parte do que escrevo é fruto do que me fizeste pensar. E, além disso, obrigada por fazer parte da minha última etapa da conclusão do curso, aceitando ser minha banca avaliadora.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem o objetivo de discutir a inserção do Serviço Social nos Centros de Psicossocial (CAPS) com a finalidade de identificar as possibilidades do trabalho nas chamadas oficinas terapêuticas. Trata-se de um relato de experiência do processo de estágio obrigatório em Serviço Social, realizado no CAPS II-GHC ao longo do período de 2017 a 2019. Em um primeiro momento, realiza-se um resgate histórico da política de saúde e de saúde mental no Brasil, dando maior destaque a partir da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica que culminam com a formulação do Sistema Único de Saúde e com a Rede de Atenção Psicossocial. Em um segundo momento, situa-se o processo de profissionalização do Serviço Social no Brasil que é marcado por sua tendência de ajustamento dos indivíduos. Posteriormente, apresenta-se a formulação do Projeto Ético-Político, composto por princípios, valores éticos, conhecimentos e técnicas que orientam o processo interventivo em perspectiva crítica. Em um terceiro momento, discute-se o trabalho da Assistente Social na saúde mental a partir da inserção na Oficina Terapêutica de Escrita, grupo formado majoritariamente por mulheres negras e sem vínculo empregatício. Descreve-se a realização de sete encontros nesse espaço tendo por objetivo a discussão da noção de saúde mental com os(as) integrantes a fim de contribuir para a compreensão da saúde enquanto um direito humano e de cidadania. Expõe-se falas acerca das percepções desses sujeitos e, ao final, conclui-se que a intervenção profissional no campo da saúde mental promove efeitos terapêuticos para a população usuária em suas dimensões individuais, coletivas e emancipatórias.

Palavras-chave: Serviço Social. Reforma Psiquiátrica. CAPS. Oficina Terapêutica.

ABSTRACT

This research has as its objective the discussion about the insertion of Social Work in the Psychosocial centres (CAPS), where the goal is to identify the possibilities of work in the so called therapeutic workshops. It is about a report of experience in the mandatory internship process in Social Work, which was accomplished at CAPS II-GHC throughout the long period of 2017 to 2019. Firstly, a historical rescue on the politics of health and mental health in Brazil is realized, shedding light at the Sanitary Remodeling as well as the Psychiatric Reform that culminates in the formulation of the Unique Health System (SUS) and with the Psychosocial Attention Network. Secondly, the process of professionalization of Social Work in Brazil is placed, and it is marked for its tendency of adjustment of the individuals. Posteriorly, the formulation of the ethical and political Project is presented, which is composed by principles, ethical values, knowledge and techniques which orient the interventive process from a critical perspective. At the third moment, the Social Worker's work in mental health is discussed from the perspective of the insertion in the Therapeutic Writing workshop, which is a mainly formed by black women group with no job affiliations. The realization of seven encounters in this space is described, where the goal is to discuss the notion of mental health with the group members, so that there is a contribution to the comprehension of health as a citizen and a human right. Speeches about the perceptions of the subjects are exposed and, at the end, it is concluded that the professional intervention in the mental health field promotes therapeutic effects amongst the population of users in its individual, collective and emancipatory dimensions.

Key Words: Social Work. Psychiatric Reform. CAPS. Therapeutic workshop.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: do resgate histórico até a efetivação enquanto direito social e de cidadania	16
2.1 Resgate histórico da Política de Saúde e de Mental no Brasil e as lutas pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica	16
2.2 A criação do SUS e da RAPS entre os avanços na garantia ao direito social e os retrocessos	25
3 INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: histórico e desafios para o trabalho profissional	33
3.1 O processo histórico de profissionalização do Serviço Social no Brasil e a inserção no campo da saúde e da saúde mental	33
3.2 O Projeto Ético-Político do Serviço Social e os desafios presentes na política de Saúde Mental	41
4 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS: um olhar a partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social	54
4.1 A inserção do Serviço Social no CAPS II-GHC e a arte como instrumento de intervenção	54
4.2 O projeto de intervenção na interface entre o terapêutico e a cidadania	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE - RELAÇÃO DOS ARTIGOS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	89

1 INTRODUÇÃO

Não haveria criatividade sem curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos (FREIRE, 2013, p. 33).

A escolha do tema deste trabalho de conclusão de curso (TCC) é fruto da trajetória acadêmica da autora que, através dos estágios obrigatório e não-obrigatório, possibilitou a aproximação e a realização de experiências formativas junto a política de saúde mental. Trabalhou-se em dois serviços da Rede de Atenção Psicossocial, que foram: a internação psiquiátrica adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A inserção nesses espaços sócio ocupacionais levantaram questionamentos no que se refere ao trabalho das assistentes sociais¹ nessa política.

Em um primeiro momento, o objeto de análise seria desvendar as concepções de subjetividade presentes na produção de conhecimento do Serviço Social com a finalidade de identificar suas repercussões e mediações no trabalho profissional. O interesse por esse tema decorreu da percepção de que aspectos relacionados à subjetividade da população usuária expressam-se no cotidiano do trabalho no âmbito da saúde mental. Contudo, por vezes, as respostas formuladas distanciam-se dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão, sendo reatualizadas intervenções profissionais de enfoque individual, deslocadas da análise das múltiplas expressões da questão social que incidem no processo saúde-doença. Frente a tais compreensões, percebeu-se a necessidade de aprofundar a temática a partir da perspectiva crítica, desta forma, o objetivo do TCC era identificar o conceito de subjetividade a partir da ótica do Serviço Social, apreendendo como o mesmo é mediado no trabalho profissional, a partir de uma perspectiva crítica.

Foi feita uma revisão teórica do conceito de subjetividade subsidiado pela corrente teórica do Marxismo². A análise partiu do entendimento de que a subjetividade

¹ Ao longo da escrita optou-se pelo uso da palavra Assistentes Sociais no gênero feminino por ser uma categoria profissional formada majoritariamente por mulheres.

² A escolha por essa corrente teórica deu-se por dois aspectos, que foram: o marxismo é a teoria orientadora da formação em Serviço Social; e por haver certa resistência dentro do próprio Marxismo no que se refere ao debate da subjetividade, sendo tratada, por vezes, enquanto um elemento secundário na compreensão da realidade, como aponta Silveira (2002).

não é inata aos sujeitos, mas sim um processo constante de constituição, desenvolvido por uma série de mediações históricas a partir das relações sociais que os indivíduos estabelecem em sociedade. Isto posto, compreende-se que a produção e, a consequente reprodução das relações sociais, condiciona as possibilidades subjetivas das pessoas, sendo marcadas por determinações econômicas, sociais, políticas, de classe, gênero e étnico-raciais.

Posteriormente, no ano de 2019, elaborou-se uma pesquisa bibliográfica intitulada *Concepções de Subjetividade na produção de conhecimento do Serviço Social* com a finalidade de apreender o conceito de subjetividade a partir da produção da categoria de assistentes sociais. Analisou-se sete revistas³ vinculadas à área de conhecimento da profissão, sendo que o período pesquisado foi entre 2008 a 2018, correspondendo a uma década. Definiu-se como descritor “subjetividade”, selecionando-se os artigos que continham essa palavra no título, resumo ou palavras-chave. Também foi elaborado um segundo critério de seleção que era ter pelo menos uma assistente social como co-autora, visto que um dos objetivos da pesquisa era desvendar a compreensão das profissionais formadas em Serviço Social a respeito desse conceito.

Foram encontrados vinte e um artigos, dos quais foram selecionados um total de quatorze⁴ (excluindo aqueles que não contemplavam o segundo critério). A análise de conteúdo foi desafiadora, ao lê-los percebeu-se que poucos centravam-se na articulação entre o conceito de subjetividade e as mediações no trabalho profissional. Além disso, abordava-se o termo para subsidiar a discussão de outra grande temática, a exemplo do debate em torno da relação entre o capitalismo manipulatório e o adoecimento mental dos(as) trabalhadores(as), sendo apontado os efeitos prejudiciais desse modelo para a subjetividade da classe trabalhadora (CAMPOS, 2017). A partir dos artigos da pesquisa compreendeu-se que a subjetividade é uma dimensão que perpassa o trabalho, sendo importante o avançar nesse debate. Contudo, também se identificou que a subjetividade

³ A escolha das revistas deu-se por dois critérios, que foram: serem vinculadas aos programas de pós-graduação relacionadas à área de Serviço Social e possuírem conceito qualis A1 e qualis A2 de acordo com a classificação de periódicos do quadriênio 2013-2016- CAPES. Nesta seleção foram contempladas as seguintes revistas: Serviço Social e Sociedade; Katálisis; Argumentum; Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea; Políticas Públicas; Ser Social; e Textos e Contextos.

⁴ A relação dos quatorze artigos selecionados na pesquisa bibliográfica está descrita no Apêndice.

não é propriamente a centralidade da discussão, estando subordinada a análises macrossociais, às particularidades do espaços sócio-ocupacionais e ao processo de profissionalização do Serviço Social.

No que se refere à política de saúde mental, o entendimento da subjetividade envolve a compreensão de como se constitui historicamente o cuidado para as pessoas com sofrimento mental. Através da mudança do paradigma manicomial para o cuidado em liberdade e em rede, formula-se um modelo de atenção psicossocial. A partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica firma-se o compromisso ético e político com a defesa dos direitos de cidadania e de autonomia para as pessoas com transtornos mentais. Nesse processo emerge a preocupação de que o cuidado em saúde mental contemple as particularidades e necessidades de cada usuário(a) da política, sendo que as intervenções devem ter finalidade terapêutica e emancipatória para esses sujeitos. Dessa forma, amplia-se o olhar para a subjetividade de cada pessoa com sofrimento mental e, portanto, por conta dessa compreensão, foi afirmado que é uma dimensão presente no trabalho profissional. Contudo, o entendimento e a análise do que significa a subjetividade deve ser articulada aos aspectos da formulação da política de saúde mental e, no que se refere aos fundamentos do Serviço Social, à questão social, matéria do trabalho profissional, a partir de uma análise dialético crítica que não dicotomiza objetividade e subjetividade, sujeito e determinações sócio-históricas.

Percebe-se que nesse processo de ampliação da noção de terapêutico e da subjetividade, perpassam as particularidades do trabalho das Assistentes Sociais nessa política. Dentre tais aspectos, destaca-se os desafios de: manter a identidade profissional; compreender o sofrimento mental na interface com a questão social; e dialogar com a finalidade terapêutica dos CAPS. Frente a isso, optou-se pela reformulação do objetivo do trabalho de conclusão, assim sendo, *pretende-se compreender a inserção do Serviço Social nos CAPS com a finalidade de identificar as possibilidades do trabalho da profissão nas chamadas oficinas terapêuticas.*

Convém pontuar que a noção de terapêutico esteve presente no processo de profissionalização do Serviço Social em sua fase tradicional e conservadora, envolvia a realização de diagnósticos sociais e de tratamento sobre os chamados problemas psicossociais do indivíduo. Apesar de superadas com a formulação do Projeto Ético-Político, essas vertentes são reatualizadas contemporaneamente no chamado

Serviço Social Clínico. Dessa forma, as Assistentes Sociais identificadas com essa corrente posicionam-se em favor do reconhecimento da prática clínica e de terapia enquanto atribuições da profissão. Acerca disso, ressalta-se que as normativas profissionais, construídas coletivamente pela categoria, apontam para outro direcionamento profissional ao considerar a centralidade das categorias questão social e do trabalho no âmbito dos Fundamentos do Serviço Social e da formação graduada com base nas diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Isso posto, neste trabalho, entende-se que tais posturas afastam-se dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão e, nesse sentido, não é essa noção de terapêutico que se pretende trilhar um caminho de diálogo. Pelo contrário, a concepção de terapêutico aqui defendida está situada a partir da Reforma Psiquiátrica, processo que resulta na construção de intervenções que possuam efeitos terapêuticos para os(as) usuários(as), em suas dimensões individuais, coletivas e emancipatórias através do fortalecimento dos direitos sociais, da cidadania e da democracia. E, mais especificamente acerca dos CAPS, nos documentos legais constam compreensões de que todas as ações desse serviço devem possuir finalidade terapêutica (BRASIL, 2004). Assim sendo, compreende-se que as Assistentes Sociais inseridas nesses serviços são convocadas a refletir e, até mesmo, intervir em espaços terapêuticos, tais como as Oficinas. Portanto, este trabalho centra-se no diálogo entre o projeto ético-político construído pelo conjunto da categoria de Assistentes Sociais e a compreensão de terapêutico elaborada a partir da Reforma Psiquiátrica.

Diante disso, o *primeiro capítulo* tratará da construção histórica da política de saúde e de saúde mental no Brasil, apreendendo o seu processo coletivo de luta pela sua materialização na realidade brasileira enquanto direito social e de cidadania. Realizou-se um resgate histórico acerca dessas políticas, sendo que as primeiras ações do Estado no que se refere à saúde datam da década de 1930, dando início a segmentação entre a saúde pública e saúde previdenciária. A política de saúde mental surge em um período anterior, em torno de 1850, com características de segregação e de isolamento. Também se abordou acerca do período da ditadura civil-militar, época em que se opera uma lógica de mercantilização da saúde, havendo a construção de grandes complexos hospitalares e de repasses públicos para a iniciativa privada, tendência que seguirá em disputa até os dias atuais. Posteriormente, através das mobilizações

populares e dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica e de Reforma Sanitária, explicita-se o processo de efetivação da saúde enquanto direito social e de cidadania. Por fim, apresenta-se os impasses e retrocessos que a política de saúde e de saúde mental enfrentam com a presença da ideologia neoliberal e com o conservadorismo, o que pode representar a destituição de princípios e diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O *segundo capítulo* abordará sobre o processo histórico de profissionalização do Serviço Social no Brasil e a posterior inserção das Assistentes Sociais na política de saúde e de saúde mental. Primeiramente será caracterizado o chamado Serviço Social tradicional e conservador, composto pelo tripé Caso, Grupo e Comunidade. Esses métodos utilizam técnicas de diagnóstico para identificar o chamado “problema” psicossocial do sujeito, da família e, até mesmo da comunidade, com a finalidade de ajustar esses aspectos, garantido assim, a manutenção da ordem social vigente. Nesse sentido, a inserção das Assistentes Sociais na política de saúde e de saúde mental surge relacionada a realização de diagnósticos sociais e de ações voltadas para o reforço da lógica higienista e de ajuste dos comportamentos das pessoas, de acordo com a moralidade e relações sociais vigentes. Em um segundo momento apresenta-se o processo de modernização ocorrido na profissão, expressando um maior desenvolvimento teórico-técnico das intervenções. Em um terceiro momento explica-se a construção do movimento de intenção de ruptura ao caráter conservador da profissão, materializando-se na elaboração do projeto ético-político. Por fim aborda-se acerca dos desafios atuais enfrentados pelas Assistentes Social na política de saúde mental e em especial nos CAPS. A discussão, centra-se em três pontos, que são: intervenção pautada no paradigma psicossocial versus intervenção balizada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e em consonância com o projeto ético-político; interface entre questão social e sofrimento mental; e a dimensão teleológica do trabalho da Assistente Social na saúde mental.

O *terceiro capítulo* centra-se na discussão do trabalho da Assistente Social nos CAPS a partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, que foi realizada no CAPS II-GHC. Inicialmente é caracterizado o serviço, a área de abrangência e a população usuária com a finalidade de situar o leitor no espaço sócio-ocupacional. Em um segundo momento, explicita-se a noção de terapêutico defendida por este TCC e

que, a partir das normativas legais, deve orientar o trabalho nos CAPS. Dessa forma, procura-se delimitar alguns caminhos de diálogo entre esse conceito e a intervenção do Serviço Social, abordando-se assim, acerca das possibilidades de utilização dos recursos artísticos pela profissão enquanto matéria-prima e instrumento interventivo. Posteriormente, detalha-se sobre a Oficina Terapêutica de Escrita, apresentando as suas finalidades, metodologias e alguns dados que permitem caracterizar a população usuária participante desse grupo. Por fim, descreve-se o projeto de intervenção realizado pela autora nesse espaço, evidenciado que as intervenções do Serviço Social promoveram efeitos terapêuticos para a população usuária, apesar das temáticas centrarem-se no debate da saúde mental enquanto um direito humano e de cidadania.

Portanto, assim como na escolha do título, este trabalho é um convite para pensar acerca da relação entre o terapêutico e a intervenção do Serviço Social na saúde mental. Acreditamos que as respostas a esse questionamento podem ampliar o diálogo entre a formação e os desafios oriundos desse campo profissional.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: do resgate histórico até a efetivação enquanto direito social e de cidadania

O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo (AMARANTE, 2007, p.63).

Este capítulo, como a própria epígrafe apresenta, tem a finalidade de compreender a política de saúde e de saúde mental enquanto um processo social complexo, que está em constante constituição e expressa o conjunto de tensionamentos presentes na sociedade. Primeiramente, é realizado um resgate histórico da instituição dessas políticas, sendo que as primeiras ações do Estado, no que se refere à saúde mental estão situadas em torno de 1852 com características asilares e de segregação cuja finalidade era afastar os indivíduos considerados “desajustados” socialmente. Com relação à saúde, as primeiras intervenções estatais datam pela década de 1930 como uma resposta à emergência da questão social, garantindo condições mínimas de vida para a classe trabalhadora, o que deu início a segmentação entre saúde pública e saúde previdenciária.

Em um segundo momento, apresenta-se os rumos dessas políticas no contexto da ditadura civil-militar, época em que ocorreu o favorecimento de repasses públicos para setores privados. Posteriormente, explicita-se os Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica que culminaram na reformulação dessas políticas, lutando pela garantia da saúde enquanto direito social e de cidadania. Por fim, apresenta-se a formulação do SUS, da RAPS e de maneira mais detalhada dos CAPS, sendo apontado alguns desafios e, até mesmo, retrocessos enfrentados no neoliberalismo e na ascensão do conservadorismo.

2.1 Resgate histórico da Política de Saúde e de Mental no Brasil e as lutas pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica

A política social pode ser entendida como ações e respostas do Estado a determinadas necessidades e demandas sociais (FERNANDES; HELLMANN, 2016), representando um processo de disputa das classes sociais que compõem a sociedade e,

portanto, é permeada por lutas e por contradições de classe. A constituição da política de saúde e de saúde mental no Brasil expressam tais aspectos, sendo atravessadas por tensionamentos das classes - e possuindo correlação direta com o contexto econômico, político e social de cada época, conforme será evidenciado ao longo do capítulo.

Até meados da década de 1930 havia uma política social de tipo residual (PEREIRA, 2011), de modo que as ações do Estado no que se refere à assistência a saúde eram mais pontuais e limitadas. Essa responsabilidade era assumida majoritariamente pelas instituições religiosas e filantrópicas, tais como as Santas Casas de Misericórdia. Acerca dessas, eram espaços hospitalares que atendiam aos pobres e aos enfermos, sendo que exerciam muito mais uma função de amparo social do que de assistência médica, pelo menos até meados do século XVIII (RIBEIRO, 1999, p. 17). Ressalta-se ainda que as pessoas com transtorno mental também foram colocadas nesses locais, contudo, eram alojadas nos porões desses hospitais sofrendo maus-tratos e sem receber cuidados em saúde e em saúde mental (RIBEIRO, 1999).

A criação de instituições específicas para tratar pessoas com transtorno mental tem início em 1852 com a construção do primeiro hospital psiquiátrico, chamado de Hospital Dom Pedro II, situado no Rio de Janeiro e de natureza pública (RIBEIRO, 1999; DIAS, 2007). Ao longo desse período, outras instituições foram criadas em diferentes cidades do país, destacando-se o Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado em Porto Alegre e criado em 1884. Entretanto, a construção desses hospitais correspondeu muito mais às exigências da época, pois “[...] o tratamento a eles dispensado visava muito mais afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento” (RIBEIRO, 1999, p.20). Pontua-se assim, que surgem com a função social e política de afastar os indivíduos que poderiam comprometer a ordem pública, desta forma, exerciam uma política com caráter asilar e de tratamento moral⁵ (AMARANTE, 2007).

A partir de 1923 começam a surgir as primeiras estruturas de proteção social com a promulgação da Lei Eloy Chaves. Através dessa lei criou-se as Caixas de

⁵ Amarante (2007) aponta que o tratamento moral tem início com a instituição dos hospitais psiquiátricos através do alienismo. De acordo com essa corrente, o isolamento social era justificado porque constituía-se enquanto o principal passo para o tratamento. Assim sendo, com o isolamento era possível observar o alienado (como anteriormente era chamado que correspondia aquele despossuído de razão plena), atribuir o diagnóstico e reeducar a mente através da ordem e da disciplina (AMARANTE, 2007, p.31-32).

Aposentadorias e Pensões que se caracterizavam como um sistema de proteção aos(as) trabalhadores(as), tendo como um dos benefícios garantidos a assistência médica. Posteriormente, com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder a partir de 1930, se consolidou uma política mais intervencionista e populista, representando uma resposta do Estado à emergência da questão social no Brasil. Essa época é marcada pela industrialização e pela crescente mão de obra operária. Ocorreu uma intensificação das contradições econômicas através do aumento da exploração do trabalho, de modo que a classe operária sofria as consequências desse processo, tais como condições de vida precárias e insalubres, baixos salários, grande número de horas de trabalho e sem regulamentações trabalhistas (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014). Frente a essas contradições, a classe operária intensifica o seu processo de mobilização e de organização política e o Estado- com a finalidade de manter o controle social- incorpora algumas destas reivindicações.

A constituição da política de saúde de natureza pública tem relação com essa dinâmica, surge em decorrência da necessidade de garantir as mínimas condições em relação à saúde da classe trabalhadora. Bravo (2006), ao analisar esse processo, ressalta que as ações do Estado no que se refere à saúde representaram um mecanismo de integração e de controle social. Além disso, aponta que a política nesse período era dividida em dois subsetores, sendo estes: saúde pública e medicina previdenciária (BRAVO, 2006).

A saúde pública era voltada para a criação de condições sanitárias para a população. Em razão da acelerada urbanização, se proliferou um grande número de doenças, de modo que foi preciso ações em saúde mais ampliadas. Assim sendo, foram feitas campanhas sanitárias e criou-se serviços de combate a endemias (BRAVO, 2006). A medicina previdenciária, pelo contrário, era restrita para quem trabalhasse e possuía um caráter contributivo. Desta forma, a assistência à saúde passa a ser feita pela previdência social sendo que as Caixas de Aposentadoria e Pensão foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Dias (2007) também analisa essa separação, demonstrando que isso acabava por confirmar uma ideia de que a “saúde individual não era da competência da área de saúde pública” (p. 31), divisão que só irá ser rompida com a instituição do Sistema Único de Saúde na década de 1980.

A política de saúde mental seguiu a tendência do século anterior que era o tratamento em hospitais psiquiátricos. Dessa forma, conforme a Psiquiatria inseria-se nesses espaços, foi desenvolvendo uma base científica acerca da loucura, sendo que essa passou a ser classificada como patologia que deveria ser controlada e isolada (RIBEIRO, 1999). Conseqüentemente, a Psiquiatria formou um conjunto de conceitos sobre os transtornos mentais e suas formas de tratamento, constituindo-se como o saber central sobre a loucura, sendo dado legitimidade social as práticas exercidas nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

Convém ainda pontuar que as teorias desenvolvidas por essa especialidade médica, de maneira geral, estavam em consonância com os interesses da ordem vigente e correspondiam a ideologia dominante da época. Destaca-se que um exemplo desse processo foi que em 1923 emergiu um movimento na Psiquiatria chamado de Liga Brasileira de Higiene Mental que pretendia melhorar a assistência psiquiátrica, fundamentando-se em noções de higiene mental e de ideias associadas às teorias do positivismo e do eugenismo⁶ (RIBEIRO, 1999). Nesse sentido, em um determinado período do processo de profissionalização da Psiquiatria, a atribuição de diagnósticos esteve atrelada à perspectiva de construção de um ideal de nação, conforme evidenciado no seguinte trecho: “se posicionavam inteiramente favoráveis à eugenia, a pureza racial, ao preconceito em relação aos não-brancos, responsabilizando-os por doenças e classificando-os de raça inferior” (RIBEIRO, 1999, p. 26-27). Por fim, ressalta-se que, apesar dessas correntes terem sido superadas com a criação do conceito ampliado de saúde, concepções exclusivamente biomédicas acerca do processo saúde-sofrimento mental permanecem presentes no campo da saúde mental.

A pobreza também foi uma das justificativas para o isolamento, sendo uma forma do Estado responder à questão social.

Esta associação entre assistência social e saúde mental evidencia o fenômeno do transtorno mental num país com altos índices de desigualdade social, bem como, no período histórico referido, o conjunto de organizações privadas filantrópicas a quem a sociedade delegou a tarefa de isolar a pobreza (DIAS, 2007, p. 32).

⁶ Ribeiro (1999) explica que a Liga Brasileira de Higiene Mental não surge com ideias propriamente vinculadas ao eugenismo, cuja incorporação se dá a partir de 1927. A eugenia é uma ciência voltada para o estudo e para a melhoria das condições físicas e morais da raça humana (MICHAELIS, 1998, p. 912). Sob esse prisma, neste trabalho, nos opomos a essa corrente por entender que está fundamentada em uma concepção biomédica, além de expressar preconceitos raciais e morais.

Portanto, os hospitais psiquiátricos vão se constituindo, no Brasil, enquanto organizações destinadas para pessoas com algum tipo de transtorno mental, mas também incorporaram aqueles indivíduos que pudessem trazer algum problema para a manutenção da ordem pública. Desta forma, foram isolados segmentos marginalizados da população, sendo classificados como “desajustados” socialmente (AMARANTE, 2007). Dentre a população presente nessas instituições haviam pobres, segmentos marginalizados, homossexuais, prostitutas, pessoas negras e meninas grávidas que foram violentadas por seus patrões (ARBEX, 2013). Foi dada uma resposta asilar e de segregação para problemas decorrentes de uma estrutura desigual existente na sociedade brasileira. Atrelado a isso, foi se construindo uma concepção da pessoa com transtorno mental enquanto alguém desprovida de razão ou também ligado a uma noção de alienação mental e por isso, justificaria as internações e as intervenções médicas (AMARANTE, 2007).

A partir da ditadura civil-militar a política social é ampliada para maiores categorias de trabalhadores, havendo uma expansão dos investimentos na medicina previdenciária e por outro lado, uma redução na saúde pública (MERLY; QUEIROZ, 1993). O Estado unificou todos os IAPs e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, sendo que a execução dos serviços de saúde passou a ser feita pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), criado em 1974. Ao mesmo tempo, houve a expansão de serviços privados de saúde através do repasse de verbas do Estado para a construção de hospitais privados, de incentivos fiscais para as empresas e da contratação de serviços privados de saúde para os beneficiários do Inamps.

Esse período foi marcado por um modelo de saúde baseado na construção de um complexo hospitalar privatista, no incentivo à medicalização, na lucratividade e na comercialização da assistência médica (MERLY; QUEIROZ, 1993). Acrescenta-se a essas características, as análises de Bravo (2006) em que aponta que nesse período ocorreu o favorecimento do projeto privatista da saúde, sendo sustentado através da aliança entre setores estatais e o conjunto de empresas médicas, conseqüentemente, os investimentos na área da saúde seguiam a lógica da acumulação de capitais. Considera-se importante destacar essas tendências históricas, pois esse processo

favoreceu que a saúde, ainda na atualidade, se configure como um setor rentável em que a lógica do lucro se sobrepõe ao direito. Por fim, ressalta-se que a privatização da saúde vai seguir em disputa mesmo com a aprovação da política de saúde com caráter universal, o que influencia diretamente nas dificuldades enfrentadas atualmente pelo SUS, conforme será apontado ao longo do texto.

Os hospitais psiquiátricos tiveram um aumento nesse período, Dias (2007) demonstra o crescimento de leitos nessas instituições no período de 1961 a 1981, especialmente as de caráter privado. Nota-se que a política de saúde mental seguiu a tendência da política de saúde, ocorrendo um favorecimento para a contratação de serviços privados de modo que o INAPS pagava as instituições psiquiátricas privadas (DIAS, 2007). Essa época ficou conhecida como “indústria da loucura”, caracterizada pela construção de manicômios privados cada vez maiores e mais lucrativos que eram sustentados pelos recursos públicos (PITTA, 2011). Somado a isso, parcelas cada vez maiores da população foram internadas, resultando em uma superlotação dessas instituições. Contudo, muitas dessas pessoas não tinham indicação para estarem nesses espaços, a exemplo de que 63,7% dos pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro não tinham necessidade de internação (SILVA *et. al*, 1982 *apud* DIAS, 2007, p.77).

A política de saúde mental se consolida com características majoritariamente asilares e de hospitalização, o isolamento e a segregação foram as respostas dadas para as pessoas com algum transtorno mental e também para a pobreza e as desigualdades sociais existente na sociedade brasileira, que era uma tendência já existente desde o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos. Também é importante destacar a violação de direitos humanos existentes nestas instituições, Arbex (2013) realiza um resgate da história do Hospício de Barbacena, conhecido como Colônia, estima que foram mortas cerca de 60 mil pessoas nessa instituição e também aponta que 70% dos internados não possuíam algum tipo de transtorno mental (p.25). A autora (2013) relata ainda as situações de opressão e de violência praticadas neste manicômio, cita o uso de eletrochoque indiscriminadamente (assemelhando-se a práticas de tortura) e da medicalização excessiva; os (as) internados (as) também passavam fome, sede e frio o que levava alguns (mas) ao óbito; as mulheres grávidas tinham que criar mecanismos de defesa para poder manter a gravidez. E ainda expõe a prática de venda de corpos para as

faculdades de Medicina, num total que pode chegar a 1.823 corpos (ARBEX, 2013, p.73).

O crescimento econômico vivenciado no primeiro momento da ditadura civil-militar entra em declínio, o sistema já não consegue se manter, há um crescente endividamento externo, ocorre um aumento do desemprego, da pobreza, da redução dos salários e da piora nas condições de vida (PEREIRA, 2011). Os serviços de saúde eram insuficientes, os de natureza pública eram sucateados e até mesmo as (os) trabalhadoras (es) vinculadas (os) ao INAPS não estavam conseguindo ter uma assistência médica adequada (MERLY; QUEIROZ, 1993). Frente a esse quadro, começaram a surgir mobilizações nas comunidades, as categorias profissionais e acadêmicas também iniciaram debates a respeito da reformulação do modelo de saúde e de saúde mental. Assim, apesar de o contexto da ditadura civil-militar ter representado um avanço na privatização da saúde, também marcou o surgimento de mobilizações pelo direito à saúde.

A partir da década de 1970 começam movimentos de defesa por uma saúde pública, destacando-se o Movimento de Reforma Sanitária. Merly e Queiroz (1993) compreendem que a criação dos departamentos de medicina preventiva e do Centro de Estudos Brasileiros de Saúde propiciaram uma nova consciência em saúde. O processo de construção do Movimento de Reforma Sanitária está atrelado às mobilizações de oposição ao regime militar e de luta pela democracia. A partir de tal compreensão e contexto, Bravo (2006) aponta que a noção de saúde adquire uma dimensão política e atrelada a princípios democráticos. Além dessas concepções, dentre as características do movimento de Reforma Sanitária havia a defesa pela universalização do acesso à saúde, da responsabilidade do Estado na prestação dos serviços e da participação popular (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Também estava sendo proposto uma reorganização do sistema de saúde, rompendo com a divisão até então existente entre saúde pública e medicina previdenciária, visando melhorar as condições de saúde para o conjunto da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Após um conjunto de manifestações populares de diferentes categorias sociais, de reivindicações no campo institucional e de formulações do setor acadêmico, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que representou um marco histórico no que se refere à mobilização pela reforma do sistema de saúde. Nela estavam presentes mais

de 4.000 pessoas, contando com a participação de moradores, sindicatos e profissionais. Na Conferência discutiu-se a reformulação do conceito de saúde, sendo definido no seguinte trecho:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é 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. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Rompe-se, nesse conceito ampliado de saúde, com uma explicação exclusivamente biológica e individual acerca da manifestação de uma determinada doença. Há o reconhecimento de que as condições sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais e biológicas interferem no processo saúde/ doença da população. Além disso, entende-se que estes aspectos se materializam na vida das pessoas de maneira distinta e desigual, de modo que essas desigualdades influenciam nas suas condições de saúde, sendo chamadas de determinantes sociais da saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Por exemplo, Barata (2009) aponta a relação entre a exposição diária a situações de discriminação e de racismo com a maior probabilidade da população negra desenvolver transtornos mentais, baixo peso e prematuridade ao nascer. Portanto, formula-se uma concepção mais ampla do conceito de saúde, envolvendo o acesso à educação, saneamento básico, ao trabalho e entre outros.

O movimento de Reforma Psiquiátrica- no Brasil- também está associado a essa luta de reformulação do modelo de atenção à saúde e, tinha a especificidade de propor modificações no tipo de cuidado em saúde mental. Conforme abordado anteriormente, no período da ditadura civil-militar ocorreu um grande crescimento da população internada nas instituições psiquiátricas e muitas dessas de maneira injustificada, o que passou a ser criticado. Atrelado a isso, eram desenvolvidos tratamentos morais sem o mínimo de dignidade humana, de modo que se realizam práticas violentas e acarretando em um grande número de mortos. Desde o fim da 2ª Guerra Mundial os hospitais psiquiátricos passam a ser comparados com campos de concentração, sendo que o saber psiquiátrico, o isolamento e a patologização da vida humana passam a ser questionadas, o que influenciou das primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica na Itália (AMARANTE, 2007).

No Brasil, as primeiras propostas de reformulação da política de saúde mental surgem em 1978 pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Inicialmente, queriam denunciar a desumanização presente nos hospitais psiquiátricos e também a chamada indústria da loucura, propondo a humanização desses espaços e a melhoria das condições de trabalho (VASCONCELOS, 2010). Amarante e Nunes (2018) compreendem que os direcionamentos do MTSM começam a mudar com a vinda de figuras internacionais que criticaram essas instituições, como Franco Basaglia (umas das pessoas que propõe a Reforma Psiquiátrica na Itália). Da mesma forma, o Movimento de Reforma Sanitária também influenciou no processo de crítica ao modelo manicomial, por exemplo, através do conceito ampliado de saúde amplificam-se os questionamentos em relação a centralidade do saber biomédico.

No ano de 1987 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, espaço em que é debatido sobre a preferência do modelo extra hospitalar e formado por uma equipe multiprofissional. Além disso, discute-se sobre os direitos civis, políticos e sociais das pessoas com transtornos mentais, sendo reconhecidas como cidadãs de direitos (VASCONCELOS, 2010). No mesmo ano, aconteceu o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental que representou um marco histórico no processo de Luta Antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018). Os (as) trabalhadores (as) presentes nesse encontro foram para as ruas da cidade e realizaram a primeira manifestação pública organizada em favor da extinção dos manicômios⁷. O resultado desse encontro foi a criação do Manifesto de Bauru, de modo que se criou o compromisso com a desinstitucionalização, reconhecendo que os hospitais psiquiátricos promovem a discriminação e a exclusão dos sujeitos. Além disso, fundou-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial formado por familiares, usuários dos serviços de saúde mental, profissionais da área da saúde e também institui-se que 18 de Maio é o dia nacional de Luta Antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nota-se que através das discussões das instituições, dos movimentos e de organizações de usuários(as), familiares e trabalhadores(as) vinculados(as) a luta

⁷ Amarante (2007) define como sendo: aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (p.56).

antimanicomial, aos poucos vai sendo proposto um modelo alternativo ao manicomial.

Portanto, em síntese, a Reforma Psiquiátrica pode ser definida como:

[...] um processo de reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de enfrentar o fenômeno do transtorno mental e do sofrimento psíquico, com a centralidade da cidadania dos sujeitos, estes inseridos numa histórica e determinada sociedade (DIAS, 2007, p. 132).

Desta forma, passam a ser construídas práticas em saúde mental com outra fundamentação teórico-técnica e com outra ética que visam assegurar a dignidade humana e os direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental (COSTA; YASSI; LUZIO, 2003, p.4). Arelado a esses aspectos, convém destacar as análises de Amarante (2007) acerca de alterações necessárias para que se efetive um modelo alternativo ao manicomial. Compreende que não são meramente mudanças no tipo de serviço ofertado, mas um complexo processo que exige alterações em quatro dimensões, que são: *teórico-conceitual* que se relaciona a questionamentos acerca dos fundamentos da Psiquiatria, buscando compreender e explicar os sofrimentos mentais na relação com os sujeitos que o vivenciam; *técnico-assistencial* que está atrelado à construção de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos; *jurídico-política* que está ligada a aprovação de normas e leis que assegurem direitos para as pessoas com sofrimento mental; e, por fim, a *sociocultural* que está articulada à construção um novo imaginário social sobre a loucura e o sofrimento mental e, nesse sentido, pressupõe o envolvimento da sociedade nas discussões sobre o que significa a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007, p. 61-84).

2.2 A criação do SUS e da RAPS entre os avanços na garantia ao direito social e os retrocessos

O processo de luta pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica tiveram importantes conquistas a partir da redemocratização que resultaram na construção de uma política de saúde e de saúde mental de natureza pública e universal. Na Constituição da República de 1988 reconheceu-se a saúde como parte do tripé da Seguridade Social⁸, estando ligada à condição de cidadania, sendo assegurada enquanto

⁸ O tripé da seguridade social é formado pelo direito à Saúde, à Previdência e à Assistência Social (ROSA, HELLMANN, 2016).

um direito de todos e de responsabilidade do Estado em garanti-la (BRASIL, 1988). Outro aspecto presente é que o direito à saúde também envolve o acesso a outras políticas sociais e econômicas. Além disso, no artigo 198 é regulamentado o sistema de saúde, tendo como eixos norteadores a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Ao analisar o processo de promulgação do texto constitucional, Bravo (2006) ressalta que essa aprovação foi feita a duras penas por conta da oposição de grandes empresas e da indústria farmacêutica, mas através da mobilização popular são asseguradas as pautas do Movimento de Reforma Sanitária, o que demonstra o caráter de luta e de disputa em torno da política de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído em 1990 pela lei 8080, sendo estruturado no formato de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990). Dessa forma, os serviços são divididos pelo nível de complexidade de atenção em saúde e atendem um determinado território, mas estão articulados entre si (BRASIL, 1990). Com relação aos níveis de complexidade, são divididos em três tipos, que são: atenção primária (linha de cuidado articulando assistência em saúde, promoção e prevenção); atenção secundária (prestação de serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos); e a atenção terciária e hospitalar (responsável pela realização de procedimentos de alto custo). Por fim, destaca-se que a política de saúde mental está inserida na política de saúde e dessa forma, segue os seus princípios e diretrizes.

Na lei 8080 define-se também um conjunto de princípios que orientam o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Dentre esses princípios, destaca-se os seguintes: a *universalidade de acesso* que se refere ao direito de todos a acessarem os serviços dos quais necessitam sem qualquer tipo de impedimento por questões físicas, culturais, econômicas e sociais (PAIM, 2009); a *integralidade da assistência* que está relacionada a uma atenção que contemple a totalidade das necessidades de saúde do(a) usuário(a), desta forma, envolve a realização de ações de prevenção, promoção e de recuperação da saúde (PAIM, 2009). Além disso, o conceito de integralidade envolve a articulação entre os serviços, sendo efetivada a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 1990); a *preservação da autonomia* que parte da ideia do respeito à dignidade humana e à liberdade de escolha do(a) usuário(a) acerca do tipo de cuidado em relação a sua saúde

(PAIM, 2009); o *direito à informação* que se relaciona ao conhecimento, pelo(a) usuário(a), sobre o seu estado de saúde; e, por fim, a *participação da comunidade* que está sustentada na ideia da democratização dos serviços e do controle social, considerando o papel fundamental que a população possui na construção e na fiscalização do SUS (PAIM, 2009).

No que se refere à política de saúde mental, na década de 1990 surgem as primeiras legislações e normas em consonância com as concepções defendidas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica. Desse processo, destaca-se a Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 que elaborou diretrizes e normas para os serviços de saúde mental e, além disso, regulamentou a organização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 1992). Com relação ao Estado do Rio Grande do Sul, a Lei nº 9716 de 7 de agosto de 1992 vedou a construção de novos hospitais psiquiátricos e traçou algumas linhas para a elaboração de uma rede de atenção integral em saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992). E, por fim, a Lei 10.216 de 2001⁹ regulamentou os direitos das pessoas com sofrimento mental, destacando-se o Art 2º, parágrafo II: “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001).

A política de saúde mental, aos poucos, vai sendo modificada e a partir dos anos 2000 a Reforma Psiquiátrica se torna mais efetiva (PITTA, 2011). O isolamento passa a ser visto como algo negativo, compreende-se que o afastamento dos vínculos familiares e afetivos, assim como a saída do espaço comunitário podem trazer danos e desvantagens para a pessoa com transtorno mental (PITTA, 2011). Ocorre a transição do modelo baseado no hospital psiquiátrico para o modelo de atenção comunitária, contudo não são propostos serviços complementares ao manicomial, mas sim um modelo substitutivo e de atenção integral em saúde mental.

A política de saúde mental se fortalece com Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que foi instituída através da portaria 3.088/11 com o objetivo de estruturar um cuidado em rede para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, para aquelas

⁹ Ressalta-se que a Lei 10.216, apesar de ter sido aprovada no ano de 2001, teve seu projeto de lei proposto no ano de 1989 pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG). Contudo, o texto demorou doze anos até que fosse aprovado com modificações, sem serem reconhecidos aspectos fundamentais dessa proposta, tal como a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos (VASCONCELOS, 2002; AMARANTE, 2007).

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). A RAPS é composta por diferentes níveis de complexidade, que 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. Desta forma, os serviços que contemplam esses diferentes níveis são: Unidade Básica de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento, unidade de internação em Hospitais Gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos e espaços de Geração de Renda (BRASIL, 2011).

Cada um dos serviços que integram a RAPS possuem uma finalidade e atuam em um determinado nível de complexidade do SUS, mas em todos esses âmbitos o trabalho deve ser orientado a partir das seguintes diretrizes:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

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).

A RAPS é importante porque firma o compromisso com o combate a estigmas e preconceitos, também estimula o cuidado em rede, a promoção de autonomia, de cidadania e de liberdade. Outro aspecto presente é o reconhecimento de que diferentes profissões integram o cuidado em saúde mental, realizando intervenções na perspectiva interdisciplinar.

Nessa rede, como já salientado, o cuidado ocorre prioritariamente nos serviços ofertados no território, compreendendo que o espaço da comunidade representa uma potente ferramenta para a inclusão e reinserção social das pessoas com sofrimento mental. Especificamente em relação aos CAPS, a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de

2002 regula e caracteriza esses serviços, sendo divididos em CAPS I¹⁰, II, III, CAPS i II, CAPS AD II (BRASIL, 2002). São substitutivos ao modelo asilar e prestam um cuidado especializado na atenção psicossocial, atendendo pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2005). A equipe é multiprofissional, entendendo que há uma relação entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais no que se refere a manifestação dos sofrimentos mentais e, desta forma, é preciso a interlocução de diferentes saberes.

Os CAPS funcionam em caráter de atenção diária, sendo que o serviço tem como finalidades:

[...] 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. [...] São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005, p.27).

Os CAPS são regionalizados uma vez que as concepções de território e de comunidade são importantes, pois visam romper com o isolamento antes promovido através do modelo asilar. Compreende-se que há estigmas e preconceitos em relação às pessoas com transtornos mentais, sendo que isso dificulta o seu acesso a dispositivos sociais existentes no território. Nesse sentido, os CAPS têm uma função importante no sentido realizar ações articuladas com a atenção básica e com os serviços da rede intersetorial, podendo romper com estigmas em relação à loucura.

Cada usuário tem um plano terapêutico, que deve ser traçado coletivamente, contemplando as suas necessidades e limitações (BRASIL, 2004), nesse sentido, a equipe faz uma avaliação inicial sendo definido um plano que vai sendo modificado

¹⁰ Os CAPS I, II e III são divididos de acordo com o número de habitantes no município e atendem adultos com adultos. O CAPS II i atende crianças e adolescentes em municípios com a população com cerca de 200.000 habitantes. O CAPS ad ii atende pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em municípios com a população superior a 70.000 habitantes.

CAPS I – atende municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;

CAPS II – atende municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes;

CAPS III – atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, além disso possui caráter de atenção contínua, funcionando 24h e oferece acolhimento noturno. (BRASIL, 2002).

conforme a necessidade, até a sua melhora na intensidade do sofrimento mental. Nesse serviço, são previstas diferentes modalidades de atendimentos e de atividades, que são: individuais, em grupo, a famílias, a comunidade e realização de assembleias. As individuais estão relacionadas aos atendimentos com psiquiatras, psicólogos e a orientações. As atividades em grupo correspondem a realização de oficinas terapêuticas que podem ser de diferentes modalidades, contanto que tenham a finalidade de reabilitação psicossocial e de reinserção social (BRASIL, 2004). As atividades para a família decorrem do entendimento de que esta passa a ocupar um lugar central no cuidado, a sua participação é importante para que sejam discutidas formas de cuidado e de aproximação com a realidade familiar. As atividades na comunidade, conforme abordado, têm o objetivo de aproximar a população usuária do serviço ao território em que vive. Por fim, as assembleias correspondem a um instrumento de participação social, ocorre preferencialmente semanalmente, podem participar profissionais, usuários e familiares, sendo pensado em ações de planejamento do serviço (BRASIL, 2004).

Frente ao exposto, ressalta-se que os CAPS não são serviços isolados, fazem parte de uma rede, seu processo de criação e estruturação é resultante das lutas do MRP e MRS e, portanto, as ações institucionais desses serviços devem ter a finalidade de concretizar tais prerrogativas. Contudo, há desafios e processos contraditórios que perpassam essa concretização. A partir dos anos 1990 dá-se início ao período de ajuste neoliberal, são feitas medidas de reforma ou também chamado de contrarreforma do Estado. Ocorre uma reestruturação institucional, há uma redução da sua função interventiva, passando para o setor privado a responsabilidade de gestão de determinadas políticas sociais, além de haver um retrocesso nos direitos sociais anteriormente conquistados (PEREIRA, 2011).

A instituição do SUS enquanto política social de natureza pública e universal corresponde ao mesmo período de início de ações neoliberais. Conforme abordado anteriormente, a aprovação do eixo de saúde na Constituição Federal de 1988 ocorreu com a oposição de grandes empresas e da indústria farmacêutica o que demonstra que já naquela época existia um projeto articulado ao mercado (BRAVO, 2006). Esse projeto, com o ajuste de políticas neoliberais, se intensifica, de modo que “A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2006, p. 15).

Portanto, esse projeto de saúde não prevê o acesso universal e gratuito para toda a população, mas somente para aqueles(las) que não podem comprar um serviço de saúde privado, assim sendo, é focado para a população mais pobre e vulnerável. A consequência dessa lógica é precarização dos serviços de saúde de natureza pública, o que faz com que se fortaleça o discurso da privatização, sendo apresentado como solução para a melhoria da saúde.

Mais recentemente, foram aprovadas medidas que trazem ainda mais impactos para o financiamento do SUS e evidenciam a lógica da privatização da saúde. A chamada Emenda Constitucional 95/2016 tem a intenção de instituir um novo regime fiscal, congelando por vinte anos os investimentos na área da saúde (BRASIL, 2016). Isso materializa ainda mais o desmonte do SUS, com o teto de gastos não é possível fazer melhorias no sistema de saúde, marcando um período de retrocessos e de desafios para a concretização dos seus princípios.

No que se refere à política saúde mental também há iniciativas de privatização, de institucionalização e de retrocessos nos princípios da reforma psiquiátrica que se tornam mais evidentes a partir de 2016 com o governo Temer (ALMEIDA, 2019; DELGADO, 2019). Dentre as justificativas apresentadas, destaca-se a Nota Técnica nº 11/2019 publicada em fevereiro de 2019, apesar de definir como objetivos o fortalecimento da assistência no âmbito do SUS e de ser balizada pela Lei 10.216, propõe uma reforma no modelo de assistência à saúde mental. A noção de serviços substitutivos não é utilizada, além disso incentiva a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, sob a justificativa de insuficiência de leitos em hospitais gerais. Também aborda sobre o financiamento de equipamentos de eletroconvulsoterapia e de parcerias com as comunidades terapêuticas. A nota gerou muitas polêmicas, diferentes categorias profissionais e movimentos sociais posicionaram-se contra, tendo sido suspensa posteriormente. Apesar de sua suspensão, há uma tentativa de desconstrução da Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2019), podendo simbolizar um retorno de práticas manicomiais, de violação de direitos humanos, de exclusão social e de retrocessos no cuidado em saúde mental.

A análise da constituição da política de saúde e de saúde mental no Brasil permite compreender a luta histórica pelo seu reconhecimento enquanto direito social, tendo desde sua gênese uma lógica de segmentação e pautada por interesses

econômicos. A instituição do SUS está relacionada a princípios democráticos, fundamentando-se na universalidade do acesso, na responsabilidade do Estado em sua garantia, na integralidade da atenção e na participação social do conjunto da população. Com a ascensão da política neoliberal, tais direcionamentos passam a ser questionados, reduzindo-se os investimentos do Estado nas políticas sociais. Há muitos desafios para a efetivação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, sendo que será discutido sobre estes aspectos no âmbito do Serviço Social.

3 INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: histórico e desafios para o trabalho profissional

[...] se fundamental é decifrar as lógicas do capital, sua expansão predatória e sem limites, desafiante é, também, saber construir mediações para enfrentar as questões que se colocam no tempo miúdo do dia a dia da profissão (YAZBEK, 2010, p.154).

Este capítulo tem o objetivo de desvendar o trabalho das Assistentes Sociais na saúde mental e, de maneira específica, nos CAPS. Inicialmente, realiza-se um resgate histórico do processo de profissionalização do Serviço Social, destacando a relação entre o surgimento da profissão e a emergência da questão social no Brasil. Apresenta-se o chamado Serviço Social tradicional e conservador, apontando os métodos e objetivos da intervenção que possuíam relação com o ajustamento dos indivíduos à ordem social vigente. A inserção das Assistentes Sociais na política de saúde e de saúde mental, nesse período, está atrelada a ações voltadas para a higiene mental e para práticas educativas relacionadas ao modo de vida da população.

Em um segundo momento, aborda-se acerca do processo de modernização do Serviço Social, o que expressou um maior desenvolvimento teórico e técnico da profissão. Posteriormente, destaca-se a vertente de intenção de ruptura ao conservadorismo presente no Serviço Social, sendo exposto o que compõe o Projeto Ético-Político. Por fim, discute sobre as particularidades e os desafios postos no campo da saúde mental, centrando-se em três pontos, que são: intervenção pautada no paradigma psicossocial versus intervenção balizada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e em consonância com o projeto ético-político; interface entre questão social e sofrimento mental; e a dimensão teleológica do trabalho da Assistente Social.

3.1 O processo histórico de profissionalização do Serviço Social no Brasil e a inserção no campo da saúde e da saúde mental

A gênese do Serviço Social no Brasil está atrelada à articulação entre Estado, Igreja e burguesia nas respostas aos conflitos decorrentes da emergência da questão social. Em um primeiro momento a profissão recebeu influência franco-belga, havia a divulgação do pensamento social da Igreja e a realização de ações assistenciais com a

finalidade de “[...]atenuar determinadas sequelas do desenvolvimento capitalista, principalmente no que se refere a menores e mulheres” (CARVALHO; IAMAMOTO, p.177, 2014). Nota-se que não existia a compreensão das desigualdades sociais enquanto fruto do desenvolvimento econômico do país, mas sim como problemas morais e religiosos. Nesse sentido, a profissão se configurava enquanto uma atividade especializada da ação social da Igreja, existindo um caráter missionário e doutrinário, de modo que as intervenções tinham o objetivo de difundir os valores da Doutrina Social da Igreja e de restaurar os bons costumes e a moral (ANDRADE, 2008).

A partir da década de 1930 com o crescimento do movimento operário, da exploração sobre o trabalho e das lutas sociais, o Serviço Social emerge como profissão, inserindo-se na divisão social e técnica do trabalho. Também é importante destacar que vai ocorrendo uma crescente demanda institucional e é através deste processo que a profissão se legitima. Portanto, o desenvolvimento do Serviço Social se deu atrelado “[...] com uma proposta que legitimasse o capitalismo” (ANDRADE, 2008, p.274). Ressalta-se que este direcionamento profissional de manutenção da ordem vigente vai continuar sendo hegemônico até a década de 1960, período em que se começa a questionar o conservadorismo presente na profissão.

Ao longo destas décadas o positivismo foi o aporte teórico utilizado para explicar a realidade, sendo definido como:

A teoria social, assentada no positivismo, aborda as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas como fatos que se apresentam em sua objetividade e imediaticidade. Essa perspectiva restringe a visão teórica ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação. As mudanças apontam para a conservação e preservação da ordem estabelecida, isto é, do ajuste (ANDRADE, 2008, p.278).

A profissão utilizou-se desta teoria para embasar os processos interventivos pois compreendia que os problemas eram do indivíduo e não enquanto questões decorrentes de uma estrutura desigual existente na sociedade. Além disso, intervenções tinham um caráter funcionalista e de adaptação à estrutura social e, desta forma, o efeito disso era a conservação da ordem estabelecida.

O primeiro método de trabalho com maior desenvolvimento técnico foi o chamado Serviço Social de Caso, que foi criado por Mary Richmond, e estava relacionado ao desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Era feito um tratamento

social com o sujeito, através do estudo e diagnóstico social identificava-se as chamadas anormalidades daquele e seu meio, sendo feito um ajustamento destes aspectos (RICHMOND, 1974). Nesse método aparece a noção de psicossocial¹¹ pois o diagnóstico social estava relacionado à identificação do chamado problema psicossocial do indivíduo (ANDRADE, 2008). Contudo, nessa concepção havia uma forte tendência conservadora e moralista, uma vez que o “tratamento” era sobre aspectos da personalidade considerados anormais.

[...] o objeto do Serviço Social estava diretamente relacionado às disfunções individuais e/ou sociais, sendo o homem considerado responsável por sua situação. O objetivo do trabalho profissional era e é formar um comportamento adequado e integrado à sociedade, para a manutenção do status quo; buscando o equilíbrio da sociedade, bem como a resolução de problemas individuais. (PANOZZO, 2009, p.36)

Nota-se que a questão social era entendida enquanto um problema individual, o objeto de intervenção era o indivíduo e seu “problema” psicossocial e a finalidade da ação estava relacionada à integração social. A partir da teoria social marxista entende-se que neste método havia uma concepção de ser humano “em geral”, compreendido de maneira a-histórica e distanciado da totalidade da realidade social e das determinações sociais ali presentes. O trabalho da Assistente Social na área de Saúde e de Saúde Mental era sustentado por essa vertente, envolvendo o conhecimento de princípios de higiene, de prevenção de doenças e de higiene mental (PANOZZO, 2009).

Ao longo da década de 1940 há uma expansão do Serviço Social no Brasil, principalmente pós 2ª Guerra Mundial, através da aproximação com o Serviço Social Norte-Americano. Ocorreu um aprofundamento de técnicas e instrumentos utilizados no trabalho, também passaram a ser utilizados conhecimentos psicológicos e psiquiátricos para sustentar as intervenções (PANOZZO, 2009). Além disso, são incorporados ao trabalho profissional os métodos de Serviço Social de Grupo e Comunidade, criando-se assim o tripé de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade. Destaca-se que - apesar da separação e das diferentes metodologias utilizadas - as intervenções seguiam com a

¹¹ A noção de psicossocial, no Serviço Social de Caso, dá uma maior ênfase aos aspectos subjetivos da vida dos indivíduos, uma vez que intervinha sobre a personalidade e o comportamento dos mesmos. Esse método recebeu influência da Psicologia do Ego norte-americana que se caracterizava pelo “ [...] fortalecimento do ego para que ele (sujeito) fosse capaz de dominar suas pulsões e, assim, se adaptar melhor a seu ambiente social [...]” (NICÁCIO, 2008, p. 49). Assim sendo, o conceito de subjetividade e de psicossocial, no Serviço Social de Caso, tinha um caráter conservador, relacionando-se a adaptação do sujeito à ordem social vigente.

finalidade de integrar os indivíduos ao meio social e de adaptá-los à ordem social vigente (ANDRADE, 2008). O Serviço Social de Grupo era voltado para o desenvolvimento de certos comportamentos e habilidades, conforme explicitado no seguinte trecho:

O Serviço Social de Grupo era utilizado em uma perspectiva educacional, na medida em que procurava fortalecer a personalidade individual, através da ênfase dada à capacidade de liderança, à tomada de decisão e ao aspecto psicossocial. Dentro desta perspectiva, pode-se dizer que o Serviço Social de Grupo ajudava os indivíduos a se autodesenvolverem e a se ajustarem aos valores e normas vigentes no contexto social em que estavam inseridos (ANDRADE, 2008, p.282).

Observa-se que o trabalho com grupos também tinha um enfoque ligado a uma perspectiva individual uma vez que a finalidade da intervenção era o autodesenvolvimento e o ajuste a determinados valores e normas. Andrade (2008) na sua análise sobre o Serviço Social de Grupo aponta que este método tinha aspectos de autoajuda e foco terapêutico. Acerca desse método, faz uma crítica compreendendo que era considerado “[...] o comportamento do homem inadequado, desequilibrado, sem, no entanto, rever questões sociais mais profundas” (ANDRADE, 2008, p.268). Nota-se que, assim como no Serviço Social de Caso, o Serviço Social de Grupo tinha como objeto de intervenção o sujeito, existindo uma compreensão das expressões da questão social enquanto problemáticas individuais. Por fim, ressalta-se o caráter disciplinador presente neste método (ANDRADE, 2008), as intervenções possuíam a finalidade de adaptar o indivíduo à ordem social vigente, ou seja, tinha o objetivo de tornar os sujeitos mais funcionais socialmente.

O Serviço Social de Comunidades, posteriormente denominado de Desenvolvimento de Comunidades, tinha a finalidade de trabalhar o ajustamento social do indivíduo com a realização de práticas assistenciais (ANDRADE, 2008). Também é importante pontuar que o Estado incentivou a ampliação deste método, reconhecendo-o enquanto um instrumento que poderia contribuir para o desenvolvimento da nação, visando a manutenção da harmonia social (ANDRADE, 2008, p.285). O tripé Caso, Grupo e Comunidade marcou o processo de profissionalização do Serviço Social, sendo que - apesar de não ser mais a vertente utilizada - ainda há trabalhos que reatualizam estes métodos através do Serviço Social Clínico cujo foco das intervenções são as

questões subjetivas da população usuária (BRAVO; MATOS, 2006). Compreende-se que nestes processos ocorre um estímulo para o enfrentamento individual das desigualdades sociais ou as remetendo exclusivamente ao campo subjetivo e ao âmbito das relações familiares, aspectos expressos no campo da Saúde Mental, conforme será abordado no decorrer deste capítulo.

No que se refere ao trabalho na área da saúde, ocorreu uma maior incorporação de Assistentes Sociais nessa política a partir da década de 1940, tornando-se o principal campo de inserção de profissionais, em termos de mercado de trabalho (BRAVO; MATOS, 2006). Uma das justificativas para tal expansão foi que a partir de 1948, com a elaboração de uma concepção mais ampla do conceito de Saúde, enfocada nos aspectos biopsicossociais¹², foi preciso incorporar outros profissionais e dentre estes as Assistentes Sociais, o que resultou na ampliação da profissão no setor saúde (BRAVO; MATOS, 2006).

A profissão cumpria uma tarefa educativa, de modo que as intervenções eram voltadas para o modo de vida da população e visavam a incorporação de hábitos de higiene e de saúde a partir de uma lógica normativa (BRAVO; MATOS, 2006). Outra característica desse período é que o trabalho era realizado majoritariamente em hospitais, fazendo a mediação entre a instituição e a população. Conforme apontado no primeiro capítulo, a assistência médica era vinculada à previdência social, tinha um caráter restritivo, desse modo, competia à profissão viabilizar o acesso aos serviços e benefícios (BRAVO; MATOS, 2006). Nesse período, começa-se a desenvolver o chamado Serviço Social médico que correspondia a ações relacionadas a: triagem, fichas informativas com dados dos pacientes para facilitar o trabalho dos médicos, distribuição de auxílios financeiros, cuidado dos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento” e adequação do paciente à instituição (CARVALHO; IAMAMOTO, p.177, 2014). Nota-se assim que as Assistentes Sociais passam a auxiliar o trabalho da Medicina, realizando tarefas de complementação, da mesma forma que executam ações

¹² Com relação ao termo biopsicossocial destaca-se que a partir da década de 1940 começam a surgir críticas ao caráter fragmentário das ações da Medicina, havendo uma busca por “uma concepção globalizadora do objeto das práticas, ainda concebido como individual” (COSTA; YASSI, LUZIO, 2003, p.2). Desta forma, incorpora-se às dimensões psicológicas e sociais na manifestação de uma determinada doença do indivíduo, sendo preciso a inserção de uma equipe multiprofissional na área da saúde (COSTA; YASSI, LUZIO, 2003).

correspondendo aos interesses da instituição, adequando a população usuária às regras institucionais.

O trabalho da Assistente Social na saúde mental inicia de maneira mais efetiva na década de 1940 nos Centros de Orientação Infantil e nos Centro de Orientação Juvenil (BISNETO, 2005). Essas instituições atendiam crianças, jovens e famílias baseado na prevenção de higiene mental (BISNETO, 2005). As intervenções da profissão estavam atreladas ao pensamento da Liga de Higiene Mental, corroborando com concepções de higiene e de ordenamento social. As Assistentes Sociais atendiam crianças com altos índices de reprovações, com histórico de roubo e de agressividade, de modo que realizavam diagnósticos sociais e trabalhavam sobre o comportamento e o ajuste dos indivíduos (VASCONCELOS, 2010). Além disso, havia a realização tratamentos com as famílias para a melhor adequação do ambiente familiar ao tratamento psiquiátrico (VASCONCELOS, 2010). O higienismo também esteve presente no contexto de profissionalização no Rio Grande do Sul, evidenciado através da participação de psiquiatras na fundação da escola Serviço Social de Porto Alegre e no número significativo de disciplinas relacionadas a área de saúde física e mental entre os anos de 1945 a 1953 (SCHEFFER *et. al*, 2020, p. 199). Nota-se assim que o trabalho na Saúde Mental vai se constituindo com “forte viés adaptativo, individualizador e normatizar” (VASCONCELOS, 2010, p.184), pois as intervenções eram enfocadas nos aspectos psicológicos e comportamentais dos indivíduos e seus familiares.

No final da década de 1940 há a incorporação de Assistentes Sociais nos hospitais psiquiátricos, destacando-se no Rio Grande do Sul a inserção dessas profissionais, no ano de 1957, no Centro Psiquiátrico Melanie Klein, que era vinculado ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (SCHEFFER *et. al*, 2020, p. 199). Em linhas gerais, as profissionais presentes nas instituições psiquiátricas, trabalhavam em setores relacionados à assistência social. Vasconcelos (2010) aborda que realizavam ações relacionadas à “porta de entrada e de saída” das instituições (p. 186), envolvia a coleta de dados dos pacientes, realização de preparação para a alta, confecção de atestados e de encaminhamentos. Observa-se que as tarefas realizadas nos hospitais psiquiátricos estavam relacionadas com as tendências do trabalho no âmbito da Saúde, havia uma subordinação da profissão à categoria médica e à instituição, realizando tarefas de cunho burocrático. Bisneto (2005) também aborda sobre a gênese do Serviço Social na

Saúde Mental e, assim como Vasconcelos (2010), aponta para uma subordinação (relativa) da profissão à psiquiatria, considerando que a Assistente Social atendia o que o mundo “psi” não dava conta, de modo que as intervenções eram no sentido de minimizar as contradições e as desigualdades sociais.

A partir da década de 1960 começam a surgir questionamentos acerca do objeto profissional e do caráter conservador da profissão, de modo que se percebe a necessidade de aprofundamento das técnicas e teorias que fundamentavam o Serviço Social (NETTO, 2008). Conseqüentemente, o Serviço Social tradicional começa a ser repensando tanto no âmbito da América Latina através do Movimento Latino Americano de Reconceituação e de maneira mais particular no Brasil por meio do processo de Renovação. O Movimento Latino Americano de Reconceituação, desencadeado em 1965 pelo I Seminário de Serviço Social que foi realizado em Porto Alegre, representou a articulação profissional no continente pela “construção de um Serviço Social latino-americano” (IAMAMOTO, 2019, p. 445). Esse movimento perdurou até 1975 com a realização de outros seis seminários no Uruguai, Chile, Bolívia, Argentina e Peru. Além disso, apesar das diferenças entre as tendências nos países, tinham como eixos em comum a preocupação com o caráter científico e político da intervenção, sendo apontada a fragilidade teórica dos métodos anteriormente utilizados (IAMAMOTO, 2019).

Com relação ao Brasil, a Reconceituação foi marcada por diferentes tendências de renovação presentes ao longo da ditadura civil- militar, sendo permeada por rupturas e por reatualizações do conservadorismo presentes na profissão (NETTO, 2008). Foi um processo complexo e heterogêneo e, conforme Netto (2008), podem ser separadas em três vertentes teórico-metodológicas, sendo essas: Perspectiva Modernizadora, Perspectiva de Reatualização do Conservadorismo e Perspectiva de Intenção de Ruptura. A Perspectiva Modernizadora se vinculou as ideias da autocracia burguesa, utilizava como fundamentação teórica o funcionalismo e posteriormente com enfoque sistêmico, cuja finalidade da intervenção era a integração social, garantindo a manutenção da ordem social (NETTO, 2008). A de Reatualização do Conservadorismo propunha a retomada do pensamento católico tradicional subsidiando-se teoricamente na fenomenologia, sendo que a intervenção era voltada para a subjetividade e os aspectos psicossociais dos indivíduos (NETTO, 2008).

A perspectiva de Intenção de Ruptura com o Serviço Social tradicional, pelo contrário, produz uma crítica mais sistemática ao conservadorismo e à tradição positivista presente na profissão NETTO, 2008). Emerge com a formulação do método de BH cuja origem está vinculada à Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais (BATISTONI, 2017). Essa experiência, que ocorreu entre os anos de 1972 a 1975, permitiu uma maior aproximação com as lutas e mobilizações sociais, sendo pensando na articulação entre a intervenção profissional e os interesses da classe trabalhadora. Esse método formulou uma estrutura teórico-metodológica que pensava na relação entre teoria e prática a partir do contato com a teoria marxista (ainda que de maneira eclética e vulgar), criticando o caráter conservador e dicotômico na compreensão da realidade social (BATISTONI, 2017). Por fim, aponta-se que a intenção de ruptura terá maior repercussão no processo de redemocratização do país (NETTO, 2008), influenciando na formulação do projeto profissional atual.

Panozzo (2009) aborda que tais aspectos repercutiram no trabalho da Assistente Social na Saúde, havendo processos de conscientização e de politização. Além disso, na área da saúde mental ocorreu ações de questionamento ao caráter burocrático da intervenção nos hospitais psiquiátricos, envolvendo a criação de comunidades terapêuticas dentro dessas instituições, o que representou uma tentativa de democratização na relação entre usuários(as) e profissionais (VASCONCELOS, 2010). Contudo, de maneira mais geral, a profissão no setor saúde é marcada pela vertente modernizadora (BRAVO; MATOS, 2006), desta forma, seguiu correspondendo aos interesses da burguesia, contribuindo para o projeto de desenvolvimento econômico do país e para a integração social da classe trabalhadora a esse processo.

Nesse sentido, a profissão fazia parte das equipes interprofissionais, sendo que suas ações tinham caráter burocrático, com ênfase nas técnicas interventivas, colaborando com diagnósticos e práticas curativas, na concessão de benefícios e na psicologização das relações sociais (BRAVO; MATOS, 2006). No que se refere ao trabalho na saúde mental há uma ampliação de práticas terapêuticas e de terapias de famílias, utilizando o referencial da psicanálise (PANOZZO, 2009). Além disso, há um aumento da contratação de Assistentes Sociais nos hospitais psiquiátricos (BISNETO, 2005), sendo um efeito da expansão dessas instituições através do financiamento do INAPS e do Estado.

A década de 1980 é marcada por grandes mobilizações sociais, greves operárias e, conforme trazido no capítulo anterior, pelas discussões em torno da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. No que se refere ao âmbito da categoria profissional, o processo de luta pela redemocratização esteve articulado com importantes avanços na tendência de intenção de ruptura ao conservadorismo presente na profissão. Cita-se como marco o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (1979), também conhecido como “Congresso da Virada” porque modificou os rumos do encontro, sendo alterados os componentes das mesas, as programações e os homenageados, que anteriormente eram dirigentes da ditadura civil-militar (BRAVO, 2009). Acrescenta-se a esses aspectos, a análise de Yamamoto (2019) acerca do significado desse congresso, compreendendo que expressou o acúmulo político e organizativo da categoria, anunciando-se “a virada” dos compromissos políticos com as classes dominantes” (p. 441) para articular-se aos interesses dos(as) trabalhadores(as). A maturidade da intenção de ruptura também manifestou-se no âmbito da formação profissional através da interlocução com o marxismo, avançando-se nos fundamentos e no debate da dimensão política do trabalho profissional. Cita-se como exemplos, o reconhecimento das Assistentes Sociais enquanto trabalhadoras assalariadas e do entendimento das políticas sociais enquanto polo de disputa de interesses das classes sociais que compõem a sociedade (IAMAMOTO, 2019). Por fim, o acúmulo desses processos, culminou com a revisão das Diretrizes Curriculares em 1982 e, posteriormente, em 1996 (BRAVO, 2009), aspectos que serão destacados no item subsequente.

3.2 O Projeto Ético-Político do Serviço Social e os desafios presentes na política de Saúde Mental

O acúmulo do processo de intenção de ruptura está materializado na formulação do projeto ético-político que expressa a autoimagem da categoria de Assistentes Sociais. É composto pelo Código de Ética de 1993, pela Lei que Regulamenta a Profissão e pelas Diretrizes Curriculares (IAMAMOTO, 2012). Nele há uma recusa e crítica ao conservadorismo presentes na profissão, de modo que são formulados um conjunto de valores, objetivos, funções, normas e bases para as relações com os usuários e com as

instituições. Define-se que o trabalho é junto à classe trabalhadora, contribuindo para o seu acesso aos direitos sociais; há também um conjunto de princípios que orientam o trabalho em favor da liberdade, da autonomia, da cidadania, da emancipação humana e da construção de uma nova ordem societária (CFESS, 1993). Além disso, o direcionamento do trabalho é alterado, conforme o trecho seguinte:

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 precisem 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)

Rompe-se com a intervenção sobre os indivíduos no sentido do seu ajustamento

¹³. Há uma busca pela compreensão da totalidade social, entendendo que a contradição entre a riqueza socialmente produzida e a sua apropriação privada gera um conjunto de desigualdades que se materializam na vida da população. Desta forma, o trabalho profissional se dá no âmbito das relações sociais cujo objeto profissional corresponde às expressões da questão social vivenciadas pela população usuária.

[...] apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2015, p.27).

A partir de tal perspectiva, entende-se que o modelo de desenvolvimento econômico no capitalismo estrutura as relações sociais de maneira histórica, desigual e socialmente determinada. Essa dinâmica gera um conjunto de desigualdades que são de ordem material, econômica, social, política, cultural (YAZBEK, 2001). Nesse sentido,

¹³ O processo de intenção de ruptura realiza uma crítica à abordagem psicossocial presente na intervenção do Serviço Social de Caso, rompendo com a noção de subjetividade vinculada à Psicologia do Ego. Contudo, convém pontuar a análise de Vasconcelos (2010) acerca desse processo, pois identifica que essa crítica foi como unilateral. Aponta que “[...] ao criticar com razão a abordagem da subjetividade hegemônica no Serviço Social pré-reconceituação, praticamente a identificou como única opção disponível de abordagem da temática, acabando por reproduzir um processo de recalçamento dos temas da subjetividade [...]” (VASCONCELOS, 2010, p.201).

as expressões da questão social afetam a vida da população usuária nas suas condições objetivas e subjetivas, manifestam-se no cotidiano da população (YAZBEK, 2001). Por exemplo, as desigualdades sociais expressam-se no não acesso a bens e serviços como saúde, educação, transporte, cultura, no desemprego e na precarização dos trabalhos, na pobreza, na exclusão e entre tantas outras dimensões. Por outro lado, a questão social também contempla as resistências que os indivíduos constroem, pois “[...] sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem” (IAMAMOTO, 2015, p.28).

O trabalho também passa a ser uma categoria central para compreender a realidade no âmbito da produção e da reprodução das relações social. Além disso, o Serviço Social é entendido como uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, reconhecendo-se o caráter assalariado e de integração a processos de trabalho (IAMAMOTO, 2015). Por fim, ação profissional é situada em seu caráter ontológico (natureza do trabalho em sua apreensão histórica) e teleológico (projeção de um resultado a partir de uma determinada finalidade), composta por uma dimensão concreta que corresponde à função social do trabalho e uma dimensão abstrata que envolve o tempo de trabalho despendido na execução da atividade (MARX, 2013).

O método e a teoria em Marx tornam-se a matriz explicativa da realidade que sustentam as principais formulações teóricas contemporâneas do Serviço Social (CLOSS, 2015). Assim sendo, apreende-se o real em seu caráter processual e dialético e, além disso, situa-se a profissão em seu significado sóciohistórico (CLOSS, 2015). Com relação ao direcionamento social da intervenção, conforme trazido anteriormente, fundamenta-se no Projeto Ético-Político que se relaciona aos princípios de liberdade, de autonomia, de cidadania e de emancipação humana (NETTO, 2006). Dessa forma, esse projeto profissional congrega opções éticas, políticas e ideológicas, articulando-se a um projeto societário que é livre de exploração, dominação e discriminação (NETTO, 2006). Portanto, conforme aponta Closs (2015), a questão social, o trabalho, a teoria e o método em Marx, a história e o Projeto Ético-Político são dimensões centrais aos fundamentos do Serviço Social e, nesse sentido, perpassam as competências profissionais.

Acerca das competências profissionais, segundo Lewgoy (2010), são formadas pelas dimensões ético-política, teórico- metodológica e técnico-operativa. Contudo,

apesar dessa separação, devem ser compreendidas de forma indissociável umas das outras. Ressalta-se também que as competências profissionais não se restringem a um conjunto de habilidades ou técnicas necessárias para a execução do trabalho, mas expressam as respostas que a profissão constrói frente às requisições institucionais e às demandas sociais subsidiadas pelos fundamentos da profissão (CLOSS, SERQUEIRA, PACHECO, 2017).

A dimensão ético-política está atrelada à finalidade das ações, ou seja, expressa o direcionamento social do trabalho que é a partir de uma perspectiva de afirmação de direitos (LEWGOY, 2010) e de valores com caráter emancipatório. Em relação a este aspecto, considera-se importante destacar que existem pontos em comum entre os princípios do Código de Ética e os valores defendidos pela Reforma Psiquiátrica, tais como a defesa dos direitos humanos, da cidadania e da liberdade. Nesse sentido, compreende-se que a profissão possui um compromisso ético e político com a concretização da Reforma Psiquiátrica, defendendo o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e da ampliação dos serviços da RAPS.

A dimensão teórico-metodológico está atrelada a visão crítico-analítica da realidade e da profissão e fundamenta-se na teoria social marxista. Nela, o real é compreendido de maneira dialética e em suas múltiplas determinações, havendo o movimento de superar o aparente, situando os fenômenos sociais de maneira histórica e contraditória (LEWGOY, 2010). Também envolve o conhecimento da matéria de Serviço Social, que é a questão social, apreendendo as múltiplas expressões da questão social nas particularidades que assumem no espaço sócio-ocupacional (CLOSS, SERQUEIRA, PACHECO, 2017).

E por fim, a dimensão técnico-operativa envolve a execução de uma determinada ação, composta por instrumentos e por técnicas. Essa dimensão materializa os fundamentos ético-político e teórico-metodológicos da profissão, correspondendo ao “espaço de operacionalização do conhecimento e da ética” (LEWGOY, 2010, p. 169).

O trabalho na saúde, assim como nos demais espaços sócio-ocupacionais, é orientado pelo Projeto Ético-Político e tem como objeto de intervenção as expressões da questão social. A partir da Reforma Sanitária formulou-se uma compreensão mais ampla do conceito de Saúde, identificando que existem condicionantes e determinantes

sociais para o processo saúde- doença, de modo que as condições de saúde dependem do patrimônio biológico, das condições sociais, econômicas e ambientes em que se vive, do estilo de vida e do resultado das intervenções médico- sanitárias (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Nesse sentido, a partir dessa concepção diferentes profissões integram a política de Saúde e de Saúde Mental, sendo que o Assistente Social identifica os determinantes culturais, sociais e econômicos que influenciam no processo saúde- doença (MATOS, 2013).

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) também representam um importante documento de direcionamento para a profissão nesse setor, havendo um movimento de superar o caráter burocrático, curativo e de psicologização das relações sociais. Apontam quatro grandes eixos de trabalho para as assistentes sociais inseridas no âmbito da saúde, que correspondem a: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). O *atendimento direto aos usuários* envolve a realização de ações socioassistenciais e socioeducativas, identificação do perfil socioeconômico da população, facilitação e ampliação do acesso aos direitos sociais e aos serviços (CFESS, 2010). Os *processos de mobilização, participação e controle social* tem a finalidade de contribuir para a organização da população enquanto sujeitos políticos, incentivando o caráter democrático da construção do SUS e a participação em conselhos de saúde (CFESS, 2010). Os *processos de investigação, planejamento e gestão* envolvem a participação do Assistente Social nos espaços de planejamento e de gestão no âmbito da Seguridade Social (CFESS, 2010). Por fim, o *eixo de assessoria, qualificação e formação profissional* visa o aprimoramento profissional a fim de garantir maior qualidade dos serviços prestados ao usuário, ou seja, envolve o repensar das ações profissionais (CFESS, 2010).

Por outro lado, apesar dos avanços no direcionamento para a profissão e da formulação das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil a partir do SUS, há dificuldades na incorporação e na efetivação dos princípios da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e do projeto ético-político no cotidiano do trabalho no âmbito da saúde. Por exemplo, Bravo e Matos (2006) abordam sobre estes aspectos, citam como exemplos posicionamentos das assistentes sociais que defendem a construção de um

saber específico na saúde, como o Serviço Social Clínico que enfoca as intervenções atreladas à subjetividade da população usuária. Por fim, com relação a esses posicionamentos, apontam que podem resultar na negação da formação em Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2006) e, por conseguinte, no afastamento do projeto ético-político da profissão.

O debate em torno da subjetividade é uma temática que emerge na inserção do Serviço Social na saúde mental (ROBAINA, 2010; SCHEFFER, 2007). Com a reforma psiquiátrica há uma maior atenção à subjetividade da população usuária, também surgem concepções de projeto terapêutico singular, de oficinas terapêuticas e de atenção psicossocial. Por vezes, as assistentes sociais que trabalham nesse campo têm dificuldade de identificar o objeto profissional (questão social) bem como o objetivo da intervenção (ampliação do acesso aos direitos sociais), ocorrendo uma inversão entre os dois (SCHEFFER, 2007). Tais aspectos foram vivenciados pela autora deste trabalho no seu processo de estágio obrigatório em Serviço Social, pois havia o desafio de trabalhar com grupos - que na saúde mental teria um objetivo terapêutico - e ao mesmo tempo, manter o direcionamento ético-político da profissão. Em relação a isso, destaca-se que há discussões em torno do trabalho e da identidade profissional do Serviço Social na saúde mental¹⁴, abordando-se acerca da inserção no campo psicossocial, das particularidades e das dificuldades enfrentadas. Pontua-se que as análises enfocam em diferentes aspectos, desta forma, serão destacados alguns pontos que possuem relação com o trabalho nos CAPS.

O *primeiro ponto* refere-se à diferenciação entre campo de atenção psicossocial e paradigma psicossocial. Em linhas gerais, destaca-se a distinção desses conceitos feita por Costa, Yassi e Luzio (2003), sendo que entendem que paradigma psicossocial, ou também chamado de paradigma psiquiátrico, sustentou as práticas asilares e manicomiais, havendo um enfoque no tratamento de doenças e problemas a partir de uma lógica disciplinar e de reabilitação (COSTA; YASSI; LUZIO, 2003). Contrapondo-se a essa concepção, defendem a atenção psicossocial, pois identificam que emerge com a Reforma Psiquiátrica e assume o compromisso ético e político com os direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental. Dessa forma, na atenção

¹⁴ Dentre autores e autores que discutem em torno desta temática, destaca-se: BISNETO (2005); GENTILLI (2011); PANOZZO (2009); ROBAINA (2010); SCHEFFER (2007) e VASCONCELOS (2010).

psicossocial, o enfoque deixa de ser a doença mental e passa a ser a promoção de saúde (COSTA; YASSI; LUZIO, 2003).

A partir da ótica do Serviço Social acerca dessa diferenciação, Scheffer (2007) aponta que a categoria psicossocial está relacionada a uma concepção ampliada de saúde, compreendendo que além do aspecto biológico, as dimensões sociais, psicológicas e culturais incidem sobre o processo saúde/sofrimento mental. Atrelada a esta percepção, Robaina (2010) discute sobre as possibilidades do trabalho da assistente social no campo de atenção psicossocial, cita ações relacionadas à assistência, moradia, trabalho, participação social e da cidadania dos (as) usuários (as) da saúde mental. O paradigma psicossocial, pelo contrário, se sustenta em uma atividade clínica e envolve a realização de práticas terapêuticas cujas intervenções fundamentam-se nos saberes “psi” (ROBAINA, 2010). Esse enfoque está atrelado ao chamado Serviço Social Clínico, de modo que as Assistentes Sociais possuem especialização em abordagens clínicas (como terapias holísticas, terapia de família, terapia sistêmica), realizando terapia com indivíduos, grupos e famílias através do estabelecimento de um contrato terapêutico (CRESS-RJ, 2009). Assim sendo, as intervenções são voltadas para as relações e os conflitos interpessoais sem haver uma maior correlação com aspectos macrossociais, de forma que o trabalho é mais voltado para a subjetividade da população usuária (CRESS-RJ, 2009).

O paradigma psicossocial esteve presente na história da profissão através do Serviço Social de Caso, sendo que com a construção do projeto ético-político deixou de ser a vertente orientadora da intervenção. Convém ainda ressaltar que a definição de paradigma psicossocial apontada por Costa, Yassi e Luzio (2003) dialoga com a noção presente no processo de profissionalização do Serviço Social no Brasil, uma vez que há semelhanças no que se refere à adequação (reabilitação) e ao tratamento do problema psicossocial. Apesar da superação, essa tendência histórica permanece, de modo que o debate em torno do Serviço Social Clínico e do paradigma psicossocial seguem em disputa na categoria profissional. Frente a isso, considera-se importante destacar alguns acúmulos da profissão em relação a esse tema. Nos anos de 2003 e 2004 o Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro (CRESS) realizou discussões sobre o Serviço Social Clínico, discutindo se práticas terapêuticas seriam atribuições da profissão e da sua relação com os direcionamentos projeto ético-político (CRESS, 2009)

Nesses encontros o CRESS- RJ posicionou-se contra esse paradigma por compreender que existe uma reatualização do Serviço Social conservador, havendo um enfoque na operacionalização da intervenção sem que seja subsidiada nos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão (CRESS, 2009). Outro marco importante foi a publicação da resolução nº 569, de 25 de março de 2010¹⁵, que veda a realização de terapias associadas ao título de Assistente Social, demarcando que a psique não faz parte do objeto profissional. Contudo, tal posicionamento não quer dizer que a categoria negue o trabalho com indivíduos, famílias e grupos ou mesmo que deixe de considerar a subjetividade e a singularidade, conforme o seguinte trecho:

O entendimento do indivíduo simultaneamente como ser genérico e singular nos remete a considerar tanto as determinações societárias que possibilitam identificar a existência de um profundo processo de desigualdade social, como também valorizar, dentre muitas outras, as dimensões de gênero, raça/etnia, orientação sexual e geração. Historicizados em seu tempo histórico e em suas condições de vida e de trabalho, os usuários com os quais trabalhamos são pessoas concretas, com sonhos, desejos, frustrações e buscas incessantes para assegurar possibilidade de continuidade da vida em tempos de barbárie produzida pelo sistema do capital (CFESS, 2010, p.11).

A partir da citação percebe-se que a compreensão do indivíduo e da sua subjetividade está articulada à totalidade da realidade social objetiva e das determinações sociais nela existentes. Neste sentido a intervenção não se restringe a dimensão individual, apesar de haver implicações para a subjetividade destes sujeitos. Porém, o objeto profissional está relacionado com as respostas dadas às expressões da questão social, processo que envolve a identificação das necessidades sociais da população usuária e a viabilização de direitos sociais (CRESS, 2009).

O debate, a partir de uma perspectiva crítica, em torno do campo psicossocial, paradigma psicossocial e, até mesmo do Serviço Social Clínico, são importantes a fim de estabelecer um limite para a intervenção do Serviço Social na saúde mental no que se refere à subjetividade e ao terapêutico. Scheffer (2007) e Robaina (2010) apontam que as Assistentes Sociais - ao não terem clareza dessas distinções – podem acabar por restringir as ações profissionais. Por exemplo, Scheffer (2007) cita a resistência das profissionais recém-formadas em Serviço Social na participação de oficinas terapêuticas

¹⁵ CFESS. Resolução no 569, de 25 de março de 2010- Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

existentes nos CAPS por entenderem enquanto um possível retorno ao conservadorismo presente na profissão. Robaina (2010), dialogando com tais percepções, compreende que ocorre uma limitação das intervenções profissionais, sendo restringidas a ações sócio assistenciais. Por fim, destaca-se a necessidade de ampliar as discussões em relação às possibilidades do trabalho na saúde mental uma vez que há uma hegemonia dos saberes “psi” nesse campo (ROBAINA, 2010; GENTILLI, 2011), tendência já presente anteriormente, sendo que o desafio para a profissão é fazer a interlocução com o campo psicossocial a partir do projeto ético- político do Serviço Social.

O *segundo ponto* está relacionado à interface entre questão social e os sofrimentos mentais. Conforme abordado anteriormente, o conceito de questão social expressa “[...] disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnicas-raciais e formações regionais [...]” (IAMAMOTO, 2001, p. 17). Nota-se assim que a divisão da sociedade em classes sociais no capitalismo não afeta unicamente a condição econômica das pessoas, mas estrutura a sociabilidade a partir de relações desiguais e traz impactos para as condições materiais e subjetivas da população. Yazbek (2010) analisa as consequências da organização do sistema capitalista para as classes subalternas e aponta que são trajetórias marcadas por opressões, humilhações, pobreza e pelo “[...] sofrimento expresso nas falas, nos silêncios, nas expressões corporais, nas linguagens, além dos discursos” (YAZBEK, 2010, p. 153). Portanto, percebe-se que a vivência diária de um conjunto de desigualdades sociais impacta nas formas de vida desses sujeitos, sendo que estas experiências podem lhe causar sofrimento mental.

A pesquisa bibliográfica intitulada *Concepções de Subjetividade na produção de conhecimento do Serviço Social* também apontou para tais aspectos, sendo discutido sobre os impactos da sociedade capitalista para as condições objetivas e subjetivas das pessoas. Apesar da diversidade das temáticas¹⁶, de maneira geral, as análises abordavam sobre a centralidade do trabalho na constituição do ser humano genérico, apontando a relação dialética entre a constituição da objetividade e da subjetividade. Além disso,

¹⁶ Dentre as temáticas abordadas, articulou-se a subjetividade com: o racismo (JESUS; COSTA, 2017); as desigualdades sociais (GENTILLI, 2011); as metamorfoses do trabalho e o adoecimento mental (CAMPOS, 2017); a influência do pensamento de Paulo Freire no Serviço Social (SCHEFFER, 2013); e interface com a psicanálise a partir de Freud (DUARTE, 2010).

discutiam sobre o processo de exploração e de subordinação do indivíduo (nas suas condições objetivas e subjetivas) ao modo de produção capitalista, sendo que algumas autoras analisavam as particularidades presentes no capitalismo manipulatório. Acerca desse modelo, compreendem que há um agravamento das desigualdades sociais e, dentre as consequências, destacam a crescente desumanização das relações humanas, o individualismo e o adoecimento mental das pessoas. Por fim, com relação aos materiais pesquisados, destaca-se a análise de Gentilli (2011) que estabelece uma relação entre as desigualdades sociais e a manifestação de sofrimentos mentais, trazendo uma definição de subjetividade atrelada às condições sociais.

As transformações da vida social incidem sobre a subjetividade dos indivíduos, ao afetarem profundamente as relações sociais, mas não de maneira mecânica e linear. Existe um complexo emaranhado de mediações sociais, econômicas e culturais que organizam as consequências para a saúde mental e para a subjetividade humana. A exclusão de um enorme contingente de trabalhadores das condições dignas de trabalho, moradia, saúde e educação historicamente tem corrompido a capacidade desses de se construírem como sujeitos emancipados, conscientes de suas condições de vida e de seus carecimentos (GENTILLI, 2011, p.216-217).

Nesse sentido, Gentilli (2011) compreende que subjetividade é construída a partir de determinadas relações sociais que estão situadas em um determinado tempo histórico. Além disso, aponta que a globalização e, a conseqüente intensificação das desigualdades sociais, trazem efeitos para a constituição subjetiva dos indivíduos, tendo como uma das expressões a manifestação de sofrimentos mentais. Acerca dessa interface, destaca-se os os dados da Organização Mundial de Saúde (2017) que demonstram o crescente adoecimento mental da população. Analisam que entre os anos de 2005 a 2015 houve um aumento no número total de pessoas no mundo com depressão (18,4%) e com ansiedade (14,9%), sendo que no Brasil no ano de 2015 havia 5,8% e 9,3% do total da população com estes respectivos sofrimentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Tais dados foram percebidos nos acolhimentos feitos no CAPS II, ao longo do período de estágio obrigatório foi ocorrendo um aumento do número de usuários (as) com queixas relacionadas a insônia, ansiedade e fadiga. Considera-se que a manifestação destes sintomas também está relacionada com a precariedade nas condições de vida, sendo histórias marcadas pela fragilidade nos vínculos familiares,

desemprego e informalidade no trabalho, baixa- escolaridade e violências. Nesse sentido, a Assistente Social na saúde mental pode ampliar as discussões sobre os determinantes sociopolíticos do adoecimento mental (GENTILLI, 2011). Esse campo não está dissociado da concepção ampliada de saúde e então, é preciso avançar na compreensão da relação entre as condições sociais de vida da população com a manifestação de sofrimentos mentais.

Daí decorre a importância do projeto profissional na afirmação de um norte para o trabalho profissional, que se realiza no marco das relações entre sujeitos sociais coletivos, entre classes sociais. Supõe reconhecer as condições e relações sociais particulares nas quais se realiza o trabalho profissional, mediado pelo assalariamento. (CRESS, 2009, p.63).

Por fim, ressalta-se que o campo da saúde mental possui particularidades, tais como a compreensão do que significa a concepção de social e de sofrimento mental presentes nessa área. Acerca disso, destaca-se que nos encontros realizados pelo CREES- RJ sobre o Serviço Social Clínico foi falado do sofrimento psíquico enquanto uma expressão de um sofrimento social (CRESS, 2009). Contudo, isso não quer dizer que a manifestação de um determinado adoecimento mental é explicada unicamente pelo aspecto social, pois há diferentes dimensões que incidem sobre o processo saúde/sofrimento mental. Portanto, é preciso desvendar como as expressões da questão social materializam-se nos serviços de saúde mental, compreendendo a interface da mesma com o crescente adoecimento mental da população.

O *terceiro aspecto* refere-se à dimensão teleológica do trabalho, ou seja, está atrelado ao direcionamento e à intencionalidade da intervenção. Vasconcelos (2010) compreende que há uma fragilidade de mediações teóricas e de instrumental metodológico adequados para o trabalho no campo da saúde mental, o que acaba por gerar algumas tendências para o trabalho. Por um lado, faz com que as assistentes sociais inseridas nessas áreas busquem esses subsídios no campo psi. Contudo, esses saberes são incorporados de maneira acrítica, o que pode levar ao afastamento dos referenciais teóricos da profissão (VASCONCELOS, 2010). Por outro lado, o autor (2010) também aponta que a partir da década de 1980 ocorreu uma busca por abordagens mais interdisciplinares e comprometidas politicamente e teoricamente com a desinstitucionalização. Porém, assim como na tendência anterior, compreende que

ocorre um afastamento da especificidade da profissão (VASCONCELOS, 2010), ou seja, do que constituiria a identidade profissional do Serviço Social. Pontua-se que as análises do autor são importantes no sentido de evidenciar uma segmentação presente no campo da saúde mental, demonstrando a necessidade de avançar na interlocução entre as particularidades da área com as competências ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas da profissão.

O estabelecimento dessa articulação se dá a partir de uma compreensão crítica acerca da saúde mental e das respostas que são dadas pela sociedade no que se refere ao cuidado das pessoas com sofrimentos ou transtornos mentais (BISNETO, 2005). A trajetória histórica da política de saúde mental é marcada pela exclusão e pela discriminação, sendo que a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica começam a ser repensadas as formas de atenção à saúde mental. Nessa forma de cuidado foi assumido o compromisso com os direitos de cidadania, de autonomia e de participação social cuja finalidade da atenção relaciona-se a reabilitação psicossocial e a reinserção social (BRASIL, 2011). Há um consenso entre os(as) autores(as) estudados(as) de que os princípios da Reforma Psiquiátrica dialogam com o Projeto Ético-Político da profissão, mas apontam para a necessidade de reflexão sobre como construir essa articulação. Bisneto (2005) destaca a importância do avanço nas bases teórico-metodológicas da profissão no campo da saúde mental, por exemplo, questiona qual a concepção de cidadania defendida na reabilitação psicossocial, o tipo de escuta, de acolhimento e de cuidado desenvolvidos. Considera-se que essas colocações do autor são necessárias porque são aspectos presentes no cotidiano de trabalho do CAPS e que estão em disputa pelos diferentes direcionamentos das profissões. Pontua-se que o trabalho da Assistente Social fundamenta-se a partir perspectiva de ampliação do acesso a direitos, da identificação das necessidades da população usuária e do trabalho com ações sócio-educativas (CFESS, 2010).

O direcionamento da intervenção a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do projeto ético-político sofre os impactos das políticas neoliberais e da cultura conservadora fortemente presente na sociedade brasileira. Há uma significativa redução das funções do Estado no financiamento e na execução de políticas públicas (YAZBEK, 2001). Vivencia-se um período de desmonte da saúde pública, existindo uma lógica de focalização dos serviços para a população mais pobre, o que acaba por descaracterizar o

SUS enquanto política social de caráter universal. Há muitos desafios postos no cotidiano de trabalho para a profissão e frente às limitações é preciso criar estratégias que aos poucos vão concretizando o projeto ético- político, fortalecendo a relativa autonomia profissional em articulação com demais profissões, população usuária e movimentos organizados na sociedade. A partir do processo de estágio obrigatório em Serviço Social, identificou-se como uma possibilidade de enfrentamento o trabalho com grupo discussão que será abordada no capítulo seguinte.

4 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS: um olhar a partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social

[...] o que pressupõe o necessário reconhecimento de que, sem a articulação entre razão e sensibilidade, não avançamos em processos que se queiram transformadores (PRATES, 2007, p.12).

Este capítulo tem a finalidade de abordar a inserção do Serviço Social no CAPS II-GHC (também denominado de CAPS II- Bem Viver) a partir do olhar da autora, sendo relatado a experiência vivida ao longo do período de 2017 a 2019 (foram dois anos em razão da interrupção do estágio obrigatório para realização da mobilidade acadêmica). Primeiramente é feita uma breve caracterização do serviço e da população usuária, apontando-se alguns dados e informações que permitem apreender as demandas desses sujeitos, bem como, as respostas formuladas pela equipe. Posteriormente, debate-se sobre a noção de terapêutico balizada pela Reforma Psiquiátrica e pelo paradigma psicossocial, explicitando a concepção defendida por este trabalho. Em um segundo momento, apresenta-se a inserção do Serviço Social na Oficina de Escrita e procura-se estabelecer uma relação da arte enquanto matéria-prima de trabalho da profissão e também como um instrumento de intervenção. Por fim, descreve-se a execução do Projeto de Intervenção realizado pelo autora, destacando-se as temáticas, os objetivos dos encontros e algumas falas/escritos dos(as) usuários(as) com a finalidade de identificar a relação entre os efeitos terapêuticos e as reflexões sobre a saúde mental enquanto direito humano e de cidadania.

4.1 A inserção do Serviço Social no CAPS II-GHC e a arte como instrumento de intervenção

O CAPS II-GHC é um serviço especializado em saúde mental, integra-se ao nível de média complexidade da organização do SUS e é vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição¹⁷ (GHC). A origem do complexo GHC data da década de 1960 com a criação

¹⁷ O complexo GHC é formado pelos Hospitais Nossa Senhora Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, pela Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, pelas doze Unidades de Saúde, por três CAPS (divididos em Adulto, Infantil e Álcool e outras drogas), pelo Consultório na Rua e pelo Centro de Educação e Tecnologia e Pesquisa em Saúde (Escola GHC) (FISCH; ARAUJO; PEREIRA, 2017).

da Casa de Saúde Nossa Senhora Conceição que tinha a finalidade de promover a assistência médica às pessoas da terceira idade de maneira privada. Posteriormente, reconheceu-se a utilidade pública da instituição, desse modo, o controle das ações passou a ser exercido pela União Federal e pelo Ministério da Saúde. Convém ainda ressaltar que desde o ano de 2004, o complexo GHC se tornou 100% SUS, seguindo os seus princípios e diretrizes.

O surgimento do CAPS II-GHC ocorre em 2005 através da equipe oriunda do Hospital Dia¹⁸, sendo que os(as) profissionais desse serviço perceberam que os atendimentos ofertados não davam conta das necessidades e demandas da população usuária. Frente a tais percepções, estes (as) trabalhadores (as) elaboraram um projeto para a criação do CAPS II-GHC que tinha o objetivo de *ofertar o atendimento amplo e integral para as pessoas com sofrimento mental mantendo o vínculo com a sociedade e reduzindo o número de internações psiquiátricas*¹⁹. Somando-se a isso, o contexto da política de saúde mental no Brasil da época corroborou para a concretização do projeto, período em que foram aprovadas leis e normas prevendo a construção de serviços substitutivos ao manicomial, conforme apontado no segundo capítulo.

A equipe do serviço é multidisciplinar, formada por profissionais de Arte Terapia (1), Serviço Social (1), Psicologia (2), Psiquiatria (3), Terapia Ocupacional (1), Enfermagem (4, sendo que duas profissionais são técnicas), Técnicos (as) Administrativos (as) (2), Residentes e estagiários (as). Considera-se importante destacar que a Assistente Social presente na instituição esteve presente desde o processo de transição do Hospital Dia até a formulação atual, tendo participado da construção do CAPS II-GHC.

A área de abrangência do serviço é a Região Norte e o Eixo Baltazar, território composto, atualmente, por uma população de aproximadamente 270 mil habitantes. Com relação aos serviços de saúde presentes nessa localidade, são formados por 10

¹⁸ Há diferentes modalidades de Hospital Dia que, no caso da Saúde Mental, corresponde a assistência intermediária entre a internação psiquiátrica e o atendimento ambulatorial. Com relação ao Hospital Dia-Saúde Mental do GHC era um serviço localizado dentro do Hospital Nossa Senhora Conceição e era vinculado à gerência da internação psiquiátrica. Atendia diariamente 15 usuários da Saúde Mental na modalidade de grupos e de atendimentos individuais.

¹⁹ Esse objetivo foi retirado do projeto de criação do CAPS II-GHC que foi acessado durante o período de estágio obrigatório em Serviço Social, não sendo encontrado de maneira pública.

UBS, 11 ESF e 12 US do GHC²⁰ que são os serviços de atenção primária em saúde. Funcionam como a primeira forma de acesso ao cuidado em saúde e devem permanecer como o serviço de referência para o(a) usuário. Além disso, conforme apresentado no capítulo 3, integram a RAPS e possuem a responsabilidade de “[...] desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais [...]” (BRASIL, 2011). Assim sendo, as UBS/ ESF/ US representam o primeiro nível de atenção em saúde mental, de forma que quando essas necessidades extrapolam as funções e capacidades desses serviços são encaminhados para o ponto de atenção especializado, que são os CAPS.

Apesar da atenção básica integrar a RAPS, há dificuldades no que se refere ao cuidado em saúde mental, existindo relatos das próprias equipes profissionais de receio, insegurança e, até mesmo, resistência em relação a esse tipo de atendimento (BRASIL, 2013). Observa-se então, a necessária formação e suporte aos(às) profissionais desse nível de complexidade para que sejam capazes de identificar e de intervir sobre questões relacionadas ao sofrimento mental. Acerca disso, destaca-se o papel que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) possuem no matriciamento a esses serviços, realizando ações de qualificação, de apoio especializado e de suporte às necessidades, podendo construir conjuntamente espaços de educação permanente, de discussão de caso e de atendimento em conjunto (SANTOS; LANZA, 2014).

Os CAPS também exercem um papel estratégico nessa sensibilização através da articulação e da corresponsabilização entre os diferentes serviços da rede, possibilitando a efetivação de um cuidado integral e compartilhado (BRASIL, 2004). Acerca disso, o CAPS II-GHC é referência para 33 serviços da atenção primária e, assim sendo, por conta dessa quantidade de serviços referenciados, a equipe organiza-se em três sub-equipes. Dessa forma, cada uma delas é responsável pelo atendimento de onze unidades da atenção básica, sendo que nas três sub-equipes há pelo menos um(a) psiquiatra. Por fim, ressalta-se a importância de um olhar mais ampliado e resolutivo sobre esses aspectos na atenção primária porque há uma tendência no crescimento do número de casos de pessoas com depressão e ansiedade, podendo ser prevenidos e cuidados

²⁰ UBS- Unidade Básica de Saúde; ESF- Estratégia de Saúde da Família; US- Unidade de Saúde que são serviços geridos pelo GHC e contam com uma equipe multiprofissional ampliada composta também por Assistentes Sociais.

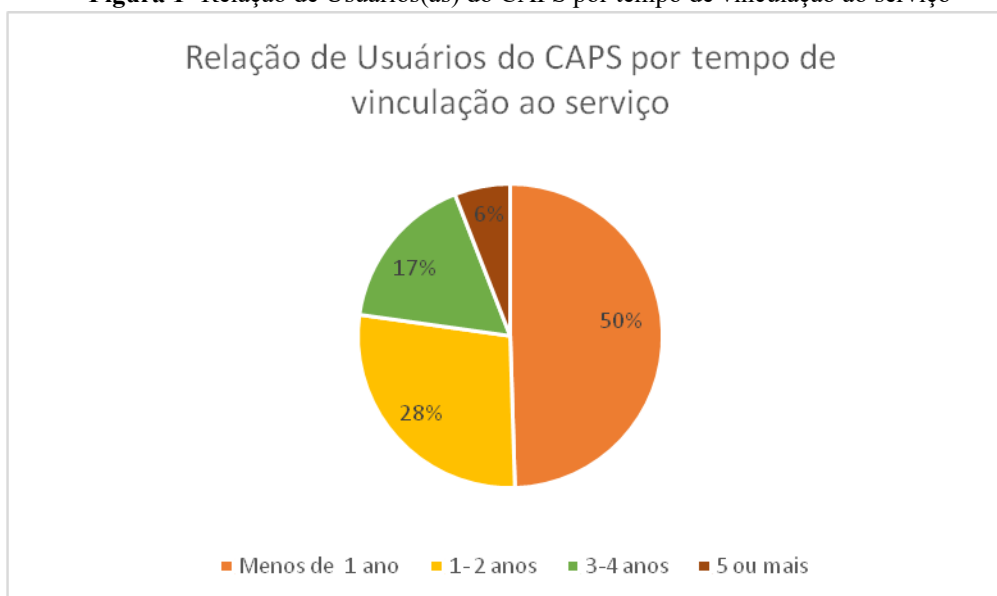
precocemente (BRASIL, 2013). Consequentemente, na medida em que se desenvolvem políticas e programas de prevenção ao adoecimento mental, há uma redução de casos manifestados de forma agravada e, com isso, deixa-se de onerar os CAPS com uma demanda de trabalho que excede a capacidade de atendimento.

A população atendida no CAPS II-GHC são jovens a partir dos 18 anos e adultos que apresentam sofrimentos mentais de intensidade moderada a grave cuja manifestação lhes causa dificuldade de exercer suas funções diárias e de viver com autonomia. Registra-se que no ano de 2017 havia 244 pessoas vinculadas ao serviço²¹, sendo que desse total 150 (61%) eram mulheres e 94 (39%) homens. Conforme o dado, há uma prevalência da população feminina, correspondendo a indicadores de outras pesquisas que também apontam maior risco de desenvolvimento de transtornos mentais em mulheres e da maior probabilidade de diagnosticá-las e de serem prescritos medicamentos (OMS, 2001; SANTOS, 2009; ZANELLO; SILVA, 2012). Compreende-se que tais aspectos possuem relação com os papéis atribuídos às mulheres socialmente (exercendo funções de mães, esposas, avós e cuidadoras) (SANTOS, 2009). Além disso, sofrem com a discriminação e com a violência de gênero, de forma que esse último aspecto é o fator central para a manifestação de sofrimentos mentais (SANTOS, 2009). Consequentemente, as relações sociais são permeadas por disparidades e desigualdades de gênero, conferindo especificidades no que se refere à manifestação do adoecimento mental²² e ao tipo de cuidado recebido na comparação entre homens e mulheres.

Com relação a idade da população atendida, a faixa etária de 36 a 54 anos correspondia ao público mais prevalente, que totalizava 125 pessoas, seguido da população jovem (18-27 anos), somando um total de 39 pessoas. Outro dado importante refere-se ao tempo de vinculação ao serviço, sendo mostrado na figura 1.

²¹ No estágio obrigatório em Serviço Social I foi acessada uma ficha que continha a relação de toda a população usuária com vínculo ativo no CAPS II-GHC até novembro de 2017. Nesse documento constavam as seguintes informações: gênero, idade, tempo de permanência no serviço e UBS de referência da pessoa.

²² Exemplificando tais diferenciações, destaca-se a maior prevalência de depressão, ansiedade, tristeza e angústia entre a população feminina e, por outro lado, maior incidência de internações psiquiátricas, alcoolismo, ideação suicida e suicídios na população masculina (SANTOS, 2009; ZANELLO; SILVA, 2012).

Figura 1- Relação de Usuários(as) do CAPS por tempo de vinculação ao serviço

Fonte: Dados elaborados pela autora (2017) com base na relação de usuários (as) inscritos(as) no cadastro do CAPS.

Nota-se que a maior parte da população usuária estava vinculada ao serviço entre menos de 1 ano até dois anos, totalizando 120 pessoas. Entre 1-2 anos havia 68 pessoas, de 3-4 somou-se 41 pessoas e, por fim, 15 pessoas estavam vinculadas de 5 anos ou mais. Considera-se que esse indicador é importante de ser analisado já que os CAPS não foram pensados enquanto o lugar em que o(a) usuário(a) será atendido(a) ao longo de toda a sua vida (BRASIL, 2004). Assim sendo, possuem a finalidade de atender as pessoas com sofrimentos mentais por um determinado tempo com o objetivo de trabalhar a reabilitação psicossocial, a reinserção social, a reconstrução de laços e a aquisição de processos mais autônomos e emancipatórios para que o atendimento em saúde seja continuado na atenção básica (BRASIL, 2004). Portanto, questiona-se qual o tempo necessário de permanência no serviço, uma vez que há usuários(as) vinculados(as) entre cinco anos ou mais.

Pontua-se que há diferentes aspectos que influem no maior tempo de vinculação ao serviço, tanto de caráter mais individual (a exemplo do nível de comprometimento psíquico do(a) usuário(a)) quando de dimensão mais coletiva e macro societária (como a dificuldade no acesso a outros direitos sociais). Acerca disso, destaca-se que a precarização e o sucateamento da política de saúde e de saúde mental, decorrente da ideologia neoliberal e do projeto de privatização da saúde, impacta diretamente no tipo

de serviço ofertado nos três níveis de complexidade o que acarreta em maiores dificuldades na efetivação de um cuidado universal e integral (BRAVO, 2006). De igual forma, ressalta-se que os determinantes sociais da saúde influem no processo saúde/sofrimento mental, sendo evidenciados, por exemplo, na prevalência de mulheres negras e sem vínculo empregatício enquanto grupo majoritário da Oficina de Escrita, conforme será apontado posteriormente. Frente a tais dificuldades e retrocessos, reitera-se a importância de que as ações das Assistentes Sociais nos CAPS estejam relacionadas ao enfrentamento das expressões da questão social, ao fortalecimento de intervenções interprofissionais e intersetoriais e ao incentivo da participação popular e do controle social (CFESS, 2010).

Os atendimentos em equipe são realizados principalmente nos acolhimentos²³, em que é feito um atendimento inicial com o(a) usuário(a) e seu familiar com a finalidade de conhecê-lo(a), de realizar uma triagem e de avaliar o quadro de sofrimento mental²⁴. Os atendimentos individuais podem ser feitos por todos os(as) profissionais, exceto os administrativos. Com relação ao Serviço Social não há um atendimento sistemático, mas ocorre principalmente por demanda espontânea através da solicitação da população usuária. Em relação a isso, percebe-se que a realização de atendimentos em um caráter mais contínuo pela Assistente Social, apesar da demanda de trabalho, permite um maior planejamento e acompanhamento do PTS do(a) usuário(a), ampliando-se o olhar sobre as suas condições socioeconômicas e a influência dos determinantes sociais no adoecimento mental.

Por fim, com relação às atividades em grupo, há a realização de oficinas terapêuticas de expressão plástica como a oficina de artes, de expressão corporal como a movimentando com saúde e de expressão verbal como a oficina de escrita. Acerca desses espaços, de acordo com o documento “*Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*”, são definidos da seguinte forma:

²³ A acolhida deve orientar a formulação e a organização dos serviços de atenção psicossocial uma vez que não se resume à triagem e à avaliação do sofrimento mental do(a) usuário(a) (DIAS, 2001 *apud* SCHEFFER, 2007). Desse modo, no atendimento inicial são expressas demandas e necessidades da população usuária, sendo planejado um plano terapêutico que guiará os atendimentos e permitirá o acompanhamento da equipe em relação a esses sujeitos.

²⁴ No CAPS II-GHC os acolhimentos são feitos por no mínimo dois(duas) profissionais de diferentes profissões e há um roteiro que orienta a entrevista que em um primeiro momento é com o usuário(a) e, posteriormente com seu familiar. Após esses dois momentos iniciais, discute-se sobre a situação e é traçado um plano terapêutico individual (PTS).

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, *tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania* (BRASIL, 2004, p.20, *grifos nossos*).

Compreende-se que a parte grifada expressa a intencionalidade das oficinas terapêuticas, relacionando-se a abordagem de sentimentos e de desenvolvimento de habilidades individuais dos sujeitos com o objetivo de trabalhar a reabilitação psicossocial²⁵, a reinserção social e a efetivação do exercício da cidadania (BRASIL, 2004). Convém pontuar que o conceito de reabilitação psicossocial congrega diferentes paradigmas, pois o significado do termo relaciona-se ao retorno, à reversão e à recuperação de capacidades psíquicas (o que reitera a lógica do binômio doença-cura). Contudo, a noção que assume, a partir da Reforma Psiquiátrica está atrelada a uma nova forma de cuidado em Saúde Mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) que não visa à reversão, mas sim a finalidade terapêutica. Acerca disso, conforme expresso na citação, pressupõe a articulação de duas dimensões, sendo estas: uma que é mais individual e provoca efeitos mais imediatos no sujeito (como por exemplo, propiciar uma forma diferenciada de lidar com o processo de saúde/ sofrimento mental); e outra que é mais coletiva e está atrelada à reflexão e à ampliação dos direitos sociais e de cidadania da população usuária. Assim sendo, não devem ser trabalhadas de modo desarticulado, mas de forma interdependentes, reconhecendo que as atividades promovidas no CAPS podem promover espaços de bem-estar individual, mas também devem fortalecer a autonomia, a participação social e a ampliação de cidadania.

Acerca da relação entre as oficinas terapêuticas e Serviço Social, retoma-se os questionamentos feitos no terceiro capítulo no que se refere ao diálogo entre os

²⁵ Costa, Luzio e Yassui (2003) tecem algumas considerações com relação à reabilitação psicossocial ao apontar que essa nomenclatura pode perpetuar práticas manicomiais e, nesse sentido, questionam se esse termo não representa um novo conceito para um velho significante. Portanto, fazem ressalvas ao seu uso e compreendem que seu entendimento deve estar em consonância com os direitos sociais e de cidadania (COSTA; LUZIO; YASSUI, 2003).

objetivos do serviço e a articulação com os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão. Identifica-se que um dos caminhos para essa interface parte da diferenciação entre a noção de terapêutico que balizou o processo de profissionalização do Serviço Social e a concepção de terapêutico que orienta as intervenções no campo da saúde mental. Assim sendo, destaca-se a compreensão de SCHEFFER (2007) sobre essa distinção, conforme o seguinte trecho:

Acreditamos ser importante distinguirmos e entendermos que o conceito de subjetividade e concepção de “terapêutico” que o Serviço Social Clínico utiliza é diferente do que atualmente se utiliza como referencial no campo da saúde mental orientado pela Reforma Psiquiátrica. Existem atualmente no campo da saúde mental inúmeros avanços referentes à concepção de “terapêutico” que está imbricada na ideia de um profissional responsável pelo acompanhamento e articulação com a equipe e os serviços internos e externos visando atender necessidades globais do usuário. Portanto, nesse aspecto, a concepção de apenas “projeto terapêutico” é ampliada significativamente, e não diz respeito a fazer uma terapia “psicológica” ou “psiquiátrica”, mas sim estabelecer vínculo e efetivo cuidado em saúde mental para a reinvenção e garantia da reprodução social do usuário (SCHEFFER, 2007, p.67, grifos nossos).

Dessa maneira, a noção de terapêutico balizada pela Reforma Psiquiátrica não é sinônimo de terapia, pois é um conceito mais amplo. Envolve uma postura ética que os(as) trabalhadores(as) da saúde mental estabelecem com a população usuária, pautando-se em relações de vínculo, cuidado, contratualidade²⁶, implicação subjetiva e recuperação (ampliação) dos direitos de cidadania dessas pessoas (COSTA; YASSI; LUZIO, 2003, p.14). Portanto, essa concepção não visa a adaptação ou o ajuste dos sujeitos, tendência presente no processo de profissionalização do Serviço Social e que segue em disputa através da sua reatualização pelo paradigma psicossocial e pela abordagem clínica. Por fim, destaca-se a necessidade de avançar na identificação dos efeitos terapêuticos (orientado pela Reforma Psiquiátrica) da intervenção do Serviço Social nos CAPS. A partir da experiência de estágio, percebeu-se que as intervenções possuem efeitos terapêuticos para a população usuária, percepção que será exemplificada no item subsequente.

Na instituição, o Serviço Social conduz a Oficina de Escrita, atividade que ocorre semanalmente com duração de aproximadamente 1h30 e com um número

²⁶ A contratualidade está relacionada ao estabelecimento, em conjunto, do Projeto Terapêutico Singular.

máximo de usuários(as) que participam regularmente. Com relação aos critérios para participação, há um único que se relaciona a necessidade de que a pessoa seja alfabetizada. Os encontros são feitos a partir de uma determinada temática e se utiliza de recursos como músicas, poemas e textos para que as pessoas possam falar das suas dores, esperanças e perspectivas.

Esse grupo é um instrumento de trabalho da profissão no CAPS II-GHC o que significa afirmar que representa um elemento mediador e potencializador da intervenção profissional (TRINDADE, 2001, p.3). Destaca-se que, conforme apontado no capítulo 3, os instrumentos fazem parte da dimensão técnico-operativa da profissão, expressando assim, a operacionalização das ações profissionais a partir das dimensões teórico-metodológica e ético-política (LEWGOY, 2010). Dessa forma, a utilização do instrumental de grupo e da escrita é balizada por um conjunto de valores, princípios e conhecimentos que fundamentam a intervenção e delimitam a sua finalidade, conforme expresso no seguinte trecho:

[...] as técnicas não são portadoras de uma capacidade imanente de alcançar determinados resultados, pois são mobilizados a partir da capacidade teleológica dos sujeitos, no sentido de pôr finalidades, a partir das necessidades presentes na realidade a ser transformada. Portanto há um conteúdo e uma direção social próprios ao uso das técnicas, que impossibilita qualquer consideração sobre uma possível neutralidade técnica (TRINDADE, 2001, p.6).

Nota-se então que a utilização de instrumentais parte das necessidades postas à profissão a partir do espaço sócio-ocupacional, de modo que a Assistente Social responde a essas demandas a partir de um determinado projeto profissional. Assim sendo, a formulação dessas respostas é mediada pelo instrumental e subsidiada pelas dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas (TRINDADE, 2001).

Acerca do significado de grupos para a profissão, conforme apresentado no capítulo 3, existiu o método de Grupo (também chamado de Serviço Social de Grupo) que era voltado para o desenvolvimento de certos comportamentos e de habilidades a partir de um viés adaptacionista e disciplinador (ANDRADE, 2008). Contudo, na intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional e, na posterior formulação do projeto ético-político, esse método deixou de nortear o processo interventivo. Conseqüentemente, construiu-se outro entendimento do que significa grupo para a profissão, podendo ser caracterizado da seguinte forma:

[...] instrumento de trabalho, definido a partir da presença simultânea de indivíduos em uma mesma atividade socioinstitucional, coordenada por um ou mais profissionais, e que apresente período de duração, objetivos e metodologias definidos (MOREIRA, 2013, p. 59-60).

Portanto, o grupo, para o Serviço Social, envolve a realização de encontros na instituição que a profissional está vinculada. Além disso, possui objetivos, metodologias e tempo de duração previamente definidos. Destaca-se ainda que a formulação dos encontros parte da intencionalidade, ou seja, pressupõe a clareza da demanda e da finalidade da intervenção. De modo que, pela perspectiva crítica, têm como objetivos o acesso à informação, à reflexão de determinadas situações do cotidiano e, em um sentido mais amplo, à emancipação humana (MOREIRA, 2013). Nota-se assim que há uma alteração no direcionamento social do grupo, anteriormente focado no comportamento e na convivência grupal²⁷ e, atualmente voltado para a ampliação de processos participativos e de construção de estratégias coletivas para as necessidades sociais demandadas pela população usuária, conforme evidenciado no seguinte trecho:

Os procedimentos interventivos são colocados em articulação direta com as práticas organizativas das classes populares, exigindo que o assistente social se aproprie de instrumentos e técnicas capazes de potencializar uma prática de cunho coletivo (TRINDADE, 2001, p.20).

Assim sendo, compreende-se que o trabalho com grupos está atrelado ao caráter pedagógico e educativo da intervenção profissional. Nesse sentido, relaciona-se a ações socioeducativas que tem o objetivo de refletir sobre o cotidiano com a população usuária, desvendando as determinações sociais presentes nesses processos. No que se refere às ações socioeducativas no âmbito da saúde, podem ser feitas em espaços de grupo e possuem a finalidade de:

[...] informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2010, p. 55).

²⁷ Convém pontuar que a convivência grupal segue sendo considerada para a formulação de processos interventivos em grupo, porém, a partir de uma perspectiva crítica, participativa e coletiva, sendo que anteriormente era voltada para a ajuda psicossocial e para a adaptação à ordem vigente (TRINDADE, 2001).

Avalia-se que esses eixos podem guiar a formulação dos objetivos dos espaços de grupos conduzidos por Assistentes Sociais. Com relação à Oficina de Escrita, as finalidades relacionam-se a: promover a convivência grupal, re-inserindo a pessoa em um espaço compartilhado e funcionando como ponte nas relações entre os sujeitos; propiciar um espaço e forma diferenciados de expressão dos sentimentos; criar um instrumento de comunicação; e estimular a criatividade. Considera-se que esses aspectos estão relacionados aos objetivos dos CAPS, havendo um sentido terapêutico na expressão de sentimentos, por outro lado, torna-se necessário apreender de que maneira isso articula-se ao projeto ético-político da profissão. Assim sendo, pontua-se que a manifestação de sentimentos é uma forma de se aproximar da compreensão que os indivíduos possuem acerca de si e do mundo, de modo que a partir disso, podem ser traçadas estratégias interventivas e processos reflexivos (PRATES, 2007).

Após apresentado o significado de grupo para o Serviço Social, explicita-se de que maneira a escrita pode ser utilizada pela profissão. A partir do formato que a escrita assume na Oficina do CAPS II-GHC, considera-se que é uma forma de expressão verbal e artística, sendo entendida enquanto um recurso artístico. Prates (2007) aborda sobre a interlocução entre a arte²⁸ e o Serviço Social, compreendendo que essa dimensão é uma forma de expressão da matéria-prima da profissão e, além disso, um instrumento potente de trabalho. Aponta que a arte representa um

[...] importante instrumento de reprodução do ser social. Expressamos -através do traço, da cor, do som, dos gestos- sentimentos, valores, hábitos, costumes, indignações, paixões, modo de ver o mundo, a vida, a nós mesmos e materializamos na pintura, na dança, na culinária, na escultura, na dramatização, na arquitetura, na música, nossas objetivações, em parte histórica e socialmente construídas, em parte histórica e socialmente determinadas, possibilitando que sejam apreendidas pela razão e sensibilidade do outro; (PRATES, 2007, p.4).

O sujeito externaliza as representações que constrói de si e do mundo, manifestando as suas percepções, concepções e valores. Dessa forma, Prates (2007) analisa que na arte a pessoa exprime as expressões da questão social por ela vivenciadas, podendo, então, ser uma ferramenta utilizada pela Assistente Social para

²⁸A autora compreende a música, a poesia, o teatro, os filmes e as fotos enquanto recursos artísticos que podem ser utilizados pelas Assistentes Sociais com a finalidade de desvendar a realidade ou como instrumento de intervenção (PRATES, 2007).

desvendar e interpretar o real (PRATES, 2007). Assim sendo, na arte é expressa a matéria-prima do Serviço Social (PRATES, 2007, p. 12). Scherer (2010) também discute sobre essa categoria no âmbito da profissão, aprofundando no debate sobre o teatro e a relação com o processo de reconhecimento das juventudes enquanto sujeitos de direitos. Nesse sentido, aponta que na encenação o(a) jovem reconstitui o seu cotidiano, expressando no ato cênico as percepções que possui de si e da realidade, da mesma forma que manifesta suas demandas e violações de direitos nas quais está submerso(a) (SCHERER, 2010).

Adentrando na utilização da arte como um instrumento de intervenção, ressalta-se que seu uso está articulado com o direcionamento social do trabalho profissional, conforme a seguinte citação:

A arte articulada nos processos de trabalho nos quais Assistentes Sociais se inserem, poderá auxiliar no fortalecimento de processos sociais emancipatórios da população, na dimensão educativa do trabalho do assistente social, possibilitando que o seu projeto ético – político ganhe vida em uma ordem prática, obtendo uma materialidade no campo deste profissional (SCHERER, 2010, p. 182).

Logo, a arte pode ser utilizada como uma estratégia para problematizar e refletir com a população usuária sobre as situações por elas vivenciadas de maneira pedagógica, crítica e transformadora (PRATES, 2007). Desse modo, através de recursos artísticos, é possível aproximar-se de determinado grupo de forma criativa, sendo desenvolvidos “[...] processos sociais que instiguem processos reflexivos e mediações com realidades similares” (PRATES, 2007, p.7). Portanto, a arte pode ser uma dimensão que integra o trabalho das Assistentes Social na saúde mental, possibilitando maior diversificação nas metodologias, instrumentais e mediações utilizadas nas ações profissionais.

4.2 O projeto de intervenção na interface entre o terapêutico e a cidadania

Foi feito um levantamento de dados no ano de 2019 com informações acerca do perfil da população usuária que participava da Oficina de Escrita²⁹, totalizando nove

²⁹ O levantamento de dados fez parte de uma das etapas do projeto de intervenção e tinha a finalidade de compreender, de maneira mais aprofundada, a população usuária e de planejar as ações futuras dos encontros. Convém destacar que, em razão de envolver a leitura de prontuários onde constam informações pessoais e sigilosas, o projeto teve que ser submetido ao Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição. Após a aprovação da instituição, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e

usuários(as). Com relação aos dados obtidos no que se refere à idade, dos(as) nove integrantes do grupo, sete desses(as) fazem parte da faixa etária dos 36-54 anos, o que corresponde ao dado geral encontrado anteriormente. No que se refere ao gênero, há uma predominância de mulheres (7), o que também corresponde ao dado da análise geral do CAPS II-GHC. Em relação a raça, há uma predominância da população negra (5) em relação a população branca (4). A partir desse dado, pode-se estabelecer um paralelo entre a prevalência do adoecimento mental da população negra com o racismo estrutural³⁰. Entende-se que a vivência de situações racistas impacta na constituição subjetiva dos sujeitos, resultando em comportamentos como: “Silenciar, gritar, negar o corpo, atribuir-se qualidades inferiores, subjugar-se perante o branco, chorar [...] (JESUS; COSTA, 2017, p.333). Portanto, a partir de tais aspectos, infere-se que existe uma correlação entre o adoecimento mental da população negra e a vivência (diária) de situações racistas.

A escolaridade do grupo dividiu-se nas seguintes categorias: Fundamental Incompleto (2), Fundamental Completo (1), Médio Incompleto (1), Médio Completo (4), Superior Incompleto (1). Em relação à ocupação e à fonte de renda não foi possível obter os dados quantitativos ou qualitativos porque essas informações não estavam registradas no prontuário, ou mesmo, não havia uma continuidade nas evoluções. Aponta-se que a fonte de renda até aparecia em maior número, mas não era possível saber se os dados eram atualizados. O que se pode destacar é que dos(as) nove integrantes do grupo, somente uma usuária mantinha vínculo empregatício, trabalhando de maneira autônoma com o marido. Além dessa fonte de renda, outros(as) três usuários(as) recebiam respectivamente, aposentadoria por tempo de serviço, auxílio doença e benefício de prestação continuada. Os(as) demais estavam em processo de solicitação de auxílio doença, contando com o apoio financeiro da família ou de amigos. Acerca desses indicadores, convém associá-los com análises macrossocietárias, entendendo que, contemporaneamente, ocorrem novas formas de precarização do

Esclarecido para cada usuário(a) que participavam da escrita, sendo permitido o acesso aos prontuários e a posterior divulgação dessas informações para fins acadêmicos.

³⁰ Jesus e Costa (2017) apontam os efeitos do racismo tanto nas condições objetivas quanto na constituição subjetiva dos indivíduos negros. Nesse sentido, entendem que a questão social deve ser articulada com as particularidades da formação sócio-histórica brasileira e, portanto, compreendem que o racismo estruturou (e estrutura) as relações sociais (JESUS; COSTA, 2017).

trabalho através do(a): desemprego estrutural; intensificação da exploração; crescente informalidade e terceirização do trabalho; redução e perda de direitos sociais e trabalhistas. Com relação a isso, ressalta-se a análise de Campos (2017), apontando que essas reestruturações do trabalho afetam objetivamente e subjetivamente a classe trabalhadora, dando maior destaque para as consequências desse processo na saúde do(a) trabalhador(a). Dessa forma, estabelece uma correlação da precarização e da falta de trabalho com o crescente adoecimento mental (sendo manifestado em sintomas como insônia, fadiga, ansiedade e medo) e, o consequente aumento na solicitação de benefícios previdenciários cuja causa são transtornos mentais (CAMPOS, 2017). Assim sendo, aponta-se a relação entre o trabalho e o adoecimento mental.

No que se refere ao território há uma predominância do Rubem Berta (5) com relação aos demais bairros. Com relação ao tempo de vinculação ao serviço, pode-se observar a seguinte disposição na figura 2.

Figura 2- Relação de Usuários(as) que participam da Oficina de Escrita por tempo de vinculação ao CAPS.



Fonte: Dados elaborados pela autora (2019) a partir da análise dos prontuários.

Observa-se que há uma mesma quantidade de usuários(as) que estão vinculados há menos de um ano, entre 1-2 anos e entre 5 anos ou mais. Ao estabelecer uma comparação com a figura 1, nota-se que se manteve a tendência geral do CAPS II-GHC, sendo que a maior parte dos(as) usuários(as) está vinculado(a) ao serviço entre menos de um ano até dois anos.

A partir da inserção no espaço da Oficina de Escrita, percebeu-se a necessidade de discutir sobre a noção de saúde mental com os(as) usuários(as) a fim de contribuir para a compreensão da saúde enquanto um direito humano e de cidadania. A noção de saúde mental é entendida como:

[...] um campo bastante polissêmico e plural na medida que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de reducionismo e de um achatamento das possibilidades de existência humana e social (AMARANTE, 2007, p. 19)

Nesse sentido, envolve reconhecer que é atravessada por contradições e por diferentes formas de cuidado, defendendo-se um cuidado integral em saúde mental pautado no reconhecimento da saúde enquanto um direito social.

Antes da realização dos encontros foi elaborado um questionário com a finalidade de compreender quais eram as percepções dos(as) usuários(as) a respeito desse tema. Dessa forma, destaca-se algumas frases acerca da definição de saúde mental: “Não ter sintomas: fobias, vozes; (SIU 8, 2019); É um problema sem solução pois é na minha cabeça; (SIU 2, 2019); Não ter depressão, ter paz; (SIU 6, 2019); Se sentir melhor comigo mesmo e não desanimar (SIU 5, 2019)”. A partir das respostas, pode-se perceber que a saúde mental está vinculada a uma concepção de cura e de inexistência de sintomas, o que expressa a permanência de ideias vinculadas ao paradigma psiquiátrico e ao modelo manicomial, pois mantêm-se o binômio doença-cura (ROSA; YASSI, LUZIO, 2003). Por outro lado, também aparece um entendimento de saúde mental atrelado a estar bem consigo e, a partir disso, aponta-se uma relação com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o modelo de Atenção Psicossocial. Tal articulação é feita já que a centralidade nessa escrita é sobre a promoção de saúde, assim sendo, o foco não é a doença, mas sim os indivíduos e as diferentes dimensões que lhes causam dor (ROSA; YASSI, LUZIO, 2003), construindo-se formas de promoção de saúde mental.

O primeiro encontro tinha como tema a *saúde mental dos(as) participantes*, definiu-se que o objetivo era identificar as necessidades em saúde mental dos participantes, bem como de que maneira o dia-a-dia implica na sua saúde mental. No início da atividade foi perguntado o que essa palavra lhes remetia, de modo que um

usuário começou a rir e disse que “pensava em louco”(SIU 5, 2019). A partir dessa fala, discutiu-se sobre os preconceitos em relação às pessoas que realizam algum tipo de tratamento em serviços de saúde mental. Aponta-se que a dificuldade de adesão aos PTS pela população usuária pode estar relacionada aos estigmas uma vez que, no senso comum, se perpetua a concepção de que o CAPS “é coisa de louco”, então há um peso social de frequentar esses serviços. As necessidades em saúde mental foram trazidas, apareceu a questão do medo, da fobia social, do barulho, da desconfiança, de não conseguir controlar os pensamentos. Frente ao que foi trazido, alguns aspectos foram resolvidos no próprio grupo, mas dependendo da situação foi orientado ao(à) usuário(a) que falasse com o seu(sua) médico(a) ou com outro(a) profissional que lhe atendia. Contudo, pontua-se que a autora tinha expectativa de que fossem trazidos aspectos mais concretos do dia-a-dia enquanto elementos que afetam a saúde mental do grupo. Destaca-se que o exemplo mais nítido dessa interface foi o de uma usuária que falou da angústia de sair de casa porque tinha medo que parte da sua casa, que está comprometida, desmoronasse no período que estivesse fora (SIU 3, 2019) .

O segundo encontro tinha como tema o *conceito de saúde e a relação com a saúde mental*, desse modo, definiu-se como objetivo trabalhar o conceito de saúde e desmistificar a noção de cura. Inicialmente, dividiu-se o grupo em duplas e pediu-se para que escrevessem uma definição de saúde, sendo definidas da seguinte forma:

Saúde é estar bem consigo mesma, é estar alegre, ser forte onde possamos ajudar o próximo. Sem estar chorando. Saúde é ter amor, sentir paz dentro de si. Sem saúde não se consegue nada. Seja qual for o tipo de saúde mental ou física. Saúde é tudo (SIU 4 e 6, 2019).

E ainda, “ Mental. Capacidade de fazer as coisas. Enfrentar os medos que cura. Ter saúde para fazer suas atividades que quero, atividades do dia-a-dia que não posso fazer sozinha” (SIU 2 e 8, 2019).

Também foi apresentado o conceito da OMS de saúde³¹, abordado-o no sentido de articular o mental com as dimensões físicas e sociais. Considera-se necessário fazer considerações acerca dessa definição pois percebeu-se, ao longo da construção do TCC, que sua caracterização não explicita a saúde enquanto um processo que é permeado

³¹ Definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (CEAP, 2017, p.15).

pelos tensionamentos e pelas lutas das classes sociais que compõem a sociedade. Portanto, não é um estado pleno de bem-estar, mas sim um processo que se relaciona ao contexto social, econômico, político e cultural com os quais os indivíduos estabelecem a produção e reprodução das suas vidas nas diversas formas (CEAP, 2017). Assim sendo, avalia-se que o conceito ampliado de saúde³² possui maior interlocução com os objetivos do projeto de intervenção uma vez que expressa a noção de direito e de acesso a bens e serviços. No final do encontro os(as) usuários(as) começaram a trazer demandas de saúde, falando sobre o uso das medicações, os esquecimentos, a sensação de inchaço e o aumento de fome. E então, a partir dessas demandas foi perguntado se tinham vontade de trabalhar em uma oficina sobre hábitos de saúde, apresentando-se a possibilidade de participação da nutricionista em algum momento, o que foi recebido com interesse.

O terceiro encontro tinha como tema a *Luta Antimanicomial, direito à saúde e a rede de atenção integral em saúde mental*. Inicialmente exibiu-se o vídeo “Hoje é dia da Luta Antimanicomial”, posteriormente debateu-se a respeito do que significava o dia 18 de Maio, bem como sobre o entendimento da lógica manicomial. Trabalhou-se acerca do significado do termo louco, compreendido pelo grupo enquanto uma palavra pesada, conforme explicitado na seguinte fala: “porque às vezes as pessoas te chamam tanto de louco, usam tanto esse termo que tu acaba acreditando que tu é louca mesmo, que tu não é uma pessoa com depressão, com uma doença” (SIU 1, 2019). Foi conversado sobre os estigmas e os preconceitos e essa mesma usuária identifica a importância de serviços substitutivos ao manicomial porque “[...] se não tivesse esses encontros, se tivesse só chamando a gente mesmo de louco. Tivesse só internado não teria como tentar se ajudar, porque tu acaba colando tu é louco, tu é mesmo, fica num canto e não vai se ajudar” (SIU 1, 2019). Além disso, abordou-se sobre a RAPS, do cuidado em liberdade e no CAPS II-GHC, do tempo de internação e da importância da família no tratamento. Em um segundo momento, foi proposto que cada usuário(a) construísse a sua rede de bem-estar, relacionando com o bem-estar físico, mental e

³² Resgata-se a definição apresentada no capítulo 2, sendo “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. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

social. Por fim, avalia-se que esse momento foi importante para a socialização do grupo em relação aos serviços existentes no território.

O quarto encontro tinha como tema a *cidadania e o direito à saúde*. Em um primeiro momento apresentou-se a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde ilustrada, de modo que o grupo trouxe as suas percepções acerca desse documento. O primeiro aspecto que surgiu foi que a saúde não se efetiva enquanto um direito, responderam que é um direito, mas não funciona, sendo difícil a sua concretização. Por exemplo, foi relatado uma experiência em uma interação psiquiátrica, sendo narrado práticas com um caráter autoritário e sem dar voz para os sujeitos, “e vão dar atenção pra louco? [...] Tudo que louco fala pra eles é bobagem, é besteira” (SIU 5, 2019). Também trouxeram da precarização dos serviços, houve falas de que o atendimento na UPA era ruim e, além disso, era preciso ficar a noite toda na fila para ser atendido no dia seguinte. A dificuldade do atendimento, a partir dos princípios do SUS, é expressa na seguinte fala:

Aí eles pedem que tu previna né, mas não tem como prevenir, porque pra ti consultar o especialista tem que passar por um clínico. Pra ti consultar um clínico tem que ir de madrugada tirar uma ficha, aí depois que tem indicação do clínico leva dois/três anos pra consultar com especialista (SIU 1, 2019).

Ao ser perguntado da relação entre cidadania e a relação com a saúde, uma das percepções foi “Oh coitado da gente, tá mais perdido que cego em guerra[...] desde quando a gente tem direito a alguma coisa”(SIU 4, 2019). Por outro lado, a noção de cidadania também se expressou na medida em que a usuária 7 pediu uma cópia da carta dos direitos dos usuários da saúde para entregar para a sua filha. A partir do grupo, pensou que tal documento poderia ser apresentada ao médico para que fosse explicado sobre um procedimento para ela, uma vez que é o seu direito.

Ela foi no médico e o médico marcou para ela fazer um procedimento, mas já marcou cirurgia, anestesista. Mandou marcar tudo, só que ele não explicou nada e eu acho que ela tem o direito de saber o que ele vai fazer. A gente entrou muda (na consulta) e saiu calada (SIU 7, 2019).

Frente às dificuldades trazidas, explicou-se sobre a participação no planejamento do SUS, abordando-se sobre as ouvidorias e os espaços de controle social. Considera-se que esse processo surgido no grupo faz parte do trabalho da Assistente Social na saúde, envolvendo os processos de mobilização, participação e controle social. De acordo com

CFESS (2010), essas ações têm a finalidade de contribuir para a organização da população e dos(as) usuários(as) enquanto sujeitos políticos, podendo inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. Em um segundo momento, trabalhou-se com o conceito de cidadania, sendo questionado o que significava essa palavra, de modo que se construiu um acróstico com essa palavra.

O quinto encontro tinha como tema a *autonomia, a participação e a relação com a saúde*, definiu-se que o objetivo era trabalhar o significado de autonomia no cuidado em saúde mental. Inicialmente, perguntou-se sobre o entendimento de autonomia, sendo trazido que era uma palavra complicada (SIU 4, 2019) e também algo relacionado a “[...]se sentir livre e fazer as coisas sem depender de nada ou de ninguém” (SIU 8, 2019). Posteriormente, foi lido um texto que falava sobre autonomia e, a partir dessa exposição, pediu que escrevessem sobre aspectos do cotidiano que se sentiam mais autônomos(as). Acerca desse momento, destaca-se as seguintes escritas: “Já consegui várias coisas e continuo evoluindo. Desde deixar a janela aberta³³, a atender várias pessoas na frente de casa!” (SIU 8, 2019). Outra usuária exemplifica mais aspectos que consegue lidar no momento, pois estava difícil de administrá-los no período da crise, conforme expõe:

Pegar ônibus, conversar, escutar os outros, estou me conhecendo, vendo as coisas de outra maneira, melhor. Tomo os remédios, consigo olhar para o tempo quando está para chover, a me respeitar, levantar da cama, me arrumar, ouvir música e agora eu sei como é bom ter amigos. (SIU 6, 2019)

E ainda, teve uma usuária que escreveu que a sua autonomia estava relacionada a “vir no CAPS” (SIU 3, 2019). Também pediu-se para que cada um (a) apontasse de que maneira o CAPS II-GHC e a Oficina de Escrita lhes auxilia nesse processo. A partir das escritas, percebe-se que esse serviço é compreendido enquanto um espaço de cuidado, de acordo com as seguintes falas:

Já tenho mais confiança nas pessoas que antes tinha medo e desconfiança. Sou mais confiante nas coisas que faço em casa. Sinto-me bem melhor de saúde depois que vim para o CAPS. Estou bem comigo mesmo no tratamento (SIU 5, 2019).

O tratamento no CAPS foi muito importante: no grupo de escrita eu consigo conversar, coisa que não fazia antes. Não gostava de ficar

³³ Esse usuário mora em uma rua movimentada e para ele era (é) difícil suportar essa circulação, sendo que em uma época anterior não conseguia deixar a janela aberta.

onde tinha mais de duas pessoas. No começo foi um pânico vir na Oficina. Agora é como ir numa consulta médica. Foi e é muito importante para mim (SIU 7, 2019).

Ao longo do encontro, os(as) usuários(as) foram trazendo as diferentes limitações e desafios que enfrentam no seu cotidiano, mas cada um(a) da sua maneira e, de acordo com o seu tempo e acompanhamento dos serviços e da rede familiar se desafia. Nesse sentido, pensou-se na temática autonomia para que o grupo pudesse reconhecer as conquistas individuais e coletivas que já tiveram para que percebessem as melhoras em relação à sua saúde mental. Além disso, tinha o objetivo de levantar demandas e desejos em relação a aspectos que a população usuária desejava ser mais autônoma para que o serviço possa traçar estratégias com a finalidade de auxiliá-los(las) nessa aquisição de mais autonomia.

O sexto encontro surgiu da demanda do próprio grupo quando manifestaram interesse em relação à hábitos de saúde, sendo assim, convidou-se a nutricionista do CAPS II-GHC para trabalhar a respeito disso com os usuários. Inicialmente, fez um bate-papo, perguntando quais eram as dúvidas que tinham e também leu as dúvidas que haviam sido escritas anteriormente. Abordou sobre a alimentação, explicando sobre tipos de alimentos e hábitos de saúde mais saudáveis. Após esse momento, mostrou um vídeo sobre o Guia Alimentar para a população brasileira. Por fim, a nutricionista levou um bolo saudável para o grupo experimentar, o que gerou interesse e animação em relação a esse tipo de preparo.

O último encontro tinha a finalidade de avaliar o conjunto das atividades propostas. A partir do que foi trazido pelos(as) integrantes percebeu-se que, apesar de ser um grupo voltado para a compreensão da saúde mental enquanto um direito humano e de cidadania, houve efeitos terapêuticos nas intervenções, trazendo consequências para a subjetividade da população usuária, conforme a seguinte escrita:

Atividade emocional da mente. Proveito emocional da vida. [...] me trouxe de volta pra ter *vontade de viver de novo*. E quando eu cheguei aqui eu não tinha, minha mente era obscura e com os trabalhos que eu fiz aqui eu tô evoluindo dia-a-dia (SIU 5, 2019, *grifos nossos*).

Portanto, esse usuário avaliou que os encontros o auxiliaram na vontade de voltar a viver e isso é a expressão de um efeito terapêutico da intervenção realizada pelo Serviço Social. Contudo, essa afirmação não quer dizer que o processo interventivo foi

balizado pelo paradigma psicossocial, pois a finalidade não era o indivíduo e o seu problema social, mas sim o debate em torno da saúde mental enquanto um direito humano e de cidadania. Convém também destacar que essa fala é consequência de um trabalho em equipe, uma vez que o usuário 5 fazia a oficina terapêutica de escrita e era acompanhado individualmente pela médica psiquiatra e pelo terapeuta ocupacional semanalmente, de modo que, de diferentes formas, nesses três âmbitos foi trabalhado a reabilitação psicossocial e a reinserção social.

Há ainda, outra avaliação que aponta a relação entre a dimensão subjetiva e o acesso à informação, conforme escreveu a seguinte usuária: “Eu gostei muito, aprendi muitas coisas que eu não sabia! Aprendi a ter meu respeito e ter bastante autonomia. E também saber dos meus direitos”(SIU 2, 2019). Dessa forma, nas avaliações aparecem tanto aspectos relacionados aos temas trabalhados nos encontros quanto dimensões relacionadas à subjetividade e aos efeitos terapêuticos da intervenção, não estando dissociados entre si.

Há que se destacar que a população usuária dos CAPS possui certa dificuldade de se enxergar como um sujeito de direitos, mas se percebe sendo a doença, os sintomas, o diagnóstico, e então aparecem muitos aspectos da subjetividade. Nesse sentido, as Assistentes Sociais são demandadas a lidar com essas questões, trabalhando, em articulação com outras profissões, com o desejo do(a) usuário de voltar viver, além da construção de processos de reabilitação e de reinserção social. Contudo, pontua-se, ao final desse capítulo que a noção de terapêutico deve ser articulada ao acesso a direitos sociais. Consequentemente, um cuidado efetivo em saúde mental pressupõe a existência de políticas sociais de saúde, trabalho, educação, saneamento básico, cultura e entre outros. Portanto, para que possa se viver com pleno bem-estar físico, mental e social, devem ser asseguradas condições dignas e igualitárias de vida.

Assim sendo, ao longo do estágio obrigatório em Serviço Social, compreendeu-se que as ações profissionais possuem um compromisso e um direcionamento social, relacionando-se com a ampliação das possibilidades da população usuária poder fazer escolhas e de gerir suas próprias vidas. Por fim, destaca-se a importância de reafirmar cotidianamente essas posturas éticas, ressaltando-se o marco que o diálogo teve na trajetória formativa da autora. Essa palavra é expressa enquanto uma postura, uma posição de disponibilidade para se

comunicar, trocar ideias e refletir sobre determinada realidade com o objetivo de atuar criticamente no sentido de sua transformação (FREIRE; SHOR, 1986) tanto no âmbito do mundo do cotidiano quanto nas esferas macrosociais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2006, p.19).

A finalização do TCC e, por conseguinte, da graduação em Serviço Social, tornam-se mais difíceis e delicadas em um contexto como o que se vivencia, pois esse período está sendo marcado por uma crise que, além de sanitária, é política e econômica. Enquanto escreve-se, o Brasil já ultrapassou a marca dos 137 mil mortos³⁴ e 7,8 milhões de pessoas, aproximadamente, perderam os seus empregos entre os meses de março à maio³⁵.

Na presidência do país há um governante que nega constantemente a gravidade do coronavírus, fazendo pronunciamentos que minimizam a situação e que demonstram falta de empatia com quem perdeu entes queridos por conta dessa doença. Contudo, apesar de suas posturas polêmicas e, até mesmo, contrárias aos direitos humanos, sua popularidade tem crescido nos últimos tempos. E, para terminar, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul sofreu recentemente uma intervenção ao ser nomeado, por decisão de Bolsonaro, Carlos Bulhões (que foi o menos votado) como reitor da instituição, não sendo respeitada a autonomia universitária.

Apesar de parecerem fatos distanciados da temática do TCC, possuem relação e impactam diretamente ou indiretamente nos direcionamentos da política de saúde e de saúde mental no Brasil, assim como nas ações que as Assistentes Sociais são demandadas a realizar. Portanto, não há como deixar de citar os retrocessos e a ascensão do conservadorismo e do autoritarismo na atual conjuntura, uma vez que essas movimentações desarticulam e tornam ainda mais desafiadoras as lutas para a construção de um projeto societário pautado em princípios democráticos. Por outro

³⁴ Conforme dados fornecidos pelo Consórcio de Veículos de Imprensa no dia 21 de setembro de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/09/22/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-em-22-de-setembro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>. Acesso em: 22 set. 2020.

³⁵ Essa informação foi retirada da revista piauí, da reportagem intitulada *Um país ainda mais desigual*. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/um-pais-ainda-mais-desigual/>. Acesso em: 22 set. 2020.

lado, como a própria epígrafe aponta, não se pode ficar acuado(a) frente aos obstáculos ou mesmo desconsiderar as micro-transformações que se tecem cotidianamente nos espaços de trabalho. Há inúmeras limitações para a concretização do direcionamento ético-político do Serviço Social e, por conseguinte, do projeto societário defendido, mas podem ser criadas estratégias críticas de enfrentamento a tais processos.

Tais ações, mesmo que executadas individualmente pelas Assistentes Sociais, são coletivas, pois expressam os acúmulos teóricos, técnicos e éticos da categoria profissional que vão na direção de intervenções pautadas no diálogo, na reflexão, no acesso aos direitos sociais e na defesa de valores democráticos. Assim sendo, nas páginas seguintes apresenta-se uma síntese de um caminho, permeado por possibilidades e por desafios que foi (e segue sendo) encontrado ao longo do processo formativo em Serviço Social.

O resgate histórico da constituição da política de saúde e de saúde mental no Brasil são fundamentais para compreender as tendências que se expressam na atualidade. Historicamente, existiu o binômio saúde pública e saúde previdenciária, segmentação que marcou o caráter excludente dessa política. Tal separação só foi rompida com a instituição do SUS, através da Lei 8.080, sendo reconhecido o direito que toda a população possui de acessar serviços de saúde de forma pública e gratuita. Contudo, os tensionamentos em favor do projeto de privatização da saúde seguiram (e seguem) presentes e ganharam maior legitimidade com a ascensão de ideologias neoliberais, o que trouxe consequências negativas para o financiamento e para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Atualmente, visualiza-se uma tendência de focalização das políticas sociais para as populações mais pobres e vulneráveis, sendo precarizados os serviços prestados. Além disso, nessa lógica, descaracteriza-se a noção de direito social, aspecto evidenciado na fala do grupo da oficina de escrita, de modo que não reconhecem a política de saúde enquanto um direito que se efetive no cotidiano. Portanto, um dos desafios postos na realidade atual refere-se à luta em defesa de um SUS que se concretize em seu caráter público, estatal, participativo e de qualidade.

A política de saúde mental vai se constituindo com características asilares e manicomiais, tendo surgido muito mais com o objetivo de corresponder aos interesses da época (afastando indivíduos que poderiam comprometer a ordem pública) do que

propriamente de garantir um cuidado em saúde mental. Assim sendo, foi dada legitimidade social para um conjunto de práticas morais, sendo isolados segmentos marginalizados e pobres da população brasileira. A partir da 2ª Guerra Mundial, surgem os primeiros questionamentos acerca desse modelo que culminou com o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, posicionando-se em favor da desinstitucionalização e da construção de outro tipo de cuidado em saúde mental.

O efeito desse processo foi a formulação de um modelo balizado em outra fundamentação teórica, técnica e ética, contrapondo-se à lógica manicomial. Desse modo, construiu-se a RAPS que é formada por um conjunto de serviços que visam à atenção integral, assegurando os direitos de cidadania das pessoas que possuem algum tipo de sofrimento mental. Porém, percebe-se a permanência e a retomada de tratamentos pautados na lógica manicomial, especialmente a partir de 2016 com a aprovação de legislações, tais como a Nota Técnica nº11/2019, sendo questionados princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Acerca disso, destaca-se o recente surto de covid-19³⁶ ocorrido no Hospital Psiquiátrico São Pedro e a tentativa de silenciamento da situação, demonstrando a permanência do descaso e do ocultamento em relação às práticas exercidas nas instituições manicomiais. Logo, outro desafio relaciona-se a efetivação de um cuidado em saúde mental que seja substitutivo ao manicomial, sendo garantida uma atenção psicossocial que respeite os direitos humanos e de cidadania das pessoas que possuem algum tipo de sofrimento mental.

A contextualização histórica do processo de profissionalização do Serviço Social no Brasil foi fundamental para apreender as tendências de ruptura e de reatualização do conservadorismo no âmbito da intervenção profissional no campo da saúde mental. O chamado Serviço Social tradicional voltava-se para o diagnóstico e para o tratamento sobre os “problemas” psicossociais dos indivíduos, ajustando tais aspectos no sentido de adaptação à ordem vigente. A partir da tendência profissional de intenção de ruptura ocorre um maior questionamento do caráter conservador da profissão, culminando com a formulação do Projeto Ético-Político. Dessa forma, rejeita-se a compreensão de problemáticas psicossociais dos sujeitos, pois as situações vivenciadas pela população usuária são entendidas enquanto consequências das disparidades econômicas, sociais e

³⁶ Para maiores informações consultar:

<https://www.brasildefato.com.br/2020/07/26/hospitais-psiquiatricos-em-porto-alegre-rs-tem-surto-de-covid-e-ja-registram-mortes>. Acesso em: 22 set. 2020.

culturais das classes sociais (IAMAMOTO, 2001). Contudo, apesar da maturidade desse projeto profissional, tendências de reatualização do Serviço Social tradicional e conservador se repõem no cotidiano de trabalho da política de saúde mental através de intervenções voltadas para os conflitos interpessoais, desconsiderando a totalidade das relações sociais.

Dessa forma, em linhas gerais, identificou-se dois direcionamentos profissionais no campo da saúde mental, um caracterizado como paradigma psicossocial que se sustenta em uma atividade clínica do Serviço Social e outro chamado de abordagem psicossocial (ou também chamado de campo psicossocial) que está atrelado aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Entende-se que o primeiro reatualiza o Serviço Social de Caso e, frente a isso, este trabalho compreende que tal paradigma não condiz com o projeto ético-político formulado pelo conjunto da categoria profissional. Por outro lado, reconhece-se a necessidade de avançar, balizado pelo método e pela teoria em Marx, no debate sobre o significado de terapêutico e de subjetividade na intervenção de Assistentes Sociais na saúde mental, uma vez que tais aspectos emergem nesse campo e geram dúvidas em relação ao objeto e à identidade profissional.

Portanto, concluiu-se que, no âmbito do trabalho das Assistentes Sociais na política de saúde mental, há duas noções de terapêutico em disputa. A primeira orientou o processo de profissionalização do Serviço Social e se reatualiza através do paradigma psicossocial e do Serviço Social clínico. A segunda concepção de terapêutico, que é a defendida neste trabalho, emerge com a Reforma Psiquiátrica através do entendimento de que todas as intervenções profissionais devem possuir efeitos terapêuticos para a população usuária, em suas dimensões individuais, coletivas e emancipatórias. Nesse sentido, tal entendimento congrega o necessário olhar para as particularidades e necessidades singulares dos sujeitos com a construção de processos que visem à ampliação de cidadania, de autonomia e de participação social.

A partir da compreensão dessa indissociabilidade, procurou-se trilhar um caminho de diálogo entre o terapêutico e a intervenção do Serviço Social na saúde mental. Dessa articulação, percebeu-se a manifestação de sofrimentos mentais enquanto expressão de sofrimentos decorrentes das desigualdades nas relações sociais, que são de ordem econômica, social, étnico-racial e de gênero. Tais aspectos, por exemplo, foram

evidenciados na análise da composição do grupo da oficina de escrita, que na época era composto majoritariamente por mulheres negras e sem vínculo empregatício.

A inserção da autora na oficina terapêutica de escrita também gerou questionamentos acerca da necessária articulação do processo interventivo com os fundamentos do Serviço Social e com as competências profissionais. Percebeu-se que esse espaço constitui-se enquanto um instrumento de trabalho da Assistente Social na saúde mental, sendo que nas intervenções profissionais são acionadas um conjunto de conhecimentos, de valores éticos e de técnicas que balizam e sustentam o processo interventivo. Assim sendo, as ações profissionais são guiadas por uma direção social que, fundamentado pelo Projeto Ético-Político, se relacionam com o acesso à informação, à reflexão de determinadas situações do cotidiano e à construção de estratégias coletivas frente às necessidades sociais demandas pela população usuária.

Por fim, destaca-se que o diálogo entre o terapêutico e a intervenção do Serviço Social na saúde mental foi evidenciado na avaliação final do projeto de intervenção elaborado pela autora, em que o usuário 5 manifestou a vontade de voltar a viver através das atividades realizadas. Portanto, as ações profissionais das Assistentes Sociais nesse campo possuem efeitos terapêuticos para a população usuária na medida em que se reconhecem enquanto sujeitos de direitos sociais. Ressalta-se que tais consequências são desenvolvidas de modo articulado com os(as) demais profissionais que integram o serviço através da formulação dos PTS. Ao final, conclui-se este TCC com a percepção de que é necessário olhar com sensibilidade para as situações atendidas cotidianamente com a finalidade de que possam ser formuladas estratégias interventivas criativas, críticas e transformadoras.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/1678-4464-csp-35-11-e00129519.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 2 set. 2020.
- ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves. O metodologismo e o desenvolvimento no Serviço Social brasileiro—1947 a 1961. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008. Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/13>. Acesso em: 27 set. 2020.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARATA, Rita. **Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde**. Fiocruz, 2009.
- BISNETO, Jose Augusto. Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXVI, n.82, p. 110-131, 2005.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de fevereiro de 1992**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>. Acesso em: 2 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 2 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 2 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 16 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota técnica nº 11/2019**. Brasília, DF: SAS/DAPES, 2019. Disponível em: http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 2 set. 2020.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 set. 2020.

_____. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 02 set. 2020.

_____. Câmara dos Deputados. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 2 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BATISTONI, Maria Rosângela Batistoni. O Movimento de Reconceituação no Brasil: o Projeto Profissional da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais (1964-1980). **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 15, n. 40, p. 136-150 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/32745>. Acesso em: 04 set. 2020.

BRAVO, Maria Inês. Políticas de Saúde no Brasil. *In: MOTA, Ana Elisabete (et. al).* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006, p. 1-20. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm. Acesso em: 8 set. 2020.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *In: MOTA, Ana Elisabete et. al.* **Serviço Social em Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006, p. 1-22. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm. Acesso em: 8 set. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. O significado político e profissional do Congresso da Virada para o Serviço Social brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.100, p. 679-708, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI, Alberto. A Saúde e seus Determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 8 set. 2020.

CAMPOS, Maiara Reis. Trabalho, Alienação e Adoecimento mental: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores. **Políticas Públicas**, Maranhão, v. 21, n. 2, p. 797-811, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8248>. Acesso em: 08 set. 2020.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Passo fundo: CEAP, Saluz, 2017.

CLOSS, Thaisa; SEQUEIRA, Tatiana; PACHECO, Eriane. Competências profissionais e Fundamentos do Serviço Social: produções nos periódicos da área. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL/12º ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL*, 5., 2017, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: UFES, 2017. p. 1-15. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/16408>. Acesso em: 22 set. 2020.

CLOSS, Tháisa. **Fundamentos do serviço social : um estudo a partir da produção da área**. 2015. 253 f. Dissertação (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 8 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). Serviço Social Clínico. **Revista em Foco**, Rio de Janeiro, n. 6, out. 2009. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/em-foco-servico-social-clinico.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

COSTA, Abílio Rosa; YASSI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. In: AMARANTE, Paulo (org). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

CARVALHO, Raúl de; IAMAMOTO, Marilda. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

DELGADO, Pedro. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462019000200200&script=sci_arttext. Acesso em: 8 set. 2020.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2007.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Subjetividade, marxismo e Serviço Social: um ensaio crítico. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 5-24, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 8 set. 2020.

EUGENIA. In: MODERNO dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Michaelis; Companhia Melhoramentos, 1998.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos; HELLMANN, Aline (org.) **Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.

FISCH, Marco Antônio; ARAUJO, Andréa Rodrigues de; PEREIRA, Ocimar Carvalho (Comp.). **Site da Instituição Grupo Hospitalar Conceição- Compromisso com a vida**. 2017. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia: O Cotidiano do Professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GENTILLI, Raquel. Desigualdades sociais, subjetividade e saúde mental: desafios para o Serviço Social. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 13, n. 28, p. 210-230, 2011. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12688. Acesso em: 8 set. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis**, v. 2, n. 3, p. 9-32, 2001. Disponível em: http://www.abeps.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf. Acesso em: 28 set. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. *In*: CFESS. **Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão**. Brasília, DF: CFESS, 2012, p. 33-72.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 136, p. 439-461, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282019000300439&script=sci_arttext. Acesso em: 4 set. 2020.

JESUS, Laís Gonçalves de; COSTA, Mônica Rodrigues. Impactos do racismo na subjetividade de indivíduos negros. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 19, n. 41, p.314-335, 2017. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14942. Acesso em: 08 set. 2020.

LEWGOY, Alzira Maria Batista. **Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2010.

MARX, Karl. **O capital: Crítica à Economia Política- Livro I: O processo de produção do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2013

MATOS, Maurílio Castro. Comentários sobre o registro do trabalho do Serviço Social na área da saúde. *In*: MATOS, Maurílio Castro. **Serviço Social, Ética e Saúde**. São Paulo: Cortez 2013.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com grupos em Serviço Social: a dinâmica de grupos como estratégia para a reflexão crítica**. São Paulo: Cortez, 2013.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético- Político do Serviço Social. *In*: MOTA, Ana Elizabete (*et. al*). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm. Acesso em: 8 set. 2020.

NICÁCIO, Erimaldo. Serviço Social e Subjetividade. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.46-70, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, 2014.

PANOZZO, Vanessa Maria. **O Trabalho do Assistente Social nos Centros de Atenção psicossocial (CAPS) da Região Metropolitana de Porto Alegre**. 2009. 189 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2009.

PEREIRA, Potyara A. Pereira. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011. Cáp. VII, p. 125-180.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n12/4579-4589/pt/>. Acesso em: 08 set. 2020.

PRATES, Jane Cruz. A arte como matéria-prima e instrumento de trabalho para o assistente social. **Textos e Contextos**, v. 6, n. 2, p. 221- 232, 2007. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2313>. Acesso em: 27 set. 2020.

MERHY, Emerson; QUEIROZ, Marcos. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000200009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2020.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência-Coleção Universidade Aberta, 1999.

RICHMOND, Mary. O que é o Serviço Social de Caso. **CBCISS**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 85, p. 1-42, 1984.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1992. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNoimas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281. Acesso em: 13 set. 2020.

ROBAINA, Conceição Maria. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 8 set. 2020.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.4, p. 1177-1182, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n4/1177-1182/pt>. Acesso em: 15 set. 2020.

SANTOS, Eliezer Rodrigues; LANZA, Líria Maria. O matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 2, p. 233-246, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/argumentum/article/view/8173>. Acesso em: 27 set. 2020.

SCHEFFER, Graziela; CLOSS, Thaisa; ZACARIAS, Inez. MIGOCHI, Jessica. Las particularidades de los fundamentos de la formación profesional en la Escuela Porto Alegre en el contexto del Higienismo en la historia del Trabajo Social latinoamericano. **Revista de Debate Público**, v. 1, p. 193-204, 2020. Disponível em: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/07/20_Scheffer.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.

SCHEFFER, Graziela. Pedacos do Tempo: legado de Paulo Freire no Serviço Social. **Textos e Contextos**, v. 12, n. 2, p. 292-311. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/14152/10741>. Acesso em: 28 set. 2020.

SCHEFFER, Graziela. **A singularidade e a pluralidade do serviço social no processo de trabalho em saúde mental**. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

SCHERER, Giovane Antonio. **Abrindo as cortinas : a arte o teatro no reconhecimento de juventudes e direitos humanos**. 2010. 214 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, 2010.

SILVEIRA, Maria Lídia da. Algumas notas sobre a temática da subjetividade no âmbito do marxismo. **Revista Outubro**, São Paulo, n. 7, p.103-113, 2002. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-7-Artigo-08.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

TRINDADE, Rosa Lúcia. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico- operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Revista Temporalis**, v. 4, n. 2, p. 1-24, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ZANELLO, Valeska; SILVA, René Marc Costa. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v.20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19539/1/ARTIGO_SaudeMentalGeneroViol.pdf. Acesso em: 15 set. 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no brasil. **Temporalis**, v. 2, n. 3, p. 33-40, 2001. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita. Serviço Social e pobreza. **Revista Katálisis**, v. 13, n. 2, p. 153-154, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802010000200001&script=sci_arttext. Acesso em: 4 set. 2020.

World Health Organization. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

APÊNDICE - RELAÇÃO DOS ARTIGOS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Nome da Revista	Título	Autor(a)	Ano
Serviço Social e Sociedade (1)	Subjetividade, marxismo e Serviço Social: um ensaio crítico	Marco José de Oliveira Duarte	2010
Katalysis (2)	Marcuse e o homem unidimensional: pensamento único atravessando o Estado e as instituições	Rogério Lustosa Bastos	2014
	Educação infantil e mundo político	Deise Gonçalves Nunes	2009
Textos e Contextos (3)	Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano	Josiane Aparecida Ferreira e Gessi Carvalho de Araújo	2014
	Pedaços do Tempo: legado de Paulo Freire no Serviço Social	Graziela Scheffer	2013
	Sociabilidade e Subjetividade: aproximações para o Serviço Social	Raquel de Matos Lopes Gentili	2013
Políticas Públicas (5)	Trabalho, Alienação e Adoecimento Mental: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores	Maiara Reis Campos	2017
	Mulheres e Participação Política: um significado para além do espaço privado	Lidiane Ramos Lima e Maria do Socorro Ferreira Osterne	2015
	Atualização das figuras da Subjetividade Revolucionária: Proletariado versus Multidão	Flávio Bezerra de Farias e Juliana Carvalho Miranda Teixeira	2014
	Intensidade e Trabalho Excessivo: exatão, impactos na subjetividade e formas de resistência dos (as) trabalhadores (as)	Cândida da Costa, Carlos Roberto Horta e Martha Roldán	2014
	La Existencia Social: entre subjetividad y condiciones objetivas - Incidencia en la discusión teórica sobre el desarrollo	Aura González Serna	2014
	Em Pauta (1)	Marxismo Gramsciano e Serviço Social: interlocuções mais que necessárias	Ivete Simionatto
Ser Social (2 artigos)	Impactos do racismo na subjetividade de indivíduos negros	Laís Gonçalves de Jesus e Mônica Rodrigues Costa	2017
	Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social	Raquel de Matos Lopes Gentili	2011

Fonte: Síntese elaborada pela autora (2019).