

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA  
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI

A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES  
MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA  
- PARANÁ

PONTA GROSSA

2023

EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI

A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES  
MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA  
- PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para  
obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela  
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Orientador(a): Prof.(a) Dra. Jussara Ayres  
Bourguignon

PONTA GROSSA  
2023

Dedico este trabalho aos profissionais de Serviço Social, que escolheram esta desafiadora profissão e cotidianamente buscam o aperfeiçoamento de suas intervenções. Que tenhamos forças, em todos os cenários, para cultivar a justiça, igualdade e democracia!

## AGRADECIMENTOS

As experiências e etapas a qual tive a oportunidade de vivenciar na graduação de Serviço Social, como a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), foram únicas e por vezes desafiadoras. O caminho para essa conquista pessoal mostrou-se mais leve pelo apoio, afeto e companheirismo que recebi, por isso gostaria de agradecer às pessoas que fizeram parte dessa jornada ao meu lado!

Primeiramente, à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Jussara Ayres Bourguignon, que me orientou nesta monografia, dando-me contribuições excelentes, não só para realização desta etapa, como também para minha vida profissional. Por você carrego grande admiração!

Aos profissionais de Serviço Social, que participaram desta pesquisa, com disponibilidade e abertura ao diálogo. Suas contribuições foram essenciais para que alcançasse os resultados esperados. Nesta etapa, agradeço também a Gerência de Saúde Mental e o Núcleo de Educação Permanente (NEP) por fazer esta pesquisa possível!

À minha mãe Karine, que tem traçado todos os caminhos de minha vida ao meu lado, nos tropeços e acertos, com paciência e amor. Não tenho palavras para descrever tudo que você é e fez por mim. Minha força, resiliência e dedicação vem de você!

Ao meu parceiro de vida Edson, que esteve comigo enquanto ainda estudava para entrar na universidade. Sua conquista também será a minha conquista! Obrigado pelo apoio, afeto e parceria comigo em todos esses anos, sou grata por tê-lo em minha vida!

À minha bisavó Lourdes, pela preocupação e afeto a mim. Agradeço ao universo por ter você ao meu lado em mais uma conquista!

Às minhas irmãs Eduarda, Evelyn e Kamille e ao meu irmão Ricardo Jr. Juntos temos chegado a lugares incríveis, como este que vivencio agora, que nunca percamos este companheirismo e amor uns pelos outros!

Às minhas amigas Sô, Ray e Lulu. Os bons momentos e boas risadas que demos nesta universidade jamais serão esquecidos por mim!

Aos demais professores do Departamento de Serviço Social, que somaram para minha formação, trazendo-me importantes contribuições e ensinamentos, que levarei por toda minha vida profissional!

Por fim, agradeço a todos que traçaram meu caminho nesta jornada de 4 anos, e direta ou indiretamente auxiliaram-me a concluir a graduação de Serviço Social.

Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites.

(Paulo Amarante)

## RESUMO

A presente pesquisa desenvolvida como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), para graduação de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), tem como objetivo principal a compreensão acerca dos desafios e potencialidades da intervenção profissional do Assistente Social na área da saúde mental, com base nas experiências dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná, os quais são o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) e o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental. Dessa forma, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, sendo que os principais procedimentos utilizados foram a entrevista semiestruturada, aplicada aos participantes de pesquisa, que referem-se as Assistente Sociais alocadas nos pontos de atenção citados, a pesquisa bibliográfica e documental, a aplicação de formulário digital e para exploração dos dados coletados a Análise de Conteúdo. Cabe ressaltar que, como a pesquisa contava com a participação de pessoas, tomou-se todos os cuidados éticos previstos legalmente, bem como a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados obtidos por meio da pesquisa, foram organizados nos seguintes capítulos: Contextualização da política nacional de saúde mental; A Rede de Atenção Psicossocial no município de Ponta Grossa - Paraná e Serviço Social e Saúde Mental: A inserção profissional e outros debates. Concluiu-se, principalmente que tal profissão possui potencialidades múltiplas no campo da saúde mental, principalmente quando alia seus conhecimentos com outras especialidades, fortalecendo o acesso aos direitos à população usuária e garantindo a qualidade e efetividade dos serviços.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Atuação Profissional; Saúde Mental; Interdisciplinaridade; Equipe Multiprofissional.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Série histórica de expansão dos Centros de Atenção Psicossocial -CAPS/Brasil .....	37
Tabela 1 - Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados por tipo de estabelecimento no município de Ponta Grossa, Junho/2021 .....	45
Gráfico 2 - Número de atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, sendo tipo de serviço, Ponta Grossa, de 2017 a 2020 .....	51

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Composição da Rede de atenção Psicossocial conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017 .....	31
Quadro 2 - Modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017 .....	34
Quadro 3 - Identificação das participantes de pesquisa .....	43
Quadro 4 - Dados acerca dos pontos de atenção da RAPS no município de Ponta Grossa encontrado em <i>site</i> oficial municipal .....	47
Quadro 5 - Equipe mínima prevista para as modalidades do CAPS conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017 comparadas as equipes dos equipamentos de saúde mental de Ponta Grossa/PR .....	61
Quadro 6 - As principais ações e atividades realizadas pelas Assistentes Sociais entrevistadas .....	81
Quadro 7 - Entendimento das Assistentes Sociais acerca da compreensão da equipe multiprofissional acerca do trabalho das Assistentes Sociais .....	85
Quadro 8 - Comentários das entrevistadas acerca do diálogo com a equipe multiprofissional .....	86
Quadro 9 - Percepção das entrevistadas acerca da questão da autonomia profissional .....	88
Quadro 10 - Os desafios notados pelas entrevistadas na atuação em serviços de saúde mental .....	90
Quadro 11 - As potencialidades notadas pelas entrevistadas na atuação em serviços de saúde mental .....	96



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ASM	Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMAD	Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CRESSRJ	Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DECOM	Departamento de Compras
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
FMS	Fundação Municipal de Saúde

HU	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PMPG	Prefeitura Municipal de Ponta Grossa
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços hospitalares/psiquiatria
PR	Paraná
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>21</b>
1.1 OS MARCOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL À CRIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	21
1.2 A CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	30
<b>CAPÍTULO 2 - A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ .....</b>	<b>42</b>
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ .....	44
2.2 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ .....	54
<b>CAPÍTULO 3 - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: A INSERÇÃO PROFISSIONAL E OUTROS DEBATES .....</b>	<b>67</b>
3.1 O DEBATE PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....	68
3.2 DESAFIOS E POTENCIALIDADES: A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ .....	76
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O/A ASSISTENTE SOCIAL DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO GOOGLE - PESQUISA: A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E) .....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NA PLATAFORMA BRASIL .....</b>	<b>122</b>

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido na temática Saúde Mental e o Serviço Social, tem como objeto central os desafios e potencialidades da intervenção profissional do Assistente Social juntamente às equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa, Estado do Paraná, considerando os pontos de atenção deste nível estabelecido no Plano Municipal de Saúde, desenvolvido pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) e vigente entre os anos de 2022 a 2025. Estes equipamentos tratam-se do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) e do Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

O presente objeto escolhido dá-se primeiramente pelo interesse prévio à temática, ocasionados pela participação em eventos e leituras sobre a mesma, fato que intensificou-se dado a realização de estágio supervisionado no processo de graduação voltado ao campo da saúde, onde tornou-se possível observar os desafios nos diversos espaços sócio-ocupacionais desta área e a necessidade de prosseguir com o debate no Serviço Social, trazendo novas provocativas, questionamentos e reflexões.

Dessa forma, considera-se que a investigação da intervenção deste profissional nos diferentes espaços sócio-ocupacionais é de grande relevância, pois oportuniza a reflexão sobre a prática profissional, que por sua vez é atravessada pelos diferentes contextos socioeconômicos, exigências institucionais, agendas políticas, novos debates no campo teórico etc. Xavier e Mito (2014) destacam que a prática profissional constitui-se como um momento de materialização da teoria, que por sua vez, também é construída com base nas experiências profissionais, mantendo uma relação dialética e constante de trocas.

Para mais, compreender como dá-se esta atuação no campo da saúde mental, considerando a inserção junto às equipes multiprofissionais faz-se de grande valor ao Serviço Social, pois permite a concretização da relação teórico-prática, reforçando a importância das diretrizes trazidas pela Lei de Regulamentação nº 8.662 de 7 de Junho de 1993 e o Código de Ética Profissional de 1993, que trouxeram avanços no projeto ético-político da profissão, trazendo uma postura

crítica ao Assistente Social, não só ao seu universo de intervenção, como ao seu próprio agir profissional.

Assim, para proceder o processo de pesquisa com base no tema e na delimitação do objeto, elencou-se uma série de perguntas que necessitavam ser refletidas, considerando que a pesquisa deve ser guiada por um caminho de questões que contemplem uma proposta geral. Estas foram: Por que as equipes de saúde mental precisam ser multiprofissionais? Como estão organizadas as equipes multiprofissionais de saúde mental? Onde estão atuando as equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa? Quais são as atribuições e competências do Assistente Social dentro de uma equipe multiprofissional de saúde mental? Como se dá a intervenção profissional do Assistente Social conjuntamente as equipes multiprofissionais de saúde mental, considerando as observadas no município de Ponta Grossa-PR? Quais são as potencialidades e desafios colocados na intervenção profissional do Assistente Social dentro dessas equipes multiprofissionais de saúde mental, considerando a defesa dos direitos dos usuários?

Por meio destes direcionamentos foi possível definir o objetivo geral do trabalho, o qual trata-se de: Compreender os desafios e potencialidades da intervenção profissional do Assistente Social na área da saúde mental, com base nas experiências dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná. Ainda, foram definidos objetivos específicos para abarcar as outras problemáticas que surgiram ao longo da construção do projeto de pesquisa, sendo eles:

- Apresentar os pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com as legislações vigentes;
- Descrever a composição das equipes multiprofissionais dos pontos de atenção presentes no município de Ponta Grossa, Paraná, conforme as previsões da Política Nacional de Saúde Mental e legislações pertinentes;
- Identificar os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial presentes no município de Ponta Grossa, Paraná;
- Explicar através do debate profissional e referências na literatura a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental e suas reverberações na atualidade;

- Identificar as atribuições e competências do Assistente Social na Rede de Atenção Psicossocial, conforme as previsões do Código de Ética profissional de 1993 e a Lei de Regulamentação nº8.662 de 07 de Junho de 1993;
- Apreender como se dá a intervenção profissional do Assistente Social nas equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Ponta Grossa, Paraná, no ano de 2023.

No que concerne a metodologia da pesquisa, a mesma caracteriza-se como qualitativa, tendo o caráter exploratório e descritivo. A abordagem qualitativa mostra-se de grande importância para o campo das ciências sociais aplicadas, principalmente porque tem como propósito compreender as interpretações, significados, análises e reflexões feitas pelas próprios sujeitos, não baseando-se apenas em dados numéricos e estatísticos (MARTINELLI, 1999).

Esta forma de investigar, garante ao pesquisador o contato direto com os sujeitos, que não guia-se meramente por métodos e/ou procedimentos absolutos e imutáveis, estes devem garantir a oralidade entre o participante e o pesquisador, considerando que ambos podem contribuir, de forma participante e ativa na pesquisa, trazendo suas considerações e visões. Outro destaque nesta forma de abordagem é que, não torna-se necessário um grande número de participantes para a pesquisa, pois é priorizado o contato aprofundado com cada um deles, ao invés da quantidade de respostas obtidas. A composição dos integrantes que irão participar da pesquisa pode ser intencional, tendo como foco aqueles que podem prestar informações ricas e representar um grupo de pessoas, como é chamado o sujeito coletivo (MARTINELLI, 1999).

Martinelli (1999) ainda coloca que a pesquisa qualitativa é essencialmente política e igualmente, faz parte de um exercício político, composto plenamente de intencionalidades, que se fazem presentes em cada escolha do pesquisador, como seus objetivos, os participantes, as estratégias utilizadas e a análise realizada no final deste processo.

No que refere-se à denominação da pesquisa exploratória, esta tem como objetivo proporcionar maior familiaridade e aproximação com o tema selecionado, sendo mais comum com objetos que ainda são pouco pesquisados dentro do campo. Gil (2002) pontua que estas pesquisas buscam aprimorar ideias ou descobrir intuições, abrangendo aspectos variados acerca do assunto estudado, devido ao seu planejamento mais dinâmico.

Enquanto que, nas pesquisas descritivas, é realizado, para além da descrição de um fenômeno, população e/ou variável, a observação sistemática sobre determinado objeto, na busca de compreender o meio que está inserido e as relações que o permeiam. Neste sentido, destaca-se que a mesma torna-se importante no processo de caracterização e aprofundamento na trajetória da investigação.

As pesquisas de cunho descritivo, juntamente às exploratórias, são habituais aos pesquisadores sociais que encontram-se preocupados com a intervenção prática, permitindo a composição de estudos que aliem os conhecimentos práticos aos teóricos (GIL, 2002).

Após a classificação da metodologia, partiu-se para seleção de técnicas que seriam utilizadas ao longo do processo de investigação, sendo uma delas a pesquisa bibliográfica e documental, a fim de apropriar-se das categorias, bem como compreender, com maior profundidade, o debate acerca do tema e as legislações vigentes da área da Saúde Mental e Serviço Social. A fundamentação teórica compôs o desenvolvimento integral da pesquisa, direcionando o debate principalmente por meio de autores (as) como Paulo Amarante (2000, 2007 e 2018), Ivani Catarina Arantes Fazenda (2005), Hilton Japiassu (1976), Marilda Villela lamamoto (2009 e 2010), Divanir Eulália Naréssi Munhoz (2008), José Augusto Bisneto (2011), Lucia Cristina dos Santos Rosa (2012) e Amanda Furtado Mascarenhas Lustosa (2012).

Ainda, na pesquisa documental utilizou-se de legislações e documentos como: Lei nº10.216, de 06 de Abril de 2001, Portaria n °336 de 19 de Fevereiro de 2002, Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011, Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde/CFESS, Caderno 8: Discriminação contra população usuária da saúde mental/CFESS, Plano Municipal de Saúde 2022-2025, Resolução nº 218 de 06 de Março de 1997, Resolução nº 383, de 29 de Março de 1999, Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017, Código de Ética Profissional de 1993, Lei de Regumentação nº8.662 de 07 de Junho de 1993, entre outros.

Para aproximação e coleta de dados, realizou-se a pesquisa em campo, onde definiu-se como participantes de pesquisa os (as) Assistentes Sociais alocadas nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná. Neste sentido, o principal critério de inclusão para



participação tratou-se da formação em Serviço Social, bem como excluí-se os (as) profissionais desta área que estivessem realizando a residência, considerando que nesta especialização o período de intervenção é de 2 (dois) anos com rotatividade entre os serviços, dificultando a coleta de informações que retratem o contínuo acompanhamento e monitoramento dos serviços prestados aos usuários, bem como a participação efetiva em equipe multiprofissional.

Ao todo foram realizadas 3 (três) entrevistas semiestruturadas (Apêndice A), no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) e no Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental, durante o mês de Maio do corrente ano. Enquanto que, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) não possuía profissional de Serviço Social no período de coleta de dados, motivo pelo qual optou-se pela realização de um Formulário *Google* (Apêndice B), respondido pela coordenação do local, a fim de sanar questões inerentes a caracterização do serviço como demandas atendidas, público-alvo, desafios enfrentados, composição da equipe multiprofissional e território de atuação.

Posto isso, observa-se que atualmente as plataformas que desenvolvem formulários virtuais passaram a ser amplamente utilizadas, sendo que são vistas como uma técnica metodológica propriamente dita, as quais podem ser facilitadoras do processo de pesquisa, dado as múltiplas funcionalidades e opções que são oferecidas. Além disso, para pesquisas que buscam um longo alcance estas viabilizam que a coleta de dados seja estabelecida, de maneira eficiente e didática (ANDRES *et al*, 2020).

Destaca-se que, optou-se pela técnica da entrevista semiestruturada, pois está entre a entrevista aberta e fechada, onde o(a) pesquisador(a) pode delimitar as questões previamente, mas o diálogo é realizado de maneira menos metódica, como uma conversação natural. Como citam Boni e Quaresma (2005, p.75):

O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

Dentre os benefícios desta forma de entrevistar estão a possibilidade de aprofundar-se em determinados temas, a maior facilidade na interação entre entrevistador e entrevistado, a elasticidade quanto à duração, bem como podem produzir resultados com maior profundidade (BONI; QUARESMA, 2005). Boni e Quaresma (2005) ainda pontuam que as respostas dadas de forma mais espontânea e a possibilidade de adaptação e acréscimo de questões por parte do (a) pesquisador (a) são de grande utilidade na obtenção de dados para determinado estudo.

Cabe ressaltar que, como a pesquisa realizada foi planejada com base nesta forma de coleta de dados, solicitou-se o termo de anuência da instituição competente, ou seja, ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa (PMPG). Após a autorização ser expedida, submeteu-se o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, junto às outras documentações solicitadas, sendo que o mesmo foi aprovado por meio do parecer 6.023.427, no mês de Abril.

Ainda, disponibilizou-se a todos os participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), sendo que anteriormente a realização da entrevista foi explicado a cada profissional sobre o que tratava-se a pesquisa<sup>1</sup> e os seus direitos ao longo da mesma, dispostos na Resolução nº510 de 07 de Abril de 2016, sendo eles:

São direitos dos participantes:

- I - ser informado sobre a pesquisa;
- II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
- III - ter sua privacidade respeitada;
- IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
- V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
- VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e
- VII – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

---

<sup>1</sup> Neste momento, disponibilizou-se uma cópia da carta de autorização do Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa (PMPG) e do Parecer Consubstanciado do CEP emitido pela Plataforma Brasil.

Após a obtenção das respostas, realizou-se a transcrição<sup>2</sup> dos depoimentos, considerando que, o fichamento detalhado deste material é fundamental para sistematização e compreensão com maior profundidade nas temáticas em comum das distintas entrevistas. Cassab e Ruscheinsky (2004) evidenciam que, com os materiais transcritos podendo ser visualizados simultaneamente, torna-se possível “identificar as diversas informações prestadas sobre um mesmo assunto, o que se torna praticamente impossível ouvindo somente as gravações” (2004, p.17).

Neste momento, também foi desenvolvido os códigos acerca de como seriam citadas as profissionais de Serviço Social, considerando o sigilo e preservação de seus dados, sendo assim optou-se pela seguinte identificação<sup>3</sup>: Assistente Social I (CAPS i), Assistente Social II (CAPS AD) e Assistente Social III (Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental).

Para análise destes resultados, apoio-se na Análise de Conteúdo, método que conta com 3 (três) fases principais, a primeira sendo a pré-análise onde é selecionado, organizado e preparado o material a ser analisado, a segunda onde ocorre a exploração do material, momento em que acontece o processo de codificação e categorização dos conteúdos obtidos através do material escolhido e, por fim a terceira fase que refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, onde os dados obtidos são tratados observando se são válidos, bem como também podem ser submetidos a provas estatísticas e interpretados pelo (a) pesquisador (a) (BARDIN, 1997).

Nesta etapa, a fim de afunilar o que seria debatido, foram elencadas as 3 (três) principais categorias: Atribuições, Competências e Funções do (a) Assistente Social e Compreensão da Equipe Multiprofissional, Autonomia Profissional em Relação a Equipe Multiprofissional e Desafios e Potencialidades do (a) Assistente Social na Saúde Mental. Os depoimentos foram organizados em forma de quadros, sendo que quando a transcrição era inaudível utilizou-se do código “(...)”, ou ainda quando a fala era extensa, mas o conteúdo selecionado tratava-se de trechos específicos colocou-se o símbolo “[...]”.

---

<sup>2</sup> No momento de transcrição dos depoimentos obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas, realizou-se correções gramaticais pontuais, visando o melhor entendimento do (a) leitor (a), sem que se perdesse a veracidade e confiabilidade dos relatos obtidos.

<sup>3</sup> No capítulo II, estas profissionais foram caracterizadas.

Dessa forma, como resultado de todas estas etapas da pesquisa, este trabalho organiza-se em 3 (três) capítulos. O primeiro intitulado de “Contextualização da Política Nacional de Saúde Mental” tem como objetivo apresentar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e os principais marcos históricos e legais que antecederam a sua constituição. Neste sentido, por meio da pesquisa bibliográfica e documental, retomou-se os principais acontecimentos na saúde mental desde a proeminência do Movimento da Luta Antimanicomial, que levou à Reforma Psiquiátrica, considerando a importância de delimitar questões gerais do próprio campo de saúde mental, para compreender o espaço sócio-ocupacional em que o profissional de Serviço Social está inserido. Destaca-se que o mesmo está dividido em 2 (dois) subitens que são: Os marcos históricos da saúde mental no Brasil: do Movimento da Luta Antimanicomial à criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Configuração da Rede de Atenção Psicossocial.

O segundo capítulo nomeado de “A Rede de Atenção Psicossocial no município de Ponta Grossa - Paraná”, buscou identificar os pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal, ou seja, trouxe a delimitação do universo de pesquisa, caracterizando-o no primeiro subitem, intitulado de “Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial no município de Ponta Grossa - PR”. Ainda, no segundo subitem com título “Equipes multiprofissionais dos pontos de atenção de saúde mental no município de Ponta Grossa - Paraná”, houve a descrição das equipes multiprofissionais presentes dentro destes equipamentos, realizando um comparativo com as legislações pertinentes. Nesta unidade, utilizou-se tanto da pesquisa bibliográfica e documental, como das entrevistas das Assistentes Sociais, que trouxeram importantes apontamentos sobre as características de cada serviço e as equipes que faziam parte dos mesmos.

O último capítulo, que chama-se “Serviço Social e saúde mental: A inserção profissional e outros debates”, encontra-se também dividido em 2 (dois) subitens, o primeiro intitulado de “Debate profissional do Serviço Social no campo da saúde mental”, apoia-se na pesquisa bibliográfica e documental, buscando explicar o caminho para inserção do (a) Assistente Social nesta área e as reverberações na prática profissional na atualidade. E o segundo subitem nomeado de “Desafios e Potencialidades: A intervenção profissional do Assistente Social na saúde mental do município de Ponta Grossa - Paraná”, que foca na intervenção profissional relatada pelos (as) Assistentes Sociais dos equipamentos investigados, identificando as

atribuições e competências profissionais, desafios e potencialidades encontrados na atuação e autonomia profissional em relação a equipe multiprofissional.

Em síntese, a pesquisa alcançou seus objetivos, trazendo importantes considerações acerca desta intervenção profissional que ainda é pouco explorada no campo teórico, necessitando de maiores investimentos. De maneira linear, buscou-se realizar uma contextualização geral acerca da RAPS e dos principais apontamentos sobre a saúde mental, após isto encaminhou-se para a caracterização municipal, que trouxe significativas contribuições para identificação do universo de pesquisa e equipes multiprofissionais dos espaços e ao final foram trazidas reflexões sobre a atuação do (a) Assistente Social neste campo, suas particularidades, desafios e potencialidades.

## **CAPÍTULO 1**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

O presente capítulo tem como objetivo a apresentação dos pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscando realizar uma contextualização dos seus principais antecedentes e marcos históricos. Definiu-se como ponto de partida a década de 1970<sup>4</sup>, resgatando o Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. Foi por meio dessas lutas em prol dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico que a Lei nº10.216, de 06 de Abril de 2001 foi instituída, e posteriormente outras legislações e normativas foram desenvolvidas.

Ainda, destaca-se que utilizou-se desde recorte temporal, pois o capítulo busca realizar uma contextualização prévia do chão do exercício profissional do Assistente Social neste campo específico, já que torna-se necessário observar os avanços e desafios na política pública para compreender como se dá a inserção da profissão na saúde mental.

Por fim, este capítulo do documento baseia-se na pesquisa bibliográfica e documental, onde utilizou principalmente do autor Paulo Amarante (2000, 2007 e 2018), bem como das legislações pertinentes a temática, sendo elas, a Lei nº10.216, de 06 de Abril de 2001, a Portaria n °336 de 19 de Fevereiro de 2002 e a Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011.

#### **1.1 OS MARCOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL À CRIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

A concepção de saúde mental vem sendo transformada no decorrer dos séculos e cenários, sendo um fator inerente de sua composição a complexidade em delimitá-la. Amarante (2007) cita que diferentemente da psiquiatria, este campo engloba múltiplos conhecimentos e diversos atores, executando intervenções técnicas distintas. O campo da saúde mental é caracterizado como plural,

---

<sup>4</sup> Destaca-se que, o primeiro subitem deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo demarcar os principais marcos históricos brasileiros deste campo, considerando o desenvolvimento da política pública, bem como abordar brevemente a concepção de saúde mental na contemporaneidade. Para uma leitura sobre os aspectos históricos desta temática indica-se a obra “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” de Paulo Amarante (2007).

transversal e intersetorial, não reduzindo-se apenas a um ramo profissional ou até mesmo aos estudos de doenças psíquicas (AMARANTE, 2007).

O processo de entendimento da saúde mental, está intrinsecamente relacionado à noção de loucura, o qual reflete-se na forma de tratamento e percepção social dos sujeitos que encontram-se em sofrimento psíquico<sup>5</sup>. O estigma<sup>6</sup> a estes indivíduos permeia as relações sociais e institucionais, principalmente porque têm-se fortalecido cultural e socialmente a associação do sofrimento mental com a improdutividade e/ou incapacidade (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Como cita Figueiredo, Delevati e Tavares (2014, p.123), “A loucura é uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes”. Dessa forma, compreende-se que como produto de nossa sociedade, também foi sendo transformada ao longo dos séculos, sendo que já foi analisada dos mais diferentes ângulos, como o mitológico-religioso, o filosófico, o clínico etc.

Neste sentido, o significado e a construção da saúde mental relacionavam-se diretamente às formas de tratamento da dita loucura. Na contemporaneidade, há a percepção que, para além de um campo de intervenção profissional (para diversas formações como enfermagem, medicina, psicologia, serviço social etc) ou um eixo das políticas públicas da saúde, a noção de saúde mental compõem um processo. Ou seja, não diz respeito somente a fatores biológicos e psicológicos na realidade do (a) indivíduo, associado exclusivamente a doença diagnosticada, mas também social, já que há fatores externos (vida financeira, laços familiares, relações de trabalho etc) que influenciam e afetam a vida cotidiana, e conseqüentemente as condições de saúde dos sujeitos (AMARANTE, 2007).

Como citado por Filho, Coelho e Peres (1999, p. 123):

---

<sup>5</sup> No presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) fez-se a escolha da utilização do termo “pessoa em sofrimento psíquico”, considerando que outros termos como “pessoa com desordem mental”, “pessoa com transtorno mental” e/ou “portadores de doença mental” refletem a ideia de incapacidade, periculosidade e/ou irracionalidade. Enquanto que, o termo optado demonstra um olhar sobre o sujeito e sua experiência, ou seja o foco está no mesmo e em sua vivências e não única e exclusivamente no diagnóstico de uma doença mental (AMARANTE, 2007).

<sup>6</sup> Para Goffman (1981), o estigma trata-se de um processo social que engloba as expectativas e projeção dos sujeitos uns sobre os outros, sendo o estigmatizado aquele que apresenta um atributo distinto, fazendo com que os demais afastam-se, ou ainda realizem ações depreciativas e/ou negativas em relação ao mesmo.

[...] a saúde mental significa um *socius* saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que se decreta o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política.

Com isso, percebeu-se a necessidade da construção de serviços, práticas e políticas que seguissem esta lógica e compreendessem o caminho para a realização de um acolhimento eficiente e seguro, formulando espaços onde este público pudesse ser ouvido e expressar-se com profissionais capacitados e comprometidos. Como destacado por Amarante (2007, p.82):

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais.

Para tanto, as transformações psiquiátricas percorreram uma longa trajetória no Brasil até que se atingisse esta visão, sendo que foi a Reforma Psiquiátrica o processo sócio-histórico responsável por modificar o modelo tradicional de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, no qual os sujeitos eram submetidos, dentro de hospitais psiquiátricos a condições insalubres, maus-tratos e a tratamentos desumanos (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Este processo foi influenciado por conjunturas externas de práticas e teorias<sup>7</sup> que abordavam um novo viés para a psiquiatria. Um exemplo foi a antipsiquiatria, que surgiu na Inglaterra em meados de 1960, como um movimento “*underground*”<sup>8</sup> da contracultura, realizando críticas radicais ao saber médico-psiquiátrico, a institucionalização e ao entendimento da loucura (com ênfase na esquizofrenia). Neste sentido, este movimento buscou desenvolver um novo projeto de comunidade terapêutica, que não mantivesse as estruturas hospitalares anteriores, as quais reforçavam ideais hierarquizantes, bem como de preservação da ordem societária (AMARANTE, 2000).

Um dos principais autores de referência desta compreensão psiquiátrica, Ronald Lang, atribuía a noção de loucura a um fato político e social, considerando o núcleo familiar o principal responsável por fomentar a loucura em seus membros.

<sup>7</sup> A revisão histórica das influências internacionais da Reforma Psiquiátrica no Brasil estão fundamentadas em Amarante (2000).

<sup>8</sup> Termo citado na obra “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” de Paulo Amarante (2000).



Dentro deste entendimento, a loucura poderia ser uma experiência positiva de libertação em um cenário de alienação geral, bem como “a reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento” (AMARANTE, 2000, p.44).

As experiências da antipsiquiatria, como a realizada no Hospital Psiquiátrico Público de Shenley, em Londres, onde desenvolveu-se a “Vila 21” como uma espécie de prática dos ideais deste movimento com pacientes diversos e que ainda não haviam passado por nenhum tratamento, durante 1962 a 1966, levantaram apontamentos importantes acerca da desinstitucionalização e do ideário da “doença mental” como princípio fundante de saúde mental (AMARANTE, 2000).

Em consonância, na Itália também desenvolviam-se novas experiências de grande importância para as bases da reforma psiquiátrica brasileira. A psiquiatria democrática italiana, iniciada principalmente por Franco Basaglia, buscava em seu cerne, mudanças radicais no que refere-se a lógica terapêutica de tratamento da loucura, onde a doença era o foco, enquanto os sujeitos e suas vivências estavam em segundo plano. Conseqüentemente, a interpretação da loucura como exclusivamente doença, provocava o distanciamento do indivíduo em sofrimento mental do espaço social (trabalho, comunidade, família etc), devido a sua exclusão social, se não por estigmas, pelo enclausuramento em hospitais manicomiais (AMARANTE, 2000).

Em Gorizia, nos anos de 1960, Basaglia construiu um processo de humanização em um manicômio, onde buscou desconstruir as violências institucionais formuladas dentro destes espaços, que atingiam a integridade física, social, emocional e mental dos sujeitos assistidos, que eram mantidos aprisionados em posição de sujeição total e privação de liberdade. Esta primeira experiência, que foi executada com grande resistência sociopolítica, demonstrou ao psiquiatra italiano a necessidade de, não só humanizar estes espaços, mas sim romper com a lógica dos mesmos (SERAPIONI, 2019). Posteriormente, em um hospital psiquiátrico em Trieste, o líder deste movimento promoveu o desmonte deste aparato manicomial, desenvolvendo diversos centros de saúde mental e outras modalidades de atenção a este público (AMARANTE, 2000).

O movimento Psiquiatria Democrática, fundamentado sob as bases basaglianas, disseminou no cenário político a necessidade da reforma psiquiátrica italiana. Como reverberação, em 1978, é instituída a conhecida Lei Basaglia,

responsável por determinar a extinção progressiva dos manicômios nos territórios da Itália, que posteriormente tornaria-se referência para as primeiras legislações brasileiras voltadas aos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Com o desenvolvimento destas novas práticas, saberes e teorias, difundidas globalmente, no cenário brasileiro começam a despontar os primeiros indícios para a construção da Reforma Psiquiátrica, sendo que este processo iniciou-se com o acontecimento conhecido como “Crise da DINSAM”, que ocorreu em 1978. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde tratava-se de um órgão governamental voltado à formulação de políticas específicas ao campo da saúde mental (AMARANTE, 2000).

As condições de trabalho dos (as) profissionais que atuavam nesta área eram precárias, além de que a DINSAM não realizava concursos públicos, mantendo os mesmos como “bolsistas”, com cargos mal remunerados e jornadas excessivas. Além disso, o atendimento ofertado aos usuários dos serviços vinham indignando as equipes que compunham essas instituições, dessa forma ocorreram diversas denúncias que retratavam situações de violência, abuso e maus-tratos (AMARANTE, 2000). Como colocado por Amarante e Nunes (2018, p.2068):

A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses.

Neste contexto, ainda no mesmo ano (1978) surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), como uma mobilização em defesa dos direitos trabalhistas daqueles que estavam empregados na saúde mental, bem como da proposta de transformações na assistência psiquiátrica. O MTSM foi de extrema importância na luta e nas reivindicações dos (as) empregados (as) da saúde mental, bem como da população usuária, organizando encontros e fomentando pautas necessárias naquele período. Como pontuado por Amarante (2000, p.52):

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Por meio de conferências, simpósios, congressos e encontros, as discussões acerca da necessidade de mudanças nas formas de atendimento e organização dos serviços a população em sofrimento psíquico foram expandindo-se, destacando o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que ocorreu em 1987, em Bauru - São Paulo. Foi por meio desta organização, que tinha como lema “por uma sociedade sem manicômios”, que o MTSM passou a constituir um movimento social mais amplo, nomeado de Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), contando não só com trabalhadores, como também com usuários, familiares, apoiadores e membros de outras entidades (AMARANTE; NUNES, 2018). Segundo Amarante e Nunes (2018, p. 2069):

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomiais. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

Ainda neste mesmo ano (1987), marcando um momento de extrema importância, temos a criação inovadora do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nomeado de Luiz da Rocha Cerqueira e estabelecido no município de São Paulo. Dois anos após o fato, temos o desenvolvimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), influenciados pelo acontecimento da intervenção pública municipal no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em Santos, Estado de São Paulo, local privado no qual constataram-se situações de maus-tratos e violência extremos aos pacientes atendidos (BRASIL, 2005).

Ambos os serviços, bem como outros que começaram a surgir neste período, a exemplo dos hospitais-dia, são regulamentados inicialmente pela portaria nº 189 de 19 de Novembro de 1991, estabelecida pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), na qual os mesmos são inseridos no sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Como apontado por Amarante e Nunes (2018, p. 2071):

Em pouco tempo passa a ter visibilidade a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, e regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial

e a internação hospitalar. Muitos outros dispositivos são criados, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros. Este crescimento revela a riqueza e a criatividade dos atores da RP<sup>9</sup> no âmbito do SUS. É importante destacar que, ao mesmo tempo em que as portarias propiciaram o aumento da rede, por outro limitaram sua autonomia em termos de inovação e resolubilidade.

Concomitante ao desenvolvimento destes processos, o projeto de lei (PL) 3.657 de 12 de Setembro de 1989, de autoria do deputado Paulo Delgado era debatido em âmbito nacional. Conforme estabelecido, o PL previa a extinção de instituições manicomiais de maneira progressiva, que seriam substituídas por recursos assistenciais distintos (BRASIL, 1989).

A proposta desencadeou o interesse nacional no assunto da saúde mental, onde diferentes grupos sociais começaram a posicionar-se, de forma favorável ou contrária às ideias sugeridas, situando o PL como um marco jurídico-político de grande importância naquele cenário. Ainda, a partir deste projeto, outros Estados viram-se incentivados a elaborar e aprovar suas próprias legislações voltadas à atenção psicossocial, como foram os casos do Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte (AMARANTE, 2000).

Na justificativa da proposta aponta-se a importância de delimitar limites legais a dispositivos psiquiátricos como manicômios, que apoiavam-se na coerção para manter as estruturas e já não mostravam-se mais como uma resposta ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Por fim, é destacado na mesma que (BRASIL, 1989, p.10697):

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - da única forma possível - o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos

Neste sentido, tornava-se cada vez mais necessário uma elaboração legal das mudanças no modelo manicomial, não só no Brasil como em outros países da América Latina<sup>10</sup>. Para além das lutas e movimentos que foram expandindo-se

<sup>9</sup> A sigla significa Reforma Psiquiátrica.

<sup>10</sup> A exemplo, em Novembro de 1990, temos assinada a Declaração de Caracas, documento formulado na Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, que ocorreu na Venezuela. O mesmo previa a necessidade da promoção de modelos alternativos dentro do campo da saúde mental que resguardassem a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis da pessoa em sofrimento psíquico (OMS/OPAS, 1990).

durante as três décadas citadas (1970-1990), buscava-se instituir uma legislação com impacto nacional, que representasse os avanços conquistados naquele período.

A Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, que foi formulada para substituir o PL anterior, o qual permaneceu 12 (doze) anos em tramitação e não foi aprovado, representou uma grande conquista para Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda que não abarcasse as discussões acerca da desinstitucionalização dos processos que envolvem a saúde mental. Para Amarante<sup>11</sup> (2007, p.70):

Um passo decisivo nesta direção foi dado com a promulgação da Lei 10.216 em 6 de abril de 2001. Embora o projeto original tenha sido rejeitado, após 12 anos de tramitação, foi aprovado um substitutivo, que dispõe sobre "a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". O texto da lei aprovada não assegurou algumas aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. Mesmo assim, revogou a arcaica legislação de 1934, que ainda estava em vigor, e significou um avanço considerável no modelo assistencial. Ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Conforme destacado, a mesma dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, não havendo qualquer forma de discriminação para o acesso no que diz respeito "à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra" (BRASIL, 2001). Ainda, a legislação pontua sobre quais são estes direitos, destacando o tratamento com humanidade e respeito, no qual se preze pelo interesse exclusivo à saúde do (a) paciente, que deve ter possibilidade de estabelecer um diálogo com os (as) profissionais, recebendo o maior número de informações acerca de sua situação e formas de recuperação (BRASIL, 2001).

A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, simultaneamente trata sobre o redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental, trazendo considerações sobre o internamento e suas diferentes formas. No texto do aparato legal, a internação passa a ser indicada quando outros recursos extra-hospitalares mostram-se insuficientes, sendo que o tratamento deve visar a reinserção social do

---

<sup>11</sup> Na citação disposta no texto, Amarante (2007) refere-se ao Decreto nº 24.559, de 03 de Julho de 1934, que dispunha sobre "a profilaxia mental, a assistência e proteção á pêssoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outros providências". A legislação previa que, os ditos "psicopatas" que dispusessem de laudo médico, deveriam ser mantidos em hospitais psiquiátricos ou sob a assistência familiar do Estado ou própria família, destacando que os mesmos não poderiam exercer, absoluta ou relativamente, às atividades que tratavam de sua vida civil (BRASIL, 1934).

(a) usuário (a) e, ainda deve ser oferecida por meio de instituições que possam prestar assistência integral e serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc, sem características asilares (BRASIL, 2001).

Por fim, no que tange a Lei, as formas de internação previstas são a internação voluntária, quando o (a) próprio (a) usuário (a) busca os serviços, assinando uma declaração de consentimento escrito afirmando que optou por esta forma de tratamento, a internação involuntária que dá-se por pedidos de terceiros, como familiares, devendo ser notificado o Ministério Público Estadual e a internação compulsória, que é aquela determinada pela Justiça após análise do caso por juiz competente (BRASIL, 2001).

Amarante (2007) destaca que apenas o diálogo sobre cidadania, ou ainda a aprovação de legislações não é suficiente para tornar as pessoas cidadãos e com acesso aos direitos, exigindo mudanças drásticas nas mentalidades, atitudes e relações sociais. As transformações socioculturais dentro das instituições e entre os (as) profissionais começaram a tornar-se reais, onde buscava-se pela expansão de novos espaços menos burocratizados para o acolhimento e atendimento deste público.

Durante a década de 2000, diversos hospitais psiquiátricos foram fechados, após o início da fiscalização por parte do poder público, que implantou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH) em 2002 dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por avaliar tecnicamente esses locais conveniados ao SUS, fossem os mesmos privados ou públicos (AMARANTE; NUNES, 2018).

No mesmo ano, é aprovada a Portaria n.º 336 de 19 de Fevereiro de 2002, que reestrutura os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, que eram distintos de acordo com o porte e abrangência populacional, mas possuíam a mesma função, que tratava-se do atendimento público em saúde mental para pacientes em sofrimento psíquico severos e persistentes (BRASIL, 2002).

Este atendimento pode ser de forma intensiva, semi-intensiva ou não-intensiva<sup>12</sup>, sendo que em cada modalidade também são referenciadas as

---

<sup>12</sup> Conforme definido na Portaria n.º 366/2002, o atendimento intensivo trata-se daquele destinado a pacientes que necessitam de acompanhamento diário devido ao seu quadro clínico, o semi-extensivo é indicado a pacientes que necessitam de atendimento com moderada frequência, já o não-intensivo abarca os pacientes que precisam de um acompanhamento em menor grau (BRASIL, 2002).

formas de assistência prestadas, bem como os recursos humanos mínimos alocados em cada uma destas.

Após 9 anos de existência da legislação apontada, é formulada a Portaria nº3.088 de 23 de Dezembro de 2011, que agora não aborda apenas um serviço específico, mas sim formula a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando os diferentes níveis de complexidade e a necessidade de uma articulação e integração mais ampla dos diferentes pontos de atenção presentes em território brasileiro (AMARANTE; NUNES, 2018).

Com a instituição da RAPS houve a ampliação e aprimoramento dos serviços, bem como foram promovidas novas estratégias de acesso para a população em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (AMARANTE; NUNES, 2018).

Amarante (2007) destaca a importância da organização e articulação em rede dentro das políticas de saúde mental e atenção psicossocial, principalmente considerando a trajetória experienciada neste campo no contexto sócio histórico brasileiro, devendo que nesta sejam formulados “pontos de encontro, de trajetórias de cooperação de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.86).

Por fim, observa-se que o caminho traçado pelos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e pelo fim das formas de tratamento asilares, que violavam direitos fundamentais como a liberdade, autonomia e dignidade humana, foi desafiador e ainda vem sendo desenvolvido na atualidade, necessitando o continuidade no que envolve estes debates, assim como, o fortalecimento e crescimento da rede.

## 1.2 A CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Portaria nº3.088 de 23 de Dezembro de 2011 foi responsável por instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual é voltada às pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como finalidade principal a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde” voltadas a este público (BRASIL, 2011).

A RAPS atua conforme as diretrizes construídas por meio da Reforma

Psiquiátrica no Brasil, que visa o respeito pelos direitos humanos, garantindo autonomia, liberdade, equidade, acesso aos serviços e atenção integral humanizada, combate a preconceitos e estigmas e a construção de ações regionalizadas e diversificadas que atendam de diferentes formas as demandas presentes neste universo (BRASIL, 2011). Ainda, no que diz respeito aos objetivos gerais da legislação, os mesmos são (BRASIL, 2011):

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

No ano de 2017, com a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro, que consolida as normas sobre redes no Sistema Único de Saúde (SUS), houve a revogação da antiga Portaria nº3.088/2011, porém, preservou-se grande parte do texto legislativo original, sendo realizadas pequenas modificações no que concerne a organização da rede. Neste sentido, a promoção e ampliação dos pontos de atenção da rede, que oportunizem o maior acesso à população trata-se ainda da principal finalidade, sendo que, para isso a mesma organiza-se em 7 (sete) componentes gerais, que são a atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2017a). Cada um destes componentes, possuem pontos de atenção específicos, conforme destacado no quadro abaixo:

Quadro 1- Composição da Rede de atenção Psicossocial conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017

(continua)

<b>Composição da Rede de Atenção Psicossocial</b>	
<b>COMPONENTES</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO</b>
Atenção básica em saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS)
	Equipes de Atenção Básica
	Equipes de Atenção Básica para populações específicas ( Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório)
	Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)



Quadro 1- Composição da Rede de atenção Psicossocial conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017

(conclusão)

<b>Composição da Rede de Atenção Psicossocial</b>	
<b>COMPONENTES</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO</b>
Atenção básica em saúde	Centros de Convivência e Cultura
Atenção psicossocial especializada	Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I)
	Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)
	Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)
	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)
	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III)
	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i)
Atenção de urgência e emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)
	Sala de Estabilização
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral
	Unidades Básicas de Saúde (UBS)
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil)
	Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção hospitalar	Leitos de psiquiatria em hospital geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral)
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para a Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Org.: A autora.

Fonte: BRASIL. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, 03 out. 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 22 jun. 2023.

A atenção básica em saúde, refere-se a porta de entrada do SUS, ou seja, compõem o primeiro nível de complexidade do sistema, onde os (as) usuários (as) devem ter preferencialmente o contato inicial com a rede, a qual deve promover a proteção, promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde aos mesmos, por meio de ações diversas que abarque a dinâmica, particularidades e transformações de cada território (BRASIL, 2013). Conforme pontuado na Política Nacional de Atenção Básica (2017b):

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

As unidades básicas de saúde (UBS) são as principais referências no que diz respeito a este componente, necessitando possuir infraestrutura e recursos humanos adequados pelo alto quantitativo de atendimentos realizados nestes espaços. Neste sentido, o equipamento é reconhecido como um lugar social, vislumbrado por meio dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2017b).

Como ponto de atenção da RAPS, a mesma tem por objetivo desenvolver ações articuladas no âmbito da saúde mental que oportunizem a prevenção e cuidado para pessoas em sofrimento psíquico, bem como a redução de danos a indivíduos com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2017a).

As equipes de atenção básica à populações em situações específicas, derivadas da equipe de atenção básica, mostram-se como grupos multiprofissionais adicionais construídos para públicos específicos, os quais destacam-se as equipes de consultórios de rua, voltadas a pessoas em situação de rua, considerando a transversalidade em fatores que envolvem a saúde mental e as equipes de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório, que subsidiam suporte clínico as unidades de acolhimento e aos serviços de atenção em regime residencial (BRASIL, 2017a). As mesmas recebem apoio dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), que são definidos da seguinte forma (BRASIL, 2017a):

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas

Enquanto que, o centro de convivência e cultura é formulado como uma unidade pública “articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade” (BRASIL, 2017a). Amarante (2007) destaca a importância da dimensão sociocultural nas transformações que levaram a Reforma Psiquiátrica em níveis nacionais, apresentando-se como um potencializador para a interatividade entre os diferentes atores sociais e para a participação social.

No que refere-se a atenção psicossocial, estas têm como principal equipamento os centros de atenção psicossocial (CAPS), que são os principais serviços referenciados na Política Nacional de Saúde Mental, tendo grande enfoque na RAPS, devido ao seu desenvolvimento interligado as mudanças de paradigmas e experiências neste campo. As diversas modalidades de CAPS estão instituídas na Portaria de Consolidação nº 3/2017, sendo que ao todo são contabilizadas 6 (seis), conforme disposto no quadro abaixo:

Quadro 2 - Modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017

(continua)

Modalidade	Definição
Centro de Atenção Psicossocial I	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.
Centro de Atenção Psicossocial II	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de

Quadro 2 - Modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017

(conclusão)

Modalidade	Definição
Centro de Atenção Psicossocial II	vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
Centro de Atenção Psicossocial III	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas	Atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes

Org.: A autora.

Fonte: BRASIL. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 22 jun. 2023.

Yasui (2010) destaca que a implementação dos CAPS não trata-se apenas de um serviço em si, mas de uma “estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental” (2010, p. 4). Os CAPS constroem, fortalecem e tecem diversas formas de articulação com instituições, segmentos e atores da sociedade.

O atendimento nestes pontos é guiado pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído pela equipe multiprofissional, que tem como objetivo a pactuação

entre usuário (a), familiares, membros da equipe e outros (as) profissionais vinculados à rede acerca das ações que serão desenvolvidas durante o processo de acolhimento e tratamento. Neste sentido, o PTS exige um momento de negociação e compartilhamento de propostas destas partes, considerando a necessidade de chegar a um ponto comum, de conciliação entre as ideias (YASUI, 2010). Como cita Yasui (2010, p. 115):

O cotidiano de um Caps é o de pensar, para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, a sua complexidade. Projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado. Um Caps é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território.

Ainda, no que diz respeito ao conteúdo formulado no projeto, destaca-se que o desenvolvimento interdisciplinar é fundamental para a construção criativa e diversa, com, uma maior gama de atividades, que não só demonstram as habilidades e competências individuais de cada profissional, como também exercita a capacidade da criação de novas ferramentas, que aprimoram os serviços, tornando-os espaços de constante transformação (YASUI, 2010). Os diversos mecanismos como “medicamentos, atendimentos individuais, em grupo, oficinas expressivas, oficinas de geração de renda, projetos de residência terapêutica, articulação com outros serviços no território” (YASUI, 2010, p. 150) e tudo aquilo que puder ser criado e reinventado deve ser aproveitado em prol do (a) usuário (a).

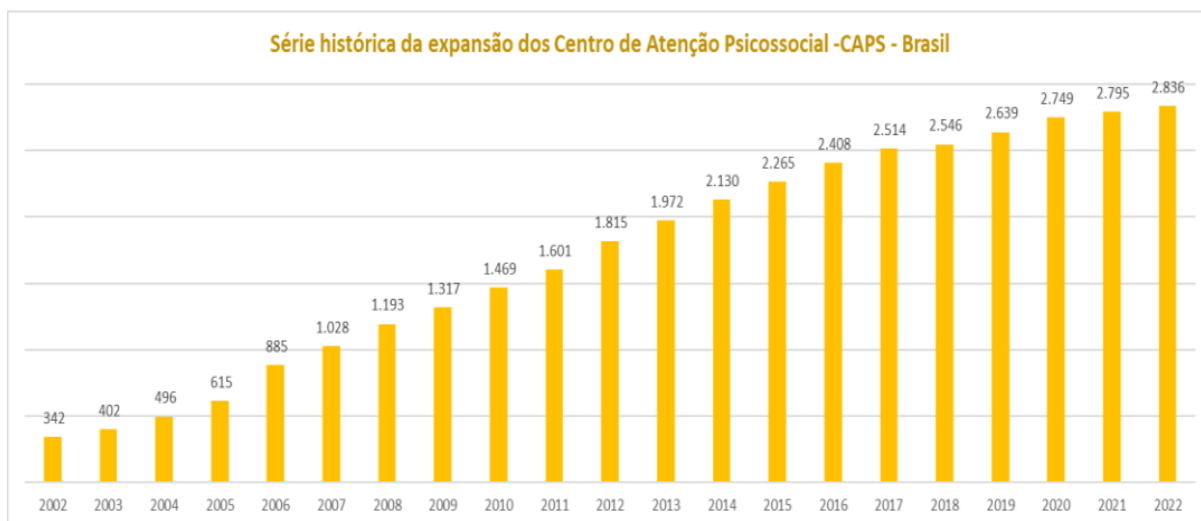
Este é um processo desafiador, pois não existem respostas simples para demandas complexas apresentadas em cada situação, porém, é necessário que haja uma forma clara e acessível de responder cada problemática, tendo a premissa de ser inteligível para todos os (as) participantes. Após o desenvolvimento conjunto, é estabelecido um (a) profissional de referência, para que o PTS seja aprimorado conforme as mudanças e particularidades apresentadas na realidade de cada indivíduo (YASUI, 2010).

Outro destaque comum entre todas as modalidades de CAPS trata-se da forma de acesso, não sendo necessário possuir encaminhamento para buscar esses serviços, mas sim funciona por meio da demanda espontânea, tendo portas abertas para todo público (BRASIL, 2017a).

No ano de 2022, conforme dado publicado pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, têm-se cadastrado 2.836

mil CAPS, dispostos em 1.910 mil municípios brasileiros, tendo um crescimento constante desde 2002, como demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Série histórica de expansão dos Centros de Atenção Psicossocial -CAPS/Brasil



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no sistema único de saúde (sus)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 23 jul. 2023.

A atenção de urgência e emergência, que engloba os serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) 24 horas, as salas de estabilização, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e as unidades básicas de saúde (UBS), realizam o acolhimento em situações urgentes e emergenciais, bem como a classificação de risco e cuidado em momentos de fase aguda que envolvem o sofrimento mental, inclusive decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. No que refere-se ao internamento, estes locais devem estar articulados com os CAPS para realização deste encaminhamento (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, este componente tem como proposta principal o atendimento aos (as) usuários (as) em momentos de crise psiquiátrica, destacando aqueles que causam agitação e agressividade extrema, ideação e/ou tentativa de suicídio, reação aguda ao estresse e/ou estresse pós-traumático, dentre outros. Por isto, requer uma equipe articulada, ágil e qualificada, tendo habilidades no raciocínio lógico e controle emocional (OLIVEIRA; SILVA, 2022).

A atenção residencial de caráter transitório possui como um dos pontos de atenção às unidades de acolhimento, as quais acolhem em ambiente residencial as

demandas encaminhadas pelos CAPS, tendo enfoque nos (as) usuários (as) que possuam “acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório” (BRASIL, 2017a). As mesmas tem como tempo de permanência o período de 6 (seis) meses, funcionando 24 horas por dia e sendo divididos entre as unidades de acolhimento adulto e as unidades de acolhimento infanto-juvenil (BRASIL, 2017a).

Ainda, neste componente de atenção é oferecido os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais destacam-se as Comunidades Terapêuticas, que realizam o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico maiores de 18 anos, por um período de até 9 (nove) meses (BRASIL, 2017a). Destaca-se que, os CAPS possuem papel fundamental para acompanhamento e reinserção do paciente, como apontado na legislação (BRASIL, 2017a):

O Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período e pelo planejamento da saída, em parceria com o Serviço de Atenção em Regime Residencial, e pelo seguimento do cuidado após a saída, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade

A respeito da atenção hospitalar, a mesma divide-se entre os leitos de saúde mental dispostos nos hospitais gerais, os quais são determinados pelo gestor local conforme capacidade da rede e da necessidade clínica, que executam o tratamento hospitalar em casos graves, principalmente quando envolvem crises de abstinência e/ou intoxicação severa pelo uso de alguma substância psicoativa e os serviços hospitalares de referência para saúde mental em hospital geral que oferecem a “retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional” (BRASIL, 2017a), destacando que estas devem seguir as diretrizes, princípios e normativas estabelecidas na Lei 10.2016/2001, no que refere-se ao cuidado com o (a) paciente e o internamento em si.

As Estratégias de Desinstitucionalização são um componente de grande relevância, considerando as tramas e problemáticas vivenciadas no âmbito da saúde mental no Brasil, principalmente após o abandono da visão hospitalocêntrica. Neste sentido, diferencia-se o processo de desinstitucionalização neste campo, que abarca uma desconstrução de diversos saberes, práticas e conhecimentos, diferenciado-se da desospitalização. Conforme Amarante (2000, p.49):

Neste sentido, desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com fenômenos sociais e históricos.

Os pontos de atenção dispostos neste componente são voltados ao público em situação ou egressas de internação de longa permanência, buscando ofertar e garantir o cuidado integral por meio de estratégias substitutas, que promovam progressivamente a inclusão social. Nestas destacam-se os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), destinados ao acolhimento em formas de moradias inseridas na comunidade, tendo como público alvo “pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros” (BRASIL, 2017a).

Enquanto que, o Programa de Volta para Casa, o qual foi instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, tem como proposta a concessão de auxílio-reabilitação psicossocial para indivíduos que já passaram pela internação de longa permanência e não possuam mais necessidades e/ou condições que justifiquem sua permanência em hospitais psiquiátricos, sejam estas clínicas e/ou sociais Os requisitos cumulativos para o acesso ao benefício, conforme a legislação, são (BRASIL, 2003):

- I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
- II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
- III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;
- IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

No que refere-se ao valor estipulado, este foi alterado pela Portaria nº 1.108 de 31 de Maio de 2021, para 500 reais (quinhentos reais), sendo que anteriormente o valor do benefício era de 240 reais (duzentos e quarenta reais). Este deve ser pago diretamente ao (à) beneficiário (a), por meio de convênio com instituição financeira oficial, com exceções apenas em situações onde o (a) mesmo (a) possua incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil e necessite de um representante legal (BRASIL, 2003).



Por fim, a RAPS define as Estratégias de Reabilitação Psicossocial como último componente relacionado à sua organização, onde estão dispostos as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, os quais visam a promoção da inclusão, formação e qualificação, principalmente destinadas ao universo de trabalho, para as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Como apontado na legislação, estas iniciativas e propostas devem estar articuladas com as redes de saúde previstas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como à economia solidária, a qual engloba os conceitos citados acima (BRASIL, 2017a).

A noção de trabalho no que concerne o indivíduo em sofrimento psíquico levanta importantes questões, principalmente porque este era utilizado em hospitais psiquiátricos em desfavor dos (as) pacientes, que realizavam trabalhos não remunerados, ditos voluntários, ou ainda em prol de justificativas terapêuticas arcaicas, impostas pela instituição como uma tática de submissão e controle (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) destaca que o olhar da Política Nacional de Saúde Mental acerca desta lógica foi sendo desmistificado e as novas possibilidades múltiplas que envolvem o trabalho e renda enfatizam a importância da emancipação social, cidadania e autonomia dos sujeitos.

Para mais, compreende-se que todos estes pontos de atenção relacionam-se e articulam-se entre si, bem como devem ser transformados de acordo com o território que estão implementados, considerando a perspectiva de adicionar nestas redes, recursos subjetivos locais já existentes, que acrescentam na gama de serviços e espaços formulados (YASUI, 2010). Como destaca Yasui (2010, p. 129):

Organizar uma associação de amigos, familiares e usuários; organizar eventos de celebração do dia (ou semana) da luta antimanicomial, com a participação e a cooperação com outras instituições do território; realizar intervenções culturais, tais como exposições de trabalhos, apresentações de teatro, dança e música; produzir e colocar em circulação, na cidade, jornal ou informativo sobre a saúde mental; utilizar espaços nas feiras livres, para mostra e venda da produção artesanal, são exemplos de como podemos ter o território como cenário dos encontros, como matéria-prima de processos de subjetivação, de autonomização. Encontros e ações provocativas e locais para produzir atos de cuidado para além do serviço, a fim de construir uma outra lógica assistencial em saúde mental, que se contraponha a uma racionalidade hegemônica e à lógica do capitalismo globalizado, para criar um novo lugar social para a loucura.

Neste sentido, torna-se essencial que o olhar acerca do que é o território ultrapasse o noção de espaço geográfico, englobando a relação entre os cenários naturais e as histórias sociais as quais os sujeitos inscrevem-se e modificam, ou seja, neste há particularidades inatas estabelecidas por meio deste fator relacional, que alteram a forma de entendimento, distribuição e acesso aos serviços (YASUI, 2010).

O próximo capítulo abordará acerca dos pontos de atenção existentes dentro do município de Ponta Grossa, Paraná, nos quais se destacam o componente da atenção psicossocial especializada. Neste espaço territorial, há particularidades e determinações próprias que correlacionam-se com os serviços e as equipes multiprofissionais inseridas nos mesmos, sendo que estas também irão ser discutidas.

## **CAPÍTULO 2**

### **A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ**

O presente capítulo tem como objetivo a identificação dos pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná, bem como a descrição das equipes multiprofissionais presentes dentro destes equipamentos, realizando um comparativo com as legislações pertinentes.

Dessa forma, a unidade do documento baseia-se na pesquisa bibliográfica e documental, sendo que, utilizou-se o Plano Municipal de Saúde, que tem prevalência entre os anos de 2022-2025, para identificação do universo de pesquisa, onde foram identificados 3 (três) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 1 (um) Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental. Neste, ainda destacam-se como autores (as) utilizados: Ivani Catarina Arantes Fazenda (2005), Hilton Japiassu (1976) e Divanir Eulália Naréssi Munhoz (2008).

Ainda, para aproximação e coleta de dados com os participantes de pesquisa, que referem-se aos (às) Assistentes Sociais inseridos(as) nos respectivos pontos de atenção, foram realizadas entrevistas semiestruturadas presenciais, por meio de um roteiro (Apêndice A) previamente construído. Neste sentido, a técnica foi selecionada por múltiplos motivos, como pelo estabelecimento de um diálogo menos metódico, a oportunidade de aprofundar-se em temáticas de maior relevância para a pesquisa, espontaneidade nas respostas dadas pelo (a) entrevistado (a), entre outros (BONI; QUARESMA, 2005).

No que concerne as profissionais entrevistadas, estas lotam-se no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) e no Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM).

Na cidade, ainda há o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), mas durante o período de coleta de dados da pesquisa, o local estava sem um (uma) profissional de Serviço Social, sendo que foi disponibilizado um Formulário *Google* (Apêndice B) à equipe para obtenção de informações gerais, como o público atendido, principais ações desenvolvidas, desafios enfrentados no espaço, principais demandas e composição da equipe multiprofissional, o qual foi respondido pela coordenadora do local.

A fim de caracterizar a atuação das profissionais de Serviço Social, bem como prezar pelo sigilo e confidencialidade de seus dados e informações no processo de pesquisa, utilizou-se de outros termos para identificá-las, como dispostos no quadro abaixo:

Quadro 3 - Identificação das participantes de pesquisa

<b>EQUIPAMENTO DE ATUAÇÃO</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO NA PESQUISA</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NO EQUIPAMENTO</b>
Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPS i)	Assistente Social I	Graduação em Serviço Social.	3 (três) anos.
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)	Assistente Social II	Graduação em Serviço Social; Pós-graduação em gestão da clínica.	Menos de 1 (um) ano.
Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM)	Assistente Social III	Graduação em Serviço Social; Especialização em saúde coletiva; Especialização em psicologia positiva.	1 (um) ano.

Org.: A autora

Fonte: Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.

Além do tempo de atuação nos equipamentos referenciados, também identificou-se o período de carreira de cada profissional desde sua graduação, sendo que a Assistente Social I atua há 13 (treze) anos na profissão, a Assistente Social II trabalha há 8 (oito) anos na área e a Assistente Social III há 31 (trinta e um) anos. Nenhuma das mesmas ocupa conjuntamente o cargo de coordenação, exercendo exclusivamente a função de Assistente Social.

A identificação das participantes de pesquisa, considerando a necessidade do sigilo nas informações pessoais, foram designadas numericamente, como estabelecido no quadro. Dessa forma, após o termo “Assistente Social” há, em números romanos, a sequência de I, II e III.

## 2.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ

O município de Ponta Grossa, localizado no Estado do Paraná, pertence à região sul do país e ocupa a área territorial de aproximadamente 2.054,732km<sup>2</sup>, possuindo 4 (quatro) distritos administrativos, sendo eles: Itaiacoca, Guaragi, Uvaia e PiriQUITOS (PONTA GROSSA, 2022).

A cidade, fundada em 15 de Setembro de 1823, representa a quarta maior população estadual, sendo que no último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram contabilizados 358.367,00 habitantes, com densidade demográfica de 174,41 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2022).

No que refere-se a economia, o PIB (Produto Interno Bruto) per capita municipal é de 48.615,15 mil (IBGE, 2020), enquanto que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que considera educação, renda e longevidade, ou seja, vai para além da questão econômica, possui o valor de 0,763 (IBGE, 2010), o qual é considerado alto pelos órgãos de pesquisa nacionais<sup>13</sup>.

Na área educacional, a Taxa de Escolarização entre 6 a 14 anos de idade é de 98,2 (IBGE, 2010), sendo que no ensino fundamental existem 46.387 matrículas e no ensino médio 13.088 matrículas (IBGE, 2021). Enquanto que a Taxa de Analfabetização, conforme dados do IBGE de 2010, é de 3,6, tendo maior incidência no gênero feminino e na faixa etária acima dos 80 anos de idade (PONTA GROSSA, 2022).

A respeito dos dados obtidos acerca da saúde, destaca-se a Taxa de Natalidade, que no ano de 2019 atingiu o valor de 14,2 para cada mil nascidos vivos (PONTA GROSSA, 2022), bem como a Taxa de Mortalidade Infantil, que gira em torno de 9,08 óbitos de recém-nascidos para mil nascimentos (IBGE, 2020). Enquanto que, a Mortalidade Geral, entre os anos de 2000 e 2019, apresentou número de 22.842 para o sexo masculino e 18.773 para o sexo feminino, tendo como uma das principais causas as doenças crônicas não transmissíveis/DCNT (PONTA GROSSA, 2022).

Para mais, Índice de Envelhecimento da cidade, calculado por meio da relação entre a população de 65 anos e acima e a população com menos de 15

---

<sup>13</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que realiza a média entre os componentes IDHM Longevidade, IDHM Educação e IDHM Renda, trata-se de um número que varia entre 0 e 1, ou seja, quanto mais perto de 1, maior é o desenvolvimento humano do município (IPEA, 2023).

anos de idade, sendo multiplicado por 100, é aproximadamente 28,04, destacando que entre os anos de 1980 e 2010 houve um crescimento do índice, como no restante do Paraná, tendo como um dos principais fatores a melhoria na qualidade de vida para este público (PONTA GROSSA, 2022).

No que refere-se a rede de serviços de saúde em Ponta Grossa, a mesma possui 1.027 (mil e vinte e sete) estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), que dividem-se entre a gestão municipal com 991 equipamentos, a gestão estadual com 27 equipamentos e gestão dupla com 9 equipamentos (PONTA GROSSA, 2022)

Os estabelecimentos contabilizados são aqueles registrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do SUS. Os mesmos separam-se conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 - Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados por tipo de estabelecimento no município de Ponta Grossa, Junho/2021

Descrição	Total
POSTO DE SAUDE	11
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	52
POLICLINICA	16
HOSPITAL GERAL	7
CONSULTORIO ISOLADO	685
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	107
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	26
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	4
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	11
FARMACIA	24
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE	70
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	2
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	4
PRONTO ATENDIMENTO	2
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	1
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	1
<b>TOTAL</b>	<b>1027</b>

Fonte: PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Ponta Grossa: FMS, 2022. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/plano-de-saude-2022-2025/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

Os mesmos vinculam-se a Fundação Municipal de Saúde (FMS), criada pelo Lei 13.345 de 03 de Dezembro de 2018, a qual trata-se de uma entidade com autonomia administrativa, financeira e patrimonial que tem como atribuições o debate, promoção, implementação, execução e fiscalização dos serviços previstos na Política Nacional de Saúde (PONTA GROSSA, 2018).

A mesma é segmentada por gerências, sendo elas: Gerência Geral, Gerência de Planejamento, Gerência Financeira, Gerência de DECOM

(Departamento de Compras), Gerência de Suprimentos, Gerência de Contrato, Gerência de Atenção Primária, Gerência de Recursos Humanos e Saúde do Servidor, Gerência de Atenção Secundária, Gerência de Assistência Farmacêutica, Gerência de Odontologia, Gerência de Urgência e Emergência, Gerência do Núcleo de Educação Permanente, Gerência de Saúde Mental, Gerência de Gestão Estratégica e Gerência de Vigilância em Saúde (PONTA GROSSA, 2023). Ainda dentro de sua organização há o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMAD).

A Gerência de Saúde Mental, é responsável pela supervisão dos pontos de atenção que compõem o universo de pesquisa do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), ou seja, aqueles que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Posto isso, identificou-se no Plano Municipal de Saúde, que tem prevalência entre os anos de 2022-2025, a existência de 3 (três) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 1 (um) Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM) na rede municipal.

Como citado no capítulo anterior, o CAPS refere-se ao ponto de atenção especializado desta rede, sendo dividido em 6 (seis) modalidades diferentes que atendem em regimes intensivos, semi-intensivos ou não intensivos. Como definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022):

Os Centros de Atenção Psicossocial - Caps são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial. Nos estabelecimentos atuam equipes multiprofissionais, que empregam diferentes intervenções e estratégias de acolhimento, como psicoterapia, seguimento clínico em psiquiatria, terapia ocupacional, reabilitação neuropsicológica, oficinas terapêuticas, medicação assistida, atendimentos familiares e domiciliares, entre outros.

As 3 (três) modalidades deste ponto de atenção na cidade são o Centro de Atenção Psicossocial II, o Centro de Atenção Psicossocial I e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, mas destaca-se que o município, como previsto na Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017, deveria ter implantado em seu território todas as formas de unidades do CAPS, já que estes são garantidos em municípios com o seguinte número de moradores (BRASIL, 2017a):

- O CAPS I é previsto para municípios ou regiões com população acima de 15 mil habitantes;

- O CAPS II é previsto para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes;
- O CAPS III é previsto para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes;
- O CAPS AD é previsto para Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes;
- O CAPS AD III é previsto para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes e;
- O CAPS i é previsto para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Já o Ambulatório de Saúde Mental, ainda que não seja um ponto de atenção deste campo previsto na legislação, compõe a rede municipal, sendo um importante mecanismo de acompanhamento, que ainda que não tenha a mesma dinâmica do CAPS, garante o acesso ao usuário ao atendimento individual e não-emergenciais. Como cita Damous e Erlich (2017, p. 918-919):

No que diz respeito então ao ambulatório de saúde mental, trata-se de uma estrutura situada no nível de atenção secundária, oferecendo basicamente atendimento psicoterápico individual ou em grupo a todas as faixas etárias e desempenhando uma função complementar à atenção básica e aos CAPS ao atuar, principalmente no caso de unidades mistas, como referência no matriciamento da rede de atenção em saúde mental e na capacitação de recursos humanos.

Para a aproximação com as unidades presentes no território, investigou-se sobre estas no *site* oficial da Fundação Municipal de Saúde (FMS), as informações encontradas foram sistematizadas no quadro abaixo:

Quadro 4 - Dados acerca dos pontos de atenção da RAPS no município de Ponta Grossa encontrado em *site* oficial municipal

(continua)

UNIDADE/SERVIÇO OFERTADO	PÚBLICO-ALVO	ENDEREÇO	HORÁRIO DE ATENDIMENTO
CAPS AD: É um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. – Serviço porta aberta, ou seja, não necessita de encaminhamento.	A partir de 18 anos de idade.	Rua Vicente Spósito, S/N, Bairro Uvaranas (ao lado do terminal de Uvaranas).	Segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas.
CAPS II: É um serviço de atenção diária que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento	A partir de 18 anos de idade.	Avenida Antônio Rodrigues Teixeira Júnior,	Segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00



Quadro 4 - Dados acerca dos pontos de atenção da RAPS no município de Ponta Grossa encontrado em *site* oficial municipal

(conclusão)

UNIDADE/SERVIÇO OFERTADO	PÚBLICO-ALVO	ENDEREÇO	HORÁRIO DE ATENDIMENTO
psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes e outras situações que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. – Serviço porta aberta, ou seja, não necessita de encaminhamento.	A partir de 18 anos de idade.	nº 229, Bairro Jardim Carvalho.	horas.
CAPS i: É um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. – Serviço porta aberta, ou seja, não necessita de encaminhamento.	De 3 anos até 18 anos.	Rua Reinaldo Ribas Silveira, nº 156, Bairro Ronda.	Segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas.
Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental: É um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais prevalentes, porém de gravidade moderada. Atualmente o ASM realiza atendimentos de psiquiatria, psicologia, musicoterapia, terapia ocupacional, auriculoterapia (a partir da triagem da psico), posvenção (é realizado agendamento prévio por telefone ou presencial pra um acolhimento pra ver se enquadra) – [um grupo de apoio a sobreviventes, enlutados e impactados por suicídio na família]. Para acesso ao serviço, o usuário deve ser encaminhado pela Unidade de Saúde via SISREG (Sistema de regulação).	Crianças, adolescentes e adultos.	Rua Princesa Isabel, nº 228, Bairro São José.	Segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas.

Org.: A autora.

Fonte: PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Saúde Mental**. Ponta Grossa, 2022. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/saude-mental/>. Acesso em: 15. Ago. 2023.

Neste sentido, observa-se que, há diferenciações entre os CAPS e o Ambulatório, sendo que a primeira destacada é a forma de atendimento, onde o centros atuam por meio da demanda espontânea, através da busca do (a) próprio (a) usuário (a) ou ainda da família, sem a necessidade de encaminhamento médico

ou de outro equipamento da rede e o segundo necessita do encaminhamento por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

A Assistente Social III destaca que o primeiro agendamento do (a) paciente no Ambulatório é realizado pela UBS, mas após o contato inicial com o (a) mesmo (a), os horários posteriores são acompanhados pelo próprio equipamento. Após o atendimento inicial, tratando-se de situações mais severas, o encaminhamento é, na grande maioria das vezes, feito para o CAPS.

Outra distinção refere-se ao fluxo de atendimento estabelecido nos locais, já que os CAPS, após o primeiro acolhimento realizam junto aos usuários momentos coletivos, em formato de grupo, não focando apenas no atendimento individual. A Assistente Social II frisa que no CAPS AD, o segundo passo após a acolhida refere-se ao encaminhamento do (a) usuário (a) ao grupo de integração, onde explica-se sobre a função do serviço e realiza-se uma revisão acerca da história e legislações de saúde mental.

A experiência grupal também é relatada pela Assistente Social I no CAPS i, que aponta diversos grupos como o “Tecendo” voltado às famílias com conflitos que afetem direta ou indiretamente um ou mais de seus membros, o “Vinculando”, formulado para adolescentes entre 14 à 17 anos que passam por momentos de grande sofrimento psíquico envolvendo questões familiares, identidade social, automutilação e/ou tentativa de suicídio, o “Projeto de Vida”, realizado com adolescentes entre 14 a 18 anos, tratando-se de dinâmicas voltadas à qualificação e ao trabalho, entre outros.

Devido a grande gama de atividades grupais, compreende-se que o foco do CAPS não é exclusivamente o atendimento individual psicológico, clínico e/ou psiquiátrico, mas sim o desenvolvimento de um conjunto de ações diversas e amplas pensadas em equipe, a qual divide-se para diálogo e momentos individuais e sigilosos com cada usuário para formulação e revisão contínua do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Já no ASM não realiza-se o PTS, apenas a discussão e estudo de casos, quando necessário, entre a equipe multiprofissional, bem como há um foco maior nos atendimentos individualizados, por meio da psicoterapia, que possui diversas sessões. Como aborda a Assistente Social III:

[...] em geral são de psicoterapia e das outras também 20 sessões, claro que é uma média de 20 sessões, algumas pessoas podem terminar antes o acompanhamento e o tratamento e outras podem estender um pouquinho, isso vai depender da avaliação do profissional que 'tá' atendendo aquela pessoa (ASSISTENTE SOCIAL III, 2023, informação verbal concedida em 30/05/2023).

A mesma ainda pontua que, outras atividades ofertadas pelo ponto de atenção, como a musicoterapia e a terapia ocupacional também funcionam desta forma, destacando que cada profissional tem acesso ao SISREG para acompanhar os encaminhamentos médicos das UBS, os quais abordam cada ação específica, destinando-se à profissão competente.

No que refere-se ao território de abrangência destes, os CAPS são referenciados por equipes reduzidas que atendem determinados territórios. No CAPS i, como aponta a Assistente Social I, a divisão territorial é feita por meio dos bairros Uvaranas, Oficinas e Nova Rússia, já no CAPS AD a territorialização seria feita seguindo a atenção primária municipal, com base nos distritos sanitários, que seriam Oficinas, Esplanada, Santa Paula, Nova Rússia (abrange a região do Centro) e Uvaranas. Em distinção, o Ambulatório, ainda que atenda todo território municipal, não divide-se entre os (as) profissionais, ou seja, não há composição de grupos menores divididos por bairros.

Enquanto que o CAPS II divide-se em três regiões maiores, sendo que a primeira abarca o bairro de Uvaranas, a segunda atende os bairros de Oficinas e Santa Paula e o terceiro é destinado a atender o público dos bairros Nova Rússia, Esplanada e Centro. Ainda, informou-se por meio do formulário, respondido pela coordenação do local, que o espaço possui uma equipe de enfermagem, responsável pelo atendimento geral de todo território assistido.

O público-alvo que frequenta cada ponto de atenção é variado entre si, ainda que tenha-se como ponto comum o sofrimento psíquico. No CAPS i, são atendidas crianças e/ou adolescentes que encontram-se em intenso sofrimento psíquico, no CAPS AD atende-se indivíduos maiores de 18 anos com questões graves que envolvam a saúde mental decorrentes de substâncias psicoativas e no CAPS II atende-se o público maior de idade com intenso sofrimento psicológico (BRASIL, 2017a).

Neste segundo (CAPS AD), há uma atividade exclusiva voltada ao público específico que refere-se a atenção integral e a atenção diurna, que é executada no próprio local, garantindo ao usuário temporariamente moradia e alimentação. Como

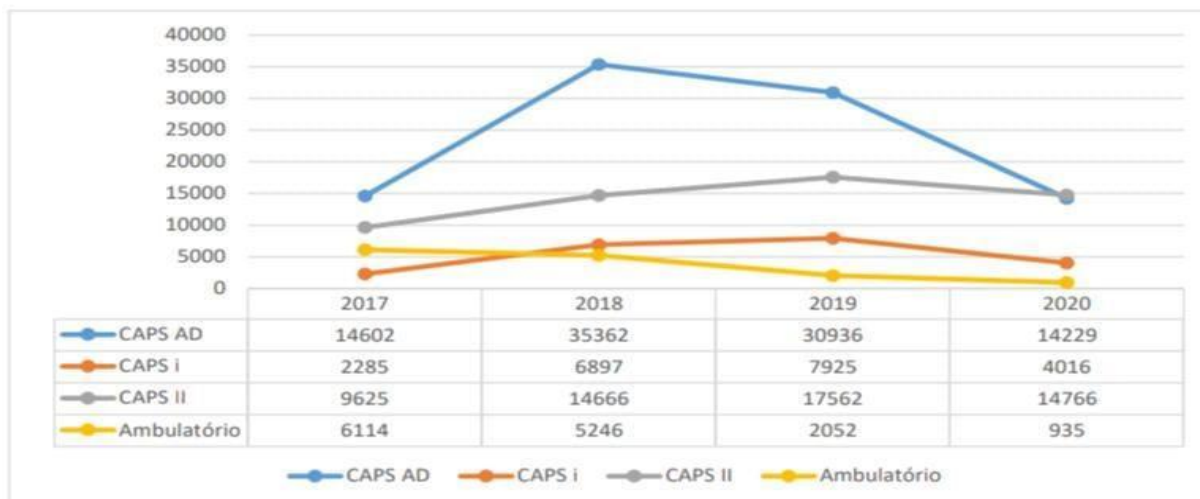
explica a Assistente Social II, a atenção integral ofertada pelo equipamento, tem validade de 14 dias e o (a) mesmo (a) fica 24 horas no serviço, sendo utilizada principalmente em casos de desintoxicação e/ou risco de vida, já a atenção diurna possui período de tempo igual, com destaque apenas que, o (a) paciente permanece no local das 07 às 19 horas, retornando para sua residência após este horário.

Em casos de internação, o (a) paciente é cadastrado na Central de Leitos, onde este pode ser encaminhado (a) para os hospitais psiquiátricos em nível estadual, sendo que em nível municipal há apenas um local que executa este serviço, o Centro Hospitalar São Camilo. Ainda, destaca-se que, para que seja avaliado a necessidade de internamento, existe uma equipe referenciada acompanhando o (a) usuário (a) durante o tempo em que fica em qualquer uma das modalidades de atenção.

Já o público que frequenta o ASM, como aponta a Assistente Social III, é bastante diverso, pois não possuem limites de faixa etária, renda familiar, gênero e/ou qualquer outro critério, além da forma de encaminhamento e do grau de sofrimento psíquico, devendo ser leves e/ou moderados. Neste, é retratado que não são realizadas atividades frequentes com as famílias, tendo enfoque no (a) usuário (a) do serviço, sendo dialogado com o núcleo familiar apenas quando se observa a necessidade de intervenção por meio da equipe.

Os dados quantitativos e qualitativos destes atendimentos realizados, com especificidades em suas formas e características gerais da população usuária (faixa etária, gênero, situação socioeconômica etc), não foram possíveis de serem acessados, já que estes são lançados no SISREG. Ainda assim, por meio do Plano Municipal de Saúde (2022-2025), foi possível obter os números de atendimento, de forma ampla, entre os anos de 2017 e 2020.

Gráfico 2 - Número de atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, sendo tipo de serviço, Ponta Grossa, de 2017 a 2020.



Fonte: PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Ponta Grossa: FMS, 2022. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/plano-de-saude-2022-2025/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

Neste, observa-se que os CAPS possuem um maior número de atendimentos que o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental, mas foi destacado pela Assistente Social III que, posteriormente a consolidação de um consórcio intermunicipal houve um crescimento neste número, pois o número de funcionários (as) anteriores não supriam os encaminhamentos da UBS, havendo um grande tempo de espera e conseqüentemente de desistências quando os (as) pacientes eram chamados.

O consórcio intermunicipal de saúde trata-se de uma colaboração entre diferentes municípios que possuem áreas geográficas próximas, com a finalidade de promover serviços e ações conjuntas para a população no campo da saúde, permitindo que sejam atendidas as demandas de cada localidade, bem como promovendo a formação de uma rede de maior complexidade, que oferece uma gama de atividades mais completa aos (às) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997).

No que refere-se ao decaimento de atendimentos de todos os equipamentos durante o ano de 2020, relaciona-se este fato com o início da pandemia do vírus Covid-19, que trata-se de uma doença infecciosa respiratória aguda, com elevada transmissibilidade, que espalhou-se rapidamente pelo mundo. Em conseqüência, diversos países decretaram ações emergenciais para diminuição do contágio, sendo a principal o distanciamento social, que levou a alterações nos serviços de saúde considerados não-emergenciais, como são classificados grande parte dos equipamentos de saúde mental (ORNELL *et al*, 2021).

Ornell *et al* (2021), com base em um estudo que avalia os dados dispostos no DATASUS (Departamento de Informática do SUS), observa que houve um declínio nos atendimentos ambulatoriais destes serviços em 28%, se comparado com a projeção para o ano de 2020, mais especificamente entre os meses de Março e Agosto, os quais foram associados com os dados obtidos entre Janeiro de 2016 a Março de 2020. Ainda que os equipamentos tenham se adaptado durante este período, utilizando-se de meios remotos para o atendimento, ressalta-se que uma considerável parte da população brasileira não possui formas de acesso aos meios digitais.

Para mais, destaca-se que não foram encontradas fontes municipais que realizam o comparativo e/ou avaliação dos serviços durante o contexto pandêmico, sendo realizado este apontamento com base nesta pesquisa de abrangência nacional.

No CAPS AD, que demonstra um grande número de atendimentos, no recorte de tempo estipulado, a Assistente Social II observa que a maior demanda advém do bairro de Uvaranas, no qual está alocado o equipamento, sendo um dos maiores em área territorial no município. Outra observação realizada pela profissional refere-se a quantidade de casos atendidos encaminhados pelo Ministério Público, onde a família busca na tentativa de conseguir o internamento para o (a) usuário (a), fazendo-se necessário que a equipe estude a situação para considerar esta ação, observando se o (a) mesmo (a) já realizou tratamento ambulatorial e/ou fez uso de medicamentos.

As atividades, ações e serviços ofertados pelos CAPS e pelo ASM culminam na necessidade do contato e articulação frequente com a rede, seja com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Internamento, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Vara da Infância e Juventude, Centro de Referência Especializados para população em situação de rua (Centro/POP), Comunidades Terapêuticas, Escolas, Conselhos Tutelares, entre outros. Dessa forma, torna-se essencial para os profissionais que atuam nestes espaços, o conhecimento da rede e suas particularidades.

A Assistente Social I destaca que a articulação com a rede no município é bastante fragilizada, devido a falta de entendimento que o (a) paciente não é do serviço em si, mas sim, deve ser acompanhado conjuntamente por todos os

equipamentos competentes. Assim, após ser realizado o encaminhamento para outro ponto de atenção, não há retorno e/ou sistematização do que ocorreu com o (a) usuário (a).

Algumas justificativas apontadas pelas Assistentes Sociais, no que concerne a esta dificuldade trata-se da fragilização do contato e vínculo com outros serviços, bem como a falta de equipamentos, que por vezes sobrecarrega a rede já existente dificultando no acompanhamento e atuação conjunta no que refere-se a população usuária destes. Como pontua a Assistente Social III, há limitações dentro desta articulação, onde por vezes o (a) paciente não necessita mais do atendimento no local, mas o ideal seria que o mesmo permanecesse sendo acompanhado de outras formas, mais próximas de sua comunidade.

Para mais, observa-se que há ações e atividades em comum entre os todos os pontos de atenção, como o trabalho em equipe multiprofissional, a articulação em rede e/ou os encaminhamentos. Ainda assim, os fatores que diferenciam os mesmos, expõem suas particularidades, potencialidades e desafios próprios. Para maior conhecimento destas subjetividades, torna-se necessário o conhecimento da importância, atuação e constituição de cada equipe, a qual está envolvida dentro deste universo de pesquisa de forma ativa, sendo que estas serão mais exploradas no subitem seguinte.

## 2.2 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ

No campo da saúde, o trabalho em equipe multiprofissional torna-se cada vez mais comum e requisitado, sendo que este é caracterizado como uma forma de atuação coletiva, onde há interações e diálogos que buscam caminhar para a resolução de demandas em comum, contando com diferentes pontos de vista profissionais.

Esta articulação em equipe dentro da área é de grande importância, principalmente porque cada profissional possui um olhar único sobre cada demanda. Como estabelecido nos “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, documento do CFESS, “cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações” (BRASIL, 2010, p. 46).

Dessa forma, torna-se necessário que todo (a) profissional compreenda as funções de cada membro deste grupo de trabalho, para que assim entre em consonância sobre as decisões tomadas, não perdendo sua própria identidade profissional durante estes processos (BRASIL, 2010). Ainda assim, o entendimento das funções e atribuições dos (as) profissionais é apenas o primeiro passo para realização de uma intervenção interdisciplinar.

O conceito de interdisciplinaridade<sup>14</sup>, surge no início da década de 1960, em países europeus, como a Itália e a França, fomentado por meio de reivindicações sobre novas propostas no campo educacional, principalmente no que referia-se a fragmentação e classificação das ciências, que ocasionava uma organização curricular restrita e limitada aos estudantes universitários. Este termo chegou até o Brasil no final da mesma década (FAZENDA, 2005).

A conceituação desta terminologia, sua aplicabilidade e métodos passaram a ser investigados por diversos (as) pesquisadores (as), que atribuíam à palavra diferentes significados, os quais começaram a ser apropriados pelas instituições de ensino superior nas grades de ensino de maneiras distorcidas, sem que houvesse o conhecimento aprofundado acerca da ação interdisciplinar (FAZENDA, 2005).

Fazenda (2005) aponta que, torna-se dificultoso estabelecer uma absoluta e restrita teoria para a interdisciplinaridade, considerando as múltiplas construções acerca da temática, sendo que o essencial é observar as convergências entre distintos (as) estudiosos (as), a fim de apreender os movimentos e percursos teóricos comuns.

Para Japiassu (1976) o interdisciplinar requer a intencionalidade e intensidade de trocas entre diferentes especialistas, não referindo-se a uma simples adição de especialidades, mas o estabelecimento de uma integração entre múltiplos conhecimentos, ou seja, deve haver um processo interativo recíproco, para o enriquecimento individual. Como cita Japiassu (1976, p. 75):

Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicos, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados.

---

<sup>14</sup> Para um aprofundamento na temática da interdisciplinaridade, recomenda-se a leitura da obra "Interdisciplinaridade e patologia do saber" (1976) de Hilton Japiassu.



O mesmo diferencia-se da multidisciplinaridade e da pluridisciplinaridade, que, de forma geral, definem-se como o agrupamento realizado por diferentes disciplinas, seja este intencional ou não. No primeiro termo, não é estabelecido qualquer relação entre os módulos disciplinares existentes simultaneamente em determinado nível, enquanto que no segundo há uma justaposição entre as disciplinas, que comumente possuem o mesmo nível hierárquico, mas não há intencionalidade e/ou coordenação para a cooperação que venha a ocorrer (JAPIASSU, 1976).

Neste sentido, torna-se possível observar as distinções entre as terminologias, na medida em que se estabelecem as relações de troca entre diferentes campos, sendo que a ação interdisciplinar requer processo de enriquecimento de uma profissão, disciplina ou área de saber para outra, no compartilhamento de conhecimentos, técnicas, habilidades e métodos, buscando uma cooperação mútua e consciente para os lados que estão integrados em determinado contexto (MUNHOZ, 2008).

Ainda, dentro destas conceituações há a transdisciplinaridade, referenciada pela primeira vez pelo educador Jean Piaget, que indicaria o termo como última escala gradativa entre as ações multidisciplinar, pluridisciplinar e interdisciplinar, ou seja, representaria um nível avançado na relação, cooperação e integração entre as disciplinas (JAPIASSU, 1976).

Esta trata-se de uma coordenação entre todas as disciplinas e os (as) especialistas vinculados às mesmas, que não só realizariam trocas por meio de suas óticas profissionais singulares, como também necessitariam se aprofundar na área de origem dos (as) outros (as) integrantes da equipe, ultrapassando as barreiras do conhecimento, para gerar novas propostas e entendimentos acerca das questões apresentadas em determinada pesquisa e/ou espaço de trabalho (IRIBARRY, 2003).

Iribarry (2003) exemplifica a atuação transdisciplinar por meio de uma equipe no campo da saúde que atua com pacientes em sofrimento psíquico, considerando que neste existiriam diferentes profissionais como psicólogos, médicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, enfermeiros etc. Neste sentido, ao realizar o atendimento do (a) usuário (a) torna-se necessário que todos que compõem a equipe estejam introduzidos nas áreas vizinhas, buscando formular uma intervenção baseada na contemplação da soma de todos estes saberes. Como cita Iribarry (2003, p. 488):

A origem da transdisciplinaridade está situada no trabalho de equipe. Independente da modalidade – pluri, multi, inter ou transdisciplinar – o que é vital para uma formulação originária da transdisciplinaridade é a reunião de diversos profissionais em um trabalho integrado de equipe. Mas não basta apenas uma equipe coordenada, colaborativa e com uma finalidade. É preciso que haja algo mais. É preciso que haja um compromisso com a geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado. É preciso também que cada membro da equipe esteja o mais familiarizado possível com a diversidade de disciplinas e que frequente continuamente as disciplinas de seus colegas

Ainda assim, compreende-se que o alcance da ação transdisciplinar por parte de equipes possui exigências de maior complexidade, como relações de troca horizontais, a superação do olhar superficial sobre outras áreas, a disponibilidade integral para debates, bem como um processo de avaliação acerca do modo de trabalho contínuo, ou seja, deve-se observar e avaliar permanentemente a atuação grupal exercida (IRIBARRY, 2003). Portanto, estas práticas ainda vêm sendo debatidas, sendo a interdisciplinaridade compreendida como uma aproximação interventiva de maior concretude.

Entre uma das estruturações iniciais acerca das relações de interdisciplinaridade, está a desenvolvida pelo psicólogo Heinz Heckhausen, que classifica-as em 5 (cinco) tipos, que são a interdisciplinaridade heterogênea, a pseudo-interdisciplinaridade, a interdisciplinaridade auxiliar, a interdisciplinaridade compósita e a interdisciplinaridade unificadora (JAPIASSU, 1976).

Japiassu (1976) cita que é possível dividi-las em apenas 2 (dois) grupos maiores, sendo eles a interdisciplinaridade linear/cruzada, composta pelas 3 (três) primeiras formas e a interdisciplinaridade estrutural, que englobaria as 2 (duas) últimas.

O primeiro grupo citado, o qual pode ser analisado como uma forma avançada de pluridisciplinaridade, estabelece entre as disciplinas determinado nível de subordinação e/ou dependência entre si, onde algumas são vistas como auxiliares a outras, servindo para o fornecimento de informações relativas ao objeto definido, não havendo qualquer relação de reciprocidade nessas relações. No segundo, é estabelecido uma relação de igualdade entre as disciplinas, que partem de um diálogo comum e aberto, a fim de que ambas se complementem com seus diferentes saberes, sendo que não há hierarquização no que refere-se aos conhecimentos (JAPIASSU, 1976).

Todavia, as maneiras de estabelecer as tipologias e modalidades da interdisciplinaridade são variadas, não sendo esta a única apresentada, havendo

diferenciações nas definições conceituais, inclusive entre as ciências naturais e as ciências humanas. Apesar destas variações teóricas, têm-se com entendimento comum que este é um trabalho árduo, que exige o enfrentamento de desafios multifacetados, que envolvem fatores culturais, sociais, institucionais e epistemológicos (JAPIASSU, 1976).

Munhoz (2008) destaca que, mesmo que a interdisciplinaridade tenha sido reconhecida no plano teórico como viável, a prática para que isso ocorra no cotidiano das relações estabelecidas entre áreas de conhecimento distintas de forma eficiente, ainda é uma questão. Uma das justificativas para que isso ocorra, refere-se a fragmentação entre as próprias categorias profissionais, onde cada sujeito que traz consigo a bagagem de sua formação acadêmica, não foi preparado a partilhar suas experiências e saberes, o que é um requisito para esta forma de colaboração. Como cita Munhoz (2008, p. 126):

Isso porque, como vimos, os sujeitos singulares - representantes das distintas categorias profissionais - não estão, em muitos casos, necessariamente preparados para a partilha e a complementação, que a interdisciplinaridade reclama. E, isso é preocupante, tendo em vista que as disciplinas, as profissões, os diferentes saberes, se expressam através de sujeitos inseridos na realidade da existência, e que a prática interdisciplinar na pesquisa, no mundo acadêmico, no mundo profissional, implica necessária relação entre esses sujeitos e, portanto, intersubjetividade.

Neste sentido, para que este processo ocorra é necessário que existam profissionais, pesquisadores e especialistas com a intencionalidade e a abertura para a realização destas cooperações recíprocas e trocas de conhecimento, ultrapassando a noção da departamentalização das ciências, a fim de prevalecer aquilo que os une (MUNHOZ, 2008).

Para mais que estar em um mesmo espaço de atuação, deve haver intencionalidade no caminho da construção do fazer interdisciplinar e a compreensão de que esta não vem anular questões objetivas de cada campo, mas sim enriquecê-los de forma coerente e adequada. Como destaca Munhoz (2008, p.127):

Ou seja, não é suficiente diferentes profissionais estarem lado a lado, no mesmo ambiente científico, respeitando-se mutuamente em suas especificidades, em suas diferenças, mas cada um preso hermeticamente a sua cultura profissional, sem oportunizar um diálogo entre elas para trocas e complementações que possam resultar em aplicação de suas perspectivas frente à realidade e em ações mais efetivas e abrangentes frente à sociedade, em otimização da qualidade social e política de seu desempenho.

Ainda, torna-se essencial desnudar-se dos preconceitos e a visão de hierarquização dentro das profissões, que compõem um significado idealizado e estigmatizado sobre determinados campos, sem ao menos conhecê-los, pois estas percepções reforçam o etnocentrismo, não havendo neste a possibilidade de trocas significativas (MUNHOZ, 2008).

Este fator pode ocorrer com maior facilidade dentro do campo da saúde mental, já que ainda há heranças no que diz respeito ao modelo hegemônico de cuidado a pessoa em sofrimento psíquico, onde a imagem profissional central tratava-se do médico, visto sob a ótica do conhecimento absoluto (YASUI, 2010). Como cita Yasui (2010, p.145):

Uma primeira questão refere-se ao fato de que a reprodução da divisão social do trabalho no campo da saúde gera uma hierarquização das relações, nas quais o saber médico prepondera sobre outros saberes, que cumprem um papel secundário. Essa mesma divisão produz uma compartimentalização de atividades e tarefas com pouca ou nenhuma relação entre si.

Com isso, no cotidiano estes profissionais passam a executar ações isoladas, sem qualquer troca significativa, prejudicando a construção coletiva e as pactuações que favoreçam uma gama de ações mais diversificadas, complexas e criativas. Assim, a atenção integral garantida pela legislação, transforma-se em atividades individuais e assistencialistas, suprimindo os reais objetivos no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico (YASUI, 2010).

A fim de alcançar a superação da hegemonia do saber médico, é necessário que a equipe de determinado serviço esteja preparada para uma reflexão diária acerca de seus modos de atuação, rompendo a lógica do conformismo e da repetição do mesmo, para que haja a desconstrução de práticas individualizadas e a construção de novas possibilidades, que agregue um novo projeto de cuidado (YASUI, 2010).

A principal ferramenta para tornar isto viável é o diálogo, sendo possível que ambos os interlocutores sintam-se pertencentes e igualmente relevantes nesse momento, para que não se crie um "monólogo" ou até mesmo um "falso diálogo" que impossibilite a fala para um dos lados (MUNHOZ, 2008). Como destaca Munhoz (2008, p. 131):

Uma estratégia muito importante, e que produz resultados no sentido do fortalecimento do trabalho interprofissional, é o cultivo da discussão entre

profissionais de diferentes áreas que atuam num mesmo ambiente de trabalho: pesquisa ou intervenção direta na realidade do cotidiano.

São por meio de discussões e debates entre diferentes especialistas, que torna-se possível a interdisciplinaridade. Munhoz (2008) ainda sugere que estas conversas não devem fazer parte de “impasses pontuais” onde pode-se ocorrer um ambiente desgastante e/ou desmotivador para comunicação, mas sim quando previamente planejados, com um espaço anterior para realizar reflexões e análises sobre o tema a ser debatido.

Ou seja, o fato de que profissionais reúnam-se poucas vezes durante um período mensal para realização de reuniões, onde abordem de formas sucintas questões burocráticas e administrativas, trazendo brevemente casos de maior gravidade acerca dos (as) pacientes, não implica uma ação interdisciplinar pelo simples encontro, considerando que cada um destes estará sujeito a desenvolver suas atividades próprias, mantendo contato com a equipe no restante do mês, por meio de encaminhamentos e guias, sem significância para um processo de trocas (YASUI, 2010).

A dialogicidade entre as diferentes formações deve possuir qualidade, coerência e eficiência, a fim de que se alcance o interdisciplinar, necessitando dos interlocutores uma comunicação inteligível e aberta, bem como uma escuta aprimorada, onde ambos caminhem na mesma direção, construindo vínculos consistentes entre equipe e a capacidade de negociação entre partes com distintas bagagens teórico-práticas.

Como destacado, a saúde mental requer a atuação em equipe multiprofissional, principalmente após o levantamento de discussões trazidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, quando este campo ultrapassou a atuação exclusivamente psiquiátrica, onde a doença mental era o foco de todo o atendimento, e alterou-se a noção de quais são os fatores que geram e agravam o sofrimento psíquico, não sendo este exclusivamente biológicos. Como aponta Yasui (2010, p.143):

A equipe é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde mental. Trata-se de uma produção que se dá no agenciamento de afetos para produzir vínculos, na negociação de interesses divergentes, na pactuação para um projeto de cuidado, enfim, nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador, sua subjetividade e sua “caixa de ferramentas”.

Neste sentido, com o avanço nas legislações pertinentes à área, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), caracterizados como pontos de atenção principais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devem ser constituídos por uma “equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar”, conforme estabelece a Portaria Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Este fator reflete-se na própria organização das atividades e ações executadas por estes equipamentos, que priorizam a construção coletiva e grupal, em todo o processo de trabalho, iniciando-se pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), que não pertence a uma única área de formação.

Ainda, na presente legislação são instituídos os recursos humanos mínimos para cada modalidade de CAPS. O quadro abaixo buscou realizar um comparativo acerca dessas equipes mínimas referenciadas na Portaria de Consolidação nº3/2017, com aquelas situadas no município de Ponta Grossa/PR, conforme o universo de pesquisa apresentado no subitem acima.

Quadro 5 - Equipe mínima prevista para as modalidades do CAPS conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017 comparadas as equipes dos equipamentos de saúde mental de Ponta Grossa/PR

(continua)

MODALIDADE	EQUIPE MÍNIMA	EQUIPE MUNICIPAL
CAPS II	a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	a - 3 (três) Médicos psiquiatras; b - 4 (quatro) psicólogos; c - 1 (um) assistente social; d - 2 (dois) terapeutas ocupacionais; e - 2 (dois) educadores físicos; f - 1 (um/uma) enfermeiro (a); g - 1 (um/uma) técnico (a) em enfermagem.
CAPS i	a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro. c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo	a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 03 (três) psicólogos/as; c - 01 (uma) assistente social; d - 01 (uma) professora de música; e - 01 (uma) professora de dança; f - 02 (dois) técnicos/as administrativos; g - 01 (uma) coordenadora com formação em Serviço Social; h - 01 (uma) auxiliar de serviços gerais;

Quadro 5 - Equipe mínima prevista para as modalidades do CAPS conforme a Portaria de Consolidação nº3 de 28 de Setembro de 2017 comparadas as equipes dos equipamentos de saúde mental de Ponta Grossa/PR

(conclusão)

MODALIDADE	EQUIPE MÍNIMA	EQUIPE MUNICIPAL
CAPS i	ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	i - 04 (quatro) profissionais vinculados à residência.
CAPS AD	a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	a - 2 (dois) médicos psiquiatras; b - 03 (três) psicólogos/as; c - 06 (seis) enfermeiros/as; d - 05 (cinco) assistentes sociais; e - 02 (dois/duas) terapeutas ocupacionais; f - 01 (um) educador físico; g - 19 (dezenove) técnicos/as em enfermagem; h - 01 (um/uma) auxiliar em enfermagem; i - 07 (sete) profissionais vinculados à residência (02 com formação em enfermagem, 02 com formação em serviço social e 03 com formação em psicologia); j - 02 (dois/duas) estagiários/as de psicologia.
ASM	O Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental não possui equipe mínima prevista em legislação nacional e regulamento local.	a - 05 (cinco) médicos (03 credenciados/ 01 concursado e 01 atuante pelo consórcio intermunicipal de saúde); b - 13 (treze) psicólogos (05 concursados/ 08 atuantes pelo consórcio intermunicipal de saúde); c - 01 (uma) assistente social; d - 01 (uma) terapeuta ocupacional; e - 01 (uma) musicoterapeuta; f - 03 (três) técnicos/as administrativos; g - 01 (uma) coordenadora com formação em psicologia; h - 01 (uma) auxiliar de serviços gerais; i - 06 (seis) profissionais vinculados à residência multiprofissional em saúde coletiva com formação em psicologia; j - 02 (duas) profissionais vinculados à residência em saúde mental, com formação em enfermagem e serviço social; k - 02 (dois) estagiários.

Org.: A autora.

Fonte<sup>15</sup>

<sup>15</sup> BRASIL. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2017a.

O quadro número 5 demonstra a relação entre o que está previsto legalmente para as equipes destes espaços, e aquilo que é concreto dentro do recorte espacial estudado. Ao todo, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) possui 14 (quatorze) funcionários (as), o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) tem 15 (quinze) profissionais, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) aloca uma equipe de 46 (quarenta e seis) pessoas e o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM) tem vinculado ao equipamento 36 (trinta e seis) funcionários (as).

Neste sentido, observa-se que a maior equipe multiprofissional funciona no CAPS AD, este fato dá-se pela necessidade do serviço estar aberto 24 horas, executando plantões, bem como pelo público que é atendido, fazendo com que haja um grande contingente de profissionais da área da enfermagem, os quais realizam o atendimento voltado a saúde física do (a) usuário (a) quando o mesmo faz o uso nocivo de álcool e/ou outras drogas.

Ainda, no que refere-se a equipe observa-se que a mesma possui 11 (onze) profissionais de nível superior (que não sejam de medicina ou enfermagem), ou seja, das áreas de psicologia, educação física, terapia ocupacional e serviço social, bem como têm-se 20 (vinte) profissionais de nível médio, sendo eles auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.

Os (as) profissionais de medicina foram citados (as) no depoimento da Assistente Social II, porém não houve especificação em quantos e/ou quais são suas especialidades. Já, no que trata dos (as) profissionais de enfermagem, que ao todo contabilizam 6 (seis), não houve a especificação se estes possuem formação especializada em saúde mental.

O CAPS i, que possui uma equipe de 15 (quinze) funcionários (as), conforme os dados coletados, apresenta uma discrepância no que concerne ao profissional de enfermagem, bem como aqueles com formação de nível médio.

---

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 22 jun. 2023;

Resposta do Formulário *Google*: “Pesquisa: A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná”;

Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.



Ainda assim, o local possui um médico psiquiatra, bem como o número correto de profissionais de nível superior.

Enquanto que, o CAPS II, que conta com uma equipe multiprofissional de 14 (quatorze) pessoas, possui o número esperado, conforme a legislação, no que diz respeito aos (às) médicos (as) e profissionais de nível superior. Ainda assim, tem-se uma defasagem no número de profissionais de nível médio, havendo apenas 1 (um) técnico (a) de enfermagem.

Por fim, o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM), o qual não possui legislação própria com a definição de equipe mínima, abarca um grande contingente de profissionais, sendo que uma parcela significativa faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde, principalmente aqueles com formação em psicologia.

Ademais, observa-se a inserção de residentes nos equipamentos, uma característica observada no campo da saúde. A residência multiprofissional para os profissionais da saúde foi instituída por meio da Lei nº11.129 de 30 de Junho de 2005, sendo caracterizado como uma forma de pós-graduação *lato sensu* voltada à especialização por meio da atuação em serviços da rede, tendo duração de 2 (dois) anos e necessidade de dedicação exclusiva por parte do (a) profissional (NUNES; SILVA, 2017).

Está surgido com a finalidade de proporcionar a categorias profissionais da área da saúde, uma especialização guiada pelas diretrizes e intervenção dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo compreende-se que pelas reverberações do mundo do trabalho atual, o avanço de projetos neoliberais, bem como precarização e sucateamento da política pública de saúde, estes enfrentam uma sobrecarga de trabalho, já que por vezes necessitam suprir a necessidade de funcionários (as) para atender a alta demanda da rede pública (NUNES; SILVA, 2017).

Neste sentido, torna-se necessário compreender a situação singular em que os (as) residentes ocupam nestes espaços, a fim de que se prevaleça o processo de ensino-aprendizagem o qual aspiram as residências multiprofissionais, sendo está uma extensão da formação acadêmica, com características próprias para fomentar o exercício teórico-prático

Em Ponta Grossa, há duas residências multiprofissionais voltadas à área da saúde, sendo que uma vinculada a Fundação Municipal de Saúde (FMS), com

enfoque na saúde coletiva e outra ligada ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva (HU) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Os programas são acompanhados pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) vinculado a Fundação Municipal de Saúde (antiga Secretaria Municipal de Saúde), o qual possui como objetivo central a criação, acompanhamento e execução das residências multiprofissionais, sendo acompanhada por representantes de diferentes espaços, que ficam durante 3 (três anos) no COREMU (PONTA GROSSA, 2017).

Ainda, a residência multiprofissional vinculada a UEPG é regulamentada pela Resolução CEPE nº033 de 01 de Novembro de 2016, que aponta as responsabilidades do (a) coordenador (a), docentes, tutores (as), preceptores (as) e profissionais da saúde residentes, e ainda, institui quais as áreas de formação presentes na especialização, sendo elas (PONTA GROSSA, 2016, p.1):

[...] Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Física Médica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Por fim, no que concerne à inserção do (a) Assistente Social nos equipamentos de saúde mental, estas ocorrem em 4 (quatro) dos mesmos, sendo eles o CAPS I, CAPS II o ASM e o CAPS AD. O último citado é o único a alocar um maior número de profissionais de Serviço Social em seu quadro de funcionários, contabilizando ao todo 5 (cinco) pessoas com esta formação.

O trabalho executado pelos profissionais da área dentro da saúde mental, apresenta desafios e perspectivas próprias, considerando os contextos históricos vivenciados no Serviço Social, sua formação teórica, o aporte técnico-operativo e o debate ético-político presente na profissão, que demonstra a ótica particular presente no campo, que o diferencia de outros profissionais da saúde, como os psicólogos (as), médicos (as) ou enfermeiros (as). Como citado pelo Conselho Federal Serviço Social/CFESS (BRASIL, 2010, p. 46):

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

Para isso, as especificidades do (a) Assistente Social neste universo de atuação será explorado no próximo capítulo, que buscará relacionar as informações obtidas por meio da entrevista semiestruturada com as profissionais inseridas nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Ponta Grossa, Paraná, com as produções e materiais que realizem estes debates e discussões, objetivando refletir sobre os desafios e perspectivas da prática do (a) profissional de Serviço Social.

### **CAPÍTULO 3**

## **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: A INSERÇÃO PROFISSIONAL E OUTROS DEBATES**

O presente capítulo será dividido em dois subitens, sendo o primeiro, intitulado de “Debate profissional do Serviço Social no campo da saúde mental”, que buscará explicar como ocorreu a inserção do (a) Assistente Social nesta área e quais são as principais reverberações atuais desta atuação, considerando as mudanças que ocorreram dentro da própria saúde mental e as vivenciadas na profissão.

Enquanto que, o segundo subitem nomeado de “Desafios e Potencialidades: A intervenção profissional do Assistente Social na saúde mental do município de Ponta Grossa - Paraná”, tem como objetivos identificar as atribuições e competências deste profissional na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conforme prevê as legislações pertinentes, da mesma maneira que se buscará apreender como se dá a intervenção profissional em relação às equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da RAPS identificados no município de Ponta Grossa, Estado do Paraná.

Para isso, o capítulo baseia-se na pesquisa bibliográfica e documental, onde utilizou-se principalmente dos autores José Augusto Bisneto (2011), Lucia Cristina dos Santos Rosa (2012), Amanda Furtado Mascarenhas Lustosa (2012) e Maria Villela Iamamoto (2009 e 2010), bem como apoiou-se no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação nº8.662 de 07 de Junho de 1993 e nas resoluções nº 218 de 06 de Março de 1997 e nº 383, de 29 de Março de 1999. Por fim, também utilizou-se dos documentos “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” e “Discriminação contra a população usuária da saúde mental” do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Estes materiais foram relacionados aos dados obtidos pelas entrevistas semiestruturadas realizadas com as profissionais alocadas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i), no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e no Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM).

Ainda, o diálogo realizado por meio destas entrevistas foram tratados através da Análise de Conteúdo, método estabelecido pela professora e psicóloga

Laurence Bardin, voltado a análise de comunicações por meio de um série de instrumentos, que dividem-se em 3 (três) etapas fundamentais, sendo elas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados através da inferência e da interpretação (BARDIN, 1977).

Neste, para prosseguimento da análise, foram elencadas as 3 (três) principais categorias: Atribuições, Competências e Funções do (a) Assistente Social e Compreensão da Equipe Multiprofissional, Autonomia Profissional em Relação a Equipe Multiprofissional e Desafios e Potencialidades do (a) Assistente Social na Saúde Mental.

### 3.1 O DEBATE PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O campo da saúde é vasto na intervenção profissional do Serviço Social, já que o (a) Assistente Social refere-se a uma profissão desta área que busca atuar na garantia de direitos e acesso à classe subalterna. Como pontuado nos “Parâmetros para a atuação de Assistentes Social na Política de Saúde” do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) este trata-se de:

um campo privilegiado de atuação para o assistente social – que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético político –, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo (BRASIL, 2010, p. 40).

Foi por meio da resolução nº 218 de 06 de Março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que esta categoria de nível superior foi classificada pela primeira vez como um profissional da saúde, junto a outras como enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos veterinários, biólogos, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e profissionais de educação física (BRASIL, 1997).

Após 2 (dois) anos, é estabelecida a resolução nº 383, de 29 de Março de 1999, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que reafirma esta informação, reiterando que, ainda que este profissional não seja exclusivamente da área da saúde, estando inserido em outros campos, o mesmo pode atuar nestes espaços, considerando a natureza das atividades executadas (BRASIL, 1999).

Como pontuado na legislação (BRASIL, 1999):

[..] o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País (BRASIL, 1999).

Ainda assim, a inserção destes no campo, e mais especificamente dentro da saúde mental, deu-se de forma gradativa, sendo que as primeiras expressões dessa intervenção ocorreram nos Estados Unidos, onde os (as) Assistentes Sociais atuavam dentro dos hospitais psiquiátricos no sentido de reajustamento dos sujeitos, que eram considerados “doentes mentais”. Posteriormente, esse atendimento passou a englobar outras ações como o estudo do ambiente em que o indivíduo estava inserido, tanto no meio familiar como profissional e a abordagem com a família a fim de prepará-la para o convívio após a alta do (a) paciente (BISNETO, 2011).

A necessidade do acesso aos hospitais psiquiátricos intensificou-se no período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), bem como no período pós-guerra, tanto para os soldados que desenvolveram comportamentos neuróticos devido aos traumas vivenciados em batalha, quanto para a família destes, que por vezes ficavam desamparadas, pelas perdas ou mudanças ocasionadas por este cenário (BISNETO, 2011).

O trabalho do Serviço Social nestes espaços tinham um cunho terapêutico e eram realizadas pouquíssimas ou se não nenhuma reflexão acerca das questões socioeconômicas que envolviam as realidades dos indivíduos, isto dava-se principalmente pelo aporte teórico que baseava-se no estruturalismo, no funcionalismo e no higienismo, bem como pelo fato desta área apoiar-se efetivamente nas teorias da psicanálise. Neste sentido, era comum recair na psicologização da vida social, que esvaziava a ideia de transformação social e reforçava o caráter individualista e privatista da intervenção do (a) Assistente Social (BISNETO, 2011).

Neste sentido, não tinha-se a premissa de realizar uma análise macrossocial das questões sociais que envolviam a vida dos sujeitos, sendo que tudo que envolvia a subsistência e renda destes era visto como atividade específica das instituições de obras sociais, havendo uma segmentação entre os setores de atuação do Serviço Social. Como aponta Bisneto (2011, p.19):

O serviço prestado pelo assistente social ao seu usuário se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si, isto é, era diferente do que é feito hoje no Brasil, onde boa parte do trabalho do Serviço Social nas organizações psiquiátricas está voltada ao atendimento de questões emergenciais associadas à enorme pobreza dos pacientes e à ausência de rede de suporte familiar e comunitário. Isso porque no início do século já havia nos Estados Unidos agências de Serviço Social (as obras sociais) que atendiam a população quanto às necessidades materiais e concessão de benefícios e, segundo consta em Bartlett, em hospícios o assistente social segmentava o atendimento: o apoio social ao tratamento psiquiátrico era dado pelo Serviço Social do hospital e as questões de pobreza eram atendidas pelas agências sociais.

No Brasil, a inserção profissional na área da psiquiatria deu-se mais lentamente, sendo que até os anos de 1960 haviam poucos profissionais que trabalhavam neste campo, principalmente porque esta profissão em cenário nacional atuava mais centralmente com os trabalhadores, enquanto os hospícios, principais instituições de saúde mental, atendiam a população mais empobrecida e não a classe operária. Como cita Bisneto (2011, p. 21):

[...] nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde). Havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil, e às vezes um hospício em algum estado da federação atendendo a grande áreas do interior. Outra particularidade consistia em que eram voltados para o atendimento à população muito pobre e não à massa dos trabalhadores em geral.

Para além de poucos hospitais psiquiátricos estatais para a intervenção profissional, as clínicas privadas que trabalhavam no tratamento do sofrimento psíquico das classes mais altas não realizavam a contratação de Assistentes Sociais, ou seja, não haviam espaços suficientes para esta inserção (BISNETO, 2011).

Em 1961, os militares organizaram um golpe, retirando o até então presidente João Goulart do poder e estabelecendo a ditadura no país, período este caracterizado pela violência contra os direitos civis e políticos da população, principalmente pelo desenvolvimento de Atos Institucionais, que minavam a liberdade de expressão e davam brecha a perseguição, tortura, censura e aprisionamento daqueles que mostravam-se contra o governo vigente. Ainda assim, houveram importantes avanços como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), gerado pela fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que incluiu diferentes categorias como os (as) autônomos (as) e empregados (as) domésticos (as), para além daqueles inseridos no mercado de

trabalho formal, na assistência médica concedida pelo direito previdenciário (POLIGNANO, 2001).

Neste cenário, o atendimento psiquiátrico passou a fazer parte da rede de previdência, sendo que o Estado começou a desenvolver convênios junto aos serviços psiquiátricos do setor privado, que realizam o atendimento dos (as) usuários (as) vinculados ao INPS e depois eram pagos pelos mesmos. Pela realização deste financiamento, que transformou a saúde mental em uma espécie de mercadoria, o poder estatal estabeleceu como exigência que estes espaços tivessem ao menos um (uma) Assistente Social compondo a equipe (BISNETO, 2011).

Dessa forma, a medida em que houve o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, devido a oferta deste serviço aos trabalhadores cobertos pela previdência ocorreu também a maior inserção de profissionais de Serviço Social na área da saúde mental, dada a exigência imposta pelo governo, considerando que as instituições cadastradas eram fiscalizadas devido a destinação de recursos. Como pontua Bisneto (2011, p.24):

Com o planejamento centralizado da saúde pelo Estado foi possível se estabelecer normas (e haver a fiscalização do cumprimento da norma), como a de que todo o estabelecimento psiquiátrico que cobrasse do INPS tivesse que ter assistentes sociais, Portanto, só nos anos 1970 se iniciou uma atuação quantitativamente expressiva em termos de número de assistentes sociais na área psiquiátrica.

Ainda assim, pelo fato destes Assistentes Sociais serem contratados apenas pela exigência ministerial, estes tinham uma condição precária de trabalho, sem funções definidas e com contratos provisórios, sendo que ainda existiam espaços que possuíam contrato com estes profissionais, mas os mesmos não executavam suas atividades, sendo apenas registrados no quadro de funcionários por questões legais (BISNETO, 2011).

Neste sentido, compreende-se que a atuação do profissional de Serviço Social não era requerida pelos usuários que acessavam os serviços, tampouco pelas instituições psiquiátricas, havendo ambiguidades no entendimento das intenções do Ministério ao impor esta condição, como a importação dos modelos traçados nos países norte-americanos, a racionalização dos atendimentos, a diminuição de custos com outros profissionais, a resolutividade das contradições presentes no sistema manicomial da época etc (BISNETO, 2011).



Para Bisneto (2011) a principal justificativa para tal exigência dizia respeito não às questões que envolviam a saúde mental em si, mas as outras expressões da questão social que mostravam-se latentes na vida dos pacientes, principalmente no âmbito social e econômico, que precisavam ser ocultados pelo governo ditatorial, a fim de não gerar indagações por parte da sociedade civil. Sobre este fato, o autor comenta:

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2011, p. 25).

Dado ao contexto ditatorial, os (as) Assistente Sociais nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais realizavam ações de cunho assistencialistas e tradicionais, sendo esperado que o profissional tivesse como objetivo manter a ordem vigente e o controle social em favor do Estado, sem realizar reflexões e/ou análises sobre a efetividade, os impactos e os desdobramentos de sua ação (VIANA; CARNEIRO; GONÇALVES, 2015).

Ainda assim, o interesse na ruptura de práticas e formações conservadoras dentro da profissão iniciou-se nesta mesma época, onde os (as) profissionais de Serviço Social começaram a articular-se para refletir sobre novos paradigmas dentro da área, nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, momento que ficou conhecido como Movimento de Reconceituação, importante marco histórico na profissão (VIANA; CARNEIRO; GONÇALVES, 2015).

O momento de renovação, que expandiu-se não só nacionalmente como em toda a América Latina, teve grande impacto para o Serviço Social contemporâneo, representando uma transformação significativa para uma formação acadêmica e atuação profissional mais crítica e interligada às demandas sociais, e não só aos requerimentos advindo do poder estatal. Como cita Iamamoto (2010, p. 208):

O Serviço Social latino-americano é sensibilizado pelos desafios da prática social. Sua resposta mais significativa se consubstancia na mais ampla revisão já ocorrida na trajetória dessa profissão, que tem aproximadamente seis décadas de existência. Essa resposta é o movimento de reconceituação. Esse perfilou-se, desde o seu nascedouro, como um movimento de denúncia - de autocrítica e de questionamentos societários

que tinha como contraface um processo seletivo de busca da construção de um novo Serviço Social latino-americano, saturado de historicidade, que apostasse na criação de novas formas de sociabilidade a partir do próprio protagonismo dos sujeitos coletivos.

Dessa forma, com adoção de novos aportes teóricos, as leituras realizadas no espaço sócio-ocupacional da Saúde Mental começaram a ser contestadas, bem como as práticas profissionais encontraram dificuldades em articular-se com o novo referencial, que advinha principalmente das literaturas marxistas. A principal problemática encontrada nesta atuação, referia-se a psicologização das relações sociais, “desviando o enfoque da transformação social para a transformação individual como meio a soluções de problemas” (BISNETO, 2011, p. 54).

Dada a interlocução com as áreas da psiquiatria e da psicologia, reforçou-se a necessidade do fortalecimento e debate acerca da temática no Serviço Social, principalmente porque até o meio da década de 1980, havia apenas um livro publicado na área, que tratava-se da obra de Lucia Gonçalves, intitulado de “Saúde Mental e Trabalho Social” (BISNETO, 2011). O novo momento na profissão, colocou a necessidade da construção de uma nova postura, fazendo requisições para estes profissionais, como:

maiores investimentos no plano teórico-metodológico; técnico-operativo e ético-político, como parte constitutiva da condição humana e da totalidade social, subtraindo-se a mera perspectiva de psicologização ou psiquiatrização dos problemas humanos (ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 30).

Na década de 1980, que ainda vivenciava os ecos do Movimento de Reconceituação, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica, como uma resposta dada ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico pelas instituições manicomiais. Com o debate acerca da desinstitucionalização na Saúde Mental e o incentivo para inserção de novos conhecimentos, o Serviço Social consegue aproximar-se de forma mais efetiva, realizando articulações entre a corrente marxista e as vertentes progressistas deste movimento. Neste sentido, há o início de uma perspectiva mais crítica e transformadora em ambos os campos, e o Serviço Social começa a aliar-se nesta luta, defendendo a não-alienação dos sujeitos atendidos pelos serviços psiquiátricos (BISNETO, 2011).

Bisneto (2011) considera que a Reforma Psiquiátrica representou uma abertura muito grande ao campo do Serviço Social, principalmente após os anos 1990, onde houve um decaimento das instituições de internamento e a preocupação sobre os fatores políticos e sociais inseriram-se nos atendimentos. Os novos

serviços e equipamentos que vinham sendo criados exigiam cada vez mais a intervenção profissional do (a) Assistente Social, ainda que houvessem desafios, como a homogeneidade no campo psiquiátrico na resistência sobre a atuação de novas áreas e/ou o pouco aporte teórico destes profissionais no que diz respeito a loucura e suas formas de interpretação (BISNETO, 2011).

Rosa e Lustosa (2012) destacam que há uma sintonia nos princípios desenvolvidos por meio da Reforma Psiquiátrica, em consonância com aqueles que foram sendo construídos para o projeto ético-político do Serviço Serviço Social, os quais foram sistematizados no Código de Ética Profissional por meio da Resolução CFESS nº273 de 13 de Março de 1993, os quais destacam-se:

1) a liberdade como valor basilar, inscrito na palavra de ordem do movimento da luta antimanicomial “a liberdade é terapêutica”, impondo o cuidado comunitário, em contraponto a modelos segregadores/ excludentes que se calcaram na presunção da periculosidade e incapacidade para forjar uma modalidade de tratamento que desabilitou a pessoa com transtorno mental para o convívio social, gerando vários tipos de violação de direitos humanos e conseqüentemente uma dívida histórica do Estado para com esse segmento; 2) a defesa intransigente dos direitos humanos; 3) a luta pela eliminação de todas as formas de preconceito, na perspectiva de contribuir para a construção de outra relação entre a sociedade e o louco/loucura, mudando o imaginário social; e 4) empenho na garantia da qualidade dos serviços prestados, haja vista o crescente desinvestimento do Estado em gastos sociais e precarização das relações de trabalho (CRESSRJ apud ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 30).

Bisneto (2011) considera que estes momentos apresentados acerca da inserção do (a) Assistente Social divide-se em 3 (três) fases temporais distintas, a primeira iniciada em 1946 refere-se a inserções iniciais e residuais deste profissional no campo, onde os mesmos apoiavam-se nos modelos higienistas e clínicos para proceder com sua atuação nos manicômios estatais, a segunda, com período iniciado na década de 1970, marcado por um aumento de profissionais, devido às definições do INPS que inseriu estes nos espaços conveniados, onde as teorias utilizadas eram difusas, havendo fontes distintas como o desenvolvimentismo, fenomenologia, psicanálise, marxismo etc. Por fim, a terceira fase, como início na década de 1990, representa a expansão do campo de atuação para os (as) Assistentes Sociais devido a Reforma Psiquiátrica e a criação de novos pontos de atenção, mesmo que as questões teórico-metodológicas ainda sejam uma problemática em debate.

O ano de 2001 traz consigo um importante marco legal para a Saúde Mental, a homologação da Lei 10.216 de 06 de Abril, que representou um grande

avanço nos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, garantindo-lhes o acesso a um sistema de saúde que disponibilizasse um atendimento adequado para atender suas demandas, uma equipe qualificada em um ambiente especializado, respeitoso e sigiloso (AMARANTE, 2007). Como colocado na legislação (BRASIL, 2001, Art. 1º):

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

Outrora, a requisição deste profissional que era exclusivamente estatal, passou a compor a demanda dos (as) usuários (as), equipes e instituições voltadas à saúde mental por necessidades distintas. Quando fala-se do (a) paciente que acessa a assistência psiquiátrica, nota-se que na maioria das vezes os mesmos também são atingidos pelas expressões da questão social, ou ainda, dado ao quadro de sofrimento psíquico passam a enfrentar estas problemáticas, sendo o (a) Assistente Social que realizará o atendimento às demandas apresentadas, que estendem-se para a família (BISNETO, 2011).

Já pelos profissionais do campo, principalmente daqueles que aderiram os ideais trazidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, vê-se o nosso sentido da loucura e as abordagens deste trabalho, que não consegue ser contemplado por um único profissional, necessitando da construção de uma equipe multiprofissional, que consiga trazer diferentes óticas após o processo de desinstitucionalização. Enquanto que, para os gestores e/ou diretores dos equipamentos (fala-se tanto dos pontos de atenção construídos na RAPS, como dos hospitais psiquiátricos que ainda existiam) a inserção do profissional de Serviço Social representa uma otimização do serviço e, por vezes, gera a redução de custos pela realização de múltiplas atividades no espaço sócio ocupacional (BISNETO, 2011).

Destaca-se que, há uma atuação do (a) Assistente Social quando inserido nos serviços substitutivos (como os CAPS), bem como há a intervenção realizada nos locais onde ainda preserva-se a visão hospitalocêntrica. Neste segundo, as ações tendem a ser mais burocráticas, já que o mesmo insere-se para contribuir com a agilidade do serviço através da realização de atividades administrativas, compondo uma hierarquia, sendo este subordinado ao saber médico (ROSA; LUSTOSA, 2012).

Ao passo que, nos pontos de atenção como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o (a) Assistente Social circunscreve-se como um técnico de referência, bem como os demais membros da equipe multiprofissional, podendo responsabilizar-se pela construção dos projetos terapêuticos com maior autonomia, ainda que hajam desafios acerca do entendimento de suas atribuições e competências específicas (ROSA; LUSTOSA, 2012).

Ainda, destaca-se que este não encontra-se apenas inserido nos CAPS, mas sim atuando nos mais diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), intervindo nas manifestações da questão social que apresentam-se na vida dos indivíduos e suas famílias, como exemplo a violência institucional e/ou o estigma, não desfocando-se das questões macrossociais. Como aponta Bisneto (2011, p. 61):

No Movimento de Reforma Psiquiátrica o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua relação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico.

O fazer profissional ainda está em construção, sendo que uma questão primordial refere-se a necessidade de sistematizações sobre a prática profissional, dado ao fato que o campo do Serviço Social “pouco produziu sobre suas várias inserções no campo da saúde mental contemporaneamente, tendo pouco e recente acúmulo teórico” (ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 47), mesmo que já esteja inserido na Saúde Mental desde a década de 1940.

Neste sentido, considerando as reflexões acerca da atuação do (a) Assistente Social nestes espaços, o próximo subitem buscará refletir acerca desta intervenção, por meio das experiências das profissionais dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná. Ainda, será realizada a correlação entre a atuação realizada com as atribuições e competências dispostas na Lei de Regulamentação Profissional e no Código de Ética de 1993.

### 3.2 DESAFIOS E POTENCIALIDADES: A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ

O Serviço Social trata-se de uma profissão pertencente a divisão social e técnica do trabalho, o qual é atingido pelas reverberações e requisições demandadas pelas instituições, usuários e Estado, necessitando mais que um caráter meramente interventivo, mas sim propositivo, dadas as constantes transformações em seu objeto de trabalho (IAMAMOTO, 2010).

Em sua prática profissional, o (a) Assistente Social tem como sua base de trabalho a questão social, que refere-se a um conjunto de expressões de desigualdade com gênese no capitalismo, vivenciadas na vida cotidiana, nos mais diversos espaços como “no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc” (IAMAMOTO, 2010, p. 28). Dentro desta, não estão só as disparidades, como também as resistências dos sujeitos, que tencionam o sistema, opondo-se contra estas manifestações. Como aponta Iamamoto (2010, p. 28):

É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade.

Para dar conta desta dinâmica social, considerando que o profissional de Serviço Social está inserido neste processo complexo, torna-se necessário não só apreender as novas expressões da questão social que formulam-se constantemente, como também projetar novas maneiras de resistência e de defesa da vida, as quais são inventadas e reinventadas cotidianamente (IAMAMOTO, 2010). Ou seja, é tarefa do Assistente Social “decifrar as múltiplas expressões da questão social, sua gênese e as novas características que assume na contemporaneidade, atribuindo transparência às iniciativas voltadas à sua reversão e/ou enfrentamento imediato” (IAMAMOTO, 2010, p. 28-29).

Neste sentido, para responder tais requerimentos societários, considerando que as próprias expressões da questão social alteram-se dia após dia, este profissional não deve prender-se às atividades propostas pelo mero emprego, as quais por vezes são burocráticas e rotineiras, mas sim observar e analisar as transformações da realidade, buscando formular possibilidades e alternativas para enfrentá-las (IAMAMOTO, 2010). Como cita Iamamoto (2010, p.21):

É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois,

ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional

Dessa forma, observa-se que o objetivo do Serviço Social não é necessariamente a atuação no campo material, mas sim a produção de efeitos sociais na vida dos indivíduos, que incidam nos valores, culturas, conhecimentos e comportamentos, com enfoque principal no atendimento das demandas da classe trabalhadora, garantindo a viabilização das condições de sobrevivência social (IAMAMOTO, 2010).

Esta atuação dá-se em espaços sócio-ocupacionais múltiplos, como por exemplo no âmbito estatal (nas mais diversas políticas públicas), em organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, em empresas privadas capitalistas ou em movimentos sociais, sendo que em cada um deles este profissional enfrenta particularidades próprias advindas de um conjunto de relações e condições inerentes de cada campo. Em meio a estas particularidades próprias de cada segmento de trabalho, o (a) Assistente Social encontra um ponto comum em sua atuação, que trata-se da defesa e viabilização dos direitos daqueles que acessam os serviços, não só na execução da política pública ou atendimento direto aos usuários, como também no planejamento e formulação de políticas, programas e projetos pensados a partir da perspectiva de ampliação de direitos e acesso (IAMAMOTO, 2009).

Ainda, tem-se como ponto de partida de todas as intervenções realizadas em múltiplos locais, a Lei n. 8.662 de 7 de junho de 1993, a qual regulamenta a profissão, indicando as competências e atribuições privativas deste profissional, a fim de guiar a prática de maneira uniformizada e eficiente em todo território nacional (BRASIL, 1993).

O Artigo 4 disposto na legislação indicada quais são as competências previstas na referida área, sendo que estas caracterizam-se pela “capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto” (IAMAMOTO, 2009, p.9), não sendo exclusivamente de uma única categoria profissional, mas sim relacionada a todos os sujeitos profissionais que possuam determinada capacitação para executá-las. Na Lei de Regulamentação, são elas (BRASIL, 1993):

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

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

Enquanto que, as atribuições privativas, que são definidas por serem próprias do Serviço Social, são apontadas no Artigo 5 da mesma legislação, as quais são (BRASIL, 1993):

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.



O profissional de Serviço Social também é orientado por um projeto ético-político, considerando o sentido de sua intervenção profissional, a qual deve direcionar-se para favorecer um ou outro projeto societário, sendo que de forma consciente ou não, as demandas atendidas seja por meio de ações mais simples ou mais complexas irão apresentar determinada direção social e política (TEIXEIRA; BRAZ, 2009).

Este é sistematizado pelo Código de Ética Profissional, o qual foi regulamentado pela Resolução CFESS nº 273 de 13 de Março de 1993, possuindo um caráter radicalmente democrático, bem como interligado aos interesses históricos requeridos pela classe trabalhadora. Neste sentido, destaca-se que este documento partiu da revisão do Código de Ética de 1986, sendo que o mesmo foi o primeiro a construir um projeto ético-político relacionado às classes subalternas, mas que ainda tornava necessário determinado aprofundamento na defesa da democracia e justiça social (BRASIL, 2012).

O Código de 1993 possui como primeiro princípio fundamental o “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (BRASIL, 2012, p. 23), e ainda apoia-se nos ideais da cidadania, democracia, equidade, justiça social, eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação, o compromisso na qualidade dos serviços para população atendida etc (BRASIL, 2012). Dessa forma, o mesmo é resultado dos avanços no campo do Serviço Social após o Movimento de Reconceituação, onde o (a) Assistente Social ganhou um novo posicionamento profissional.

Posto isso, observa-se que na saúde, como em qualquer outro espaço sócio-ocupacional a qual o profissional de Serviço Social vincula-se, torna-se necessário que as ações e atividades propostas no cotidiano institucional sejam formuladas considerando o que está disposto na legislação já desenvolvida na área, bem como no referencial teórico, o qual nos apropriamos durante a graduação, a fim de não distanciar a teoria do fazer profissional.

Ainda, a atuação dos (as) Assistentes Sociais nestes locais, tem como orientador o documento produzido pelo CFESS intitulado de “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”, no qual se estabeleceu quatro

eixos de atuação, sendo estes o atendimento direto aos usuários<sup>16</sup>; a mobilização, participação e controle social; a investigação, planejamento e gestão e a assessoria, qualificação e formação profissional (BRASIL, 2010).

A fim de exemplificar a primeira categoria elencada, que trata-se das “**Atribuições, Competências e Funções do (a) Assistente Social e Compreensão da Equipe Multiprofissional**”, compreendendo a intervenção das Assistentes Sociais realizadas nos campos investigados (CAPS i, CAPS AD e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental), construiu-se o quadro 6. O mesmo é resultado das respostas obtidas por meio do questionamento acerca das principais atividades desenvolvidas no serviço pelas mesmas, buscando constatar se as particularidades e exigências institucionais caminham conjuntamente a construção teórica, política, normativa e social do campo.

Quadro 6 - A principais ações e atividades realizadas pelas Assistentes Sociais entrevistadas

(continua)

Assistente Social I	<p>Então aqui no serviço, a gente faz primeiro o <b>acolhimento</b>, que é quando chega a criança e o adolescente junto à família ou uma instituição que ela esteja, a gente faz aquela primeira <b>escuta qualificada</b>, para ver qual que é a demanda, se vai ficar aqui no serviço ou não. Ai depois a gente <b>acompanha a família</b>, eu tenho um projeto que é o “Tecendo” aqui dentro, então a gente acompanha essas famílias que tenham alguns conflitos, conflitos que a gente diz porque a criança e o adolescente já está em sofrimento e às vezes a família também fica em sofrimento, então é estes trabalhos com a família diretamente que eu faço.</p> <p>[...]</p> <p>A gente faz <b>visita domiciliar</b> também, não só da minha região, mas de todas também. Tem alguns <b>relatórios</b> também, quando é pedido pra gente, do Ministério Público, do poder judiciário, Vara da Infância e Juventude. A gente faz contatos telefônicos, <b>grupos</b> terapêuticos, eu tenho 2 grupos terapêuticos [...].</p>
Assistente Social II	<p>[...]</p> <p>Dentro da equipe, a gente tem funções muito parecidas, mas por conta da particularidade acaba se diferenciando, mas no geral, a gente <b>trabalha com grupo</b>, os grupos de (...), diversos grupos, a gente tem grupo de atividade física, que é coordenado pela profissional de educação física, mas a gente também acaba participando quando necessário, quando a gente vê necessidade mesmo, às vezes do paciente, enfim. Os grupos são realizados no CAPS, interno e externamente, o <b>atendimento individual</b> que a gente chama de PTS, que é o Projeto Terapêutico Singular, então o atendimento individual é sempre revisão do PTS, então, às vezes o paciente que não tem perfil para grupo, que não dá conta para participar em grupo, a gente faz o atendimento individual e nesses atendimentos individuais que a gente vê demandas. Então às vezes assim, o paciente tem uma demanda ali, que é exclusivamente social, enfim, é uma coisa que o Serviço Social tem que intervir, eu faço essa intervenção, então essa <b>comunicação com a rede, encaminhamentos</b>, essa parte assim. Mas, igual falei com você, as atividades dos profissionais acabam</p>

<sup>16</sup> As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (BRASIL, 2010, p. 42).

Quadro 6 - A principais ações e atividades realizadas pelas Assistentes Sociais entrevistadas

(conclusão)	
Assistente Social II	sendo meio em comum. [...]
Assistente Social III	Então assim, como os profissionais atendem alguém ou algum familiar aqui e percebem alguma demanda de Serviço Social, que aquela família necessita de alguma <b>orientação</b> ou de algum <b>encaminhamento</b> , seja na questão de benefícios, isenções, enfim, ou orientações mesmo, aí eles me passam essas demandas. Ai tem as reuniões de equipe, tem os <b>trabalhos de grupo</b> também que 'tá' iniciando, que eu e mais uma psicóloga vamos iniciar, seria basicamente essas questões. Então, demandas de Serviço Social que tem aqui, os profissionais percebem, eles me encaminham.

Org.: A autora.

Fonte: Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.

Ao observar as devolutivas trazidas no quadro 6 , acerca das principais intervenções realizadas pelas profissionais, em relação ao documento que guia as práticas do Serviço Social na saúde, nota-se que estas encontram-se com maior incidência no eixo de “Atendimento direto aos usuários”, sendo que este dá-se em diversos serviços, partindo desde a atenção primária até os serviços organizados a partir de ações de média e/ou alta complexidade, independente se seja da instância federal, estadual ou municipal. No mesmo, há uma divisão quanto aos sub-eixos, os quais são as ações socioassistenciais, as ações socioeducativas e as ações de articulação com a equipe de saúde (BRASIL, 2010).

As ações socioassistenciais visam atender as demandas vinculadas a precariedade dos serviços ofertados na saúde, problemas na qualidade e/ou quantidade de atendimentos, bem como outras demandas próprias dos indivíduos e de suas condições de vida, como a falta de moradia, desemprego, subemprego a violência urbana e/ou doméstica, acidente no ambiente de trabalho, entre outros. Neste sentido, as mesmas não devem ter caráter burocrático e pontual, mas sim, necessitam ser pensadas de forma a garantir o acesso aos usuários de forma efetiva (BRASIL, 2010).

Ou seja, os processos de trabalho e instrumentais citados pelas Assistentes Sociais como o acolhimento, escuta qualificada, acompanhamento da família e visitas domiciliares, compõem a tentativa de compreensão acerca das realidades dos sujeitos que acessam os serviços e suas problemáticas advindas no local e fora dele, a fim de tornar mais viável o acesso aos direitos, por meio de

encaminhamentos e orientações adequados (BRASIL, 2010). Quanto a este último instrumento, é citado no documento que (BRASIL, 2010, p. 44):

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Nesse sentido, não pode ser utilizada como meio de verificação de dados fornecidos pelo usuário. Deve-se superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas.

Posto isso, destaca-se que estes instrumentais compõe a dimensão técnico-operativa do Serviço Social, a qual está interligado com as dimensões ético-política e teórico-metodológica, sendo caracterizada como “uma síntese do exercício profissional por se constituir nas respostas e estratégias construídas para o atendimento às demandas” (PORTES, L.F; PORTES, M.F, 2016, p. 65-66). Os instrumentais e técnicas dispostos nesta dimensão oportunizam a materialização do exercício profissional, não sendo selecionados ao acaso e de maneira neutra, mas sim possuindo intencionalidades (PORTES, L.F; PORTES, M.F, 2016).

Ademais, compreende-se que as atividades dispostas neste sub-eixo são essencialmente realizadas pelo (a) profissional de Serviço Social, pois exige a construção de conhecimentos e ações específicas como o desenvolvimento de documentos e manifestações técnicas, a exemplo dos estudos socioeconômicos sobre as famílias e usuários ou ainda o entendimento sobre assuntos singulares como os determinantes sociais da saúde, a mobilização em rede e/ou a importância do incentivo ao convívio familiar e comunitário (BRASIL, 2010).

Enquanto que, as ações socioeducativas refletem-se no ideal de socialização de informações como premissa do (a) Assistente Social, sejam estas fornecidas de forma individual, grupal e/ou coletiva, necessitando ser encaradas como eixo central da intervenção do Serviço Social, já que garantem a democratização das formas de acesso aos direitos a todos, possibilitando a emancipação dos sujeitos. Algumas atividades desenvolvidas neste eixo são (BRASIL, 2010, p.56):

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;

- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Dessa forma, no trabalho executado pelas participantes de pesquisa, percebe-se que são valorizadas as atividades em grupo, sendo citadas recorrentemente ao longo da entrevista social. Esta prevalência do trabalho com grupos ocorre pelo fato que após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tornou-se essencial o desenvolvimento desta forma de atendimento, dada às novas concepções sobre a reinserção social e os tratamentos voltados a pessoa em sofrimento psíquico (BISNETO, 2011).

Para o (a) Assistente Social, isso representa a necessidade de aproximar-se deste contexto de atividades grupais, compreendendo como este insere-se no campo da saúde mental e se relaciona com aquilo que é apreendido dentro da profissão, sem que haja divergências nos valores ético-políticos ou ainda ultrapasse a gama de conhecimentos apropriados na área, principalmente porque antes do Movimento de Reconceituação, o Serviço Social de Grupo seguia a vertente conservadora e funcionalista para aqueles que eram atendidos (BISNETO, 2011).

Devido a sua formação específica, este profissional por vezes não têm apropriação das técnicas de grupo, não sendo exclusivamente uma problemática do (a) Assistente Social na saúde mental, considerando que outras graduações, como a Medicina, também não aprofundam-se nesta temática. Os grupos não devem ser formulados apenas por questões institucionais, onde valida-se apenas a técnica por si mesma, ou ainda partir de razões individuais de cada técnico de referência, sendo que este pode ser um espaço onde rompam-se com diversas concepções conservadoras, como é exemplo a dicotomia entre social e psíquico (BISNETO, 2011).

Bisneto (2011) destaca que para o rompimento desta dicotomia, que limita a compreensão da realidade envolvendo a pessoa em sofrimento psíquico, o (a)

profissional de Serviço Social mostra-se capacitado (a), em razão de suas potencialidades para realização de análises sociais, não excluindo a dimensão social nos impactos da saúde mental.

No que refere-se às ações de articulação com a equipe de saúde, percebe-se que estas são de grande importância, considerando que cada profissional vinculado à equipe multiprofissional contará com ângulos diferentes, que se bem articulados entre os demais saberes, pode potencializar a atuação realizada em prol da população atendida. As reflexões e atividades voltadas a este sub-eixo permitem que todos conheçam as atribuições, competências e funções próprias dos (as) outros (as) integrantes, tornando-se um fator positivo no convívio e trocas entre os (as) mesmos (as) (BRASIL, 2010). Para trazer reflexões acerca desta compreensão, construiu-se o quadro 7, sob a perspectiva das entrevistadas.

Quadro 7 - Entendimento das Assistentes Sociais acerca da compreensão da equipe multiprofissional acerca do trabalho das Assistentes Sociais

(continua)

Assistente Social I	Então assim, no começo eu não sentia isso, quando eu entrei aqui, porque como a gente é um equipe multi e eu sempre estava acostumada a ter minha sala, meu cantinho, uma profissional que trabalhava sozinha, eu vim de uma instituição que era o serviço de convivência. Então aqui tudo a gente divide, a gente divide salas, a gente divide o paciente para conversar, então no começo eu achava assim: 'Poxa, mas tudo que eu faço como Assistente Social, outra profissional também faz'. Só que é o olhar que é diferenciado, em alguns momentos quem nem 'ah, é controle social', falar lá sobre um problema que ta acontecendo financeiramente, documentação, 'o que é CRAS', que é mais da rotina do Serviço Social, os outros profissionais me procuram pra isso, então eu entendo que o Serviço Social aqui é muito importante, apesar da gente tá trabalhando com saúde mental. Então eu acredito que sim, que meu espaço é bem respeitado aqui, mas eu entendo também que o profissional tem que abrir assim o seu caminho, ele tem que falar 'estou aqui', 'estou disponível', 'quero aprender também', é <b>dividir</b> mesmo <b>os saberes</b> , acredito que seja muito disso assim.
Assistente Social II	Eu vou falar da minha mini-equipe , (...) que desde que vim para cá 'to' referenciada, também 'to' referenciada nessa mini-equipe. Minha mini-equipe é muito boa assim, para trabalhar, então a gente tem muita <b>facilidade de comunicação</b> entre os profissionais que tão nessa mini-equipe, então eles compreendem, não tive dificuldade nenhuma assim de trabalhar, eu penso assim, como a gente acaba fazendo tudo em mais tempo, a demanda individual eles mesmos já identificam e já trazem para mim, a gente tem uma <b>reunião</b> de mini-equipe semanalmente para discutir casos específicos, pacientes que precisam um pouco mais de atenção, se a gente 'tá' com dificuldade, 'tá' atendendo um caso e tem alguma dificuldade ali, a gente traz para discussão para ter esse outro olhar de equipe, para pensar em outras estratégias, então a gente tem essa coisa de discussão de mini-equipe, é discussão em mini-equipe ou equipe multiprofissional ali, que é bem tranquilo e acaba ajudando bastante assim. Se a equipe 'ta' atendendo algum outro caso ou às vezes a equipe aqui de enfermagem, o paciente da atenção integral tem alguma questão, já passam

Quadro 7 - Compreensão da equipe multiprofissional acerca do trabalho das Assistentes Sociais  
(conclusão)

Assistente Social II	para mim ou para equipe de referência, mas sempre é trazido, então não tem essa questão de “Ah, vou fazer isso e tal”, se tem um encaminhamento que qualquer pessoa pode fazer, eles vão fazer, mas a minha mini-equipe é bem tranquila, sabe? Bem boa de trabalhar. Então eu não tenho nenhuma (...), eu dentro do CAPS não tenho nenhuma reclamação quanto a isso, não tive dificuldades quanto a isso. [...]
Assistente Social III	Eu acho que funciona dentro do esperado, existe essa compressão do que seria no caso do Serviço Social, eles me passam algumas coisas, a gente troca informações, enfim, não necessariamente informações, <b>troca ideias, opiniões, a respeito dos encaminhamentos que podem ser tomados</b> , às vezes junto com os próprios pacientes. E eu acredito que existe sim essa compreensão.

Org.: A autora.

Fonte: Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.

O entendimento acerca das atribuições e competências do (a) profissional de Serviço Social são de grande relevância na saúde, devido ao entendimento equivocado que as ações desenvolvidas pelo (a) mesmo (a) tem caráter meramente técnico-administrativo, como exemplo a solicitação de emissão de declaração para pacientes não atendidos pelo (a) Assistente Social e/ou a marcação de consultas e exames (BRASIL, 2010).

Os momentos de diálogo viabilizam que este debate ocorra e haja um esclarecimento entre a equipe, além de que se esta estiver alinhada, de forma que as funções estejam delimitadas e cada profissional esteja fortalecido em seus conhecimentos e experiências singulares a sua formação, o caminho para a ação interdisciplinar torna-se possível, pois o “profissional seguro em sua formação básica específica tende a ser o mais aberto para entender o valor da contribuição do diferente” (MUNHOZ, 2008, p.129).

O diálogo, ação de extrema importância na interdisciplinaridade, foi um fator apontado pelas Assistentes Sociais ao longo de seus depoimentos, o qual é estabelecido comumente por meio de reuniões de equipe, como destacado nos seguintes trechos:

Quadro 8 - Comentários das entrevistadas acerca do diálogo com a equipe multiprofissional  
(continua)

Assistente Social I	Então, aqui no CAPS <b>tem que existir o diálogo</b> , a gente sempre tem semanalmente a <b>reunião</b> de equipe, dividida em território e uma vez na semana, toda sexta-feira de manhã com a equipe no geral, porque as vezes aquele paciente é da Nova Rússia, um exemplo, mas a gente que 'tá' ali, o profissional que 'tá' ali, conversa com ele todo dia, sabe de toda problemática, não sabe o quer fazer e a gente abre pra equipe maior para tentar resolver. Então tudo se resume aqui a uma boa conversa, eu acho que o diálogo também é bem importante.
---------------------	---

Quadro 8 - Comentários das entrevistadas acerca do diálogo com a equipe multiprofissional

(conclusão)

Assistente Social II	Eu acho que ajuda, (...), e a gente tem assim, tem as <b>reuniões</b> (...), tem muita reunião, mas como tem os pacientes da atenção integral, todo dia quando dá ali 13 horas tem passagem de plantão, então 'tal' paciente que vai receber alta, o que vai ser feito, tem alguma paciente que a equipe não conseguiu se resolver só em mini-equipe, não conseguiu chegar a uma conclusão, eles levam para equipe geral, sabe? Para tentar dar um outro olhar, mas possibilidades de encaminhamento, o que pode ser feito, sempre tem essas <b>discussões</b> , ou em mini-equipe que 'daí' é os pacientes de referência ou numa equipe maior quando acaba envolvendo mais profissionais. Então quando é paciente da atenção integral e diurna, eles acabam envolvendo os outros profissionais também, tem a equipe de enfermagem, tem administrativo, tem a cozinha, todo mundo tem que 'tá' ciente desse paciente, então acaba sendo levado para equipe geral.
Assistente Social III	Então nós temos, na verdade assim, é uma <b>reunião</b> de equipe toda sexta-feira, agora na verdade vai mudar um 'pouquinho', a gente vai ter que alternar, não vai ser toda sexta-feira, vai ter algumas outras atividades na sexta-feira, mas até o momento, digamos ainda estava desde o ano passado, toda sexta-feira a equipe se reúne e tem as discussões do trabalho em si, do fluxo do trabalho, das dificuldades, enfim, que possam surgir e também discussões de caso na equipe 'daí'.

Org.: A autora.

Fonte: Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.

Neste sentido, estes momentos de discussão e debate quando pensados com intencionalidade e não só por meio de impasses pontuais que surjam durante a rotina de trabalho são extremamente valiosos, ainda assim requer que os (as) participantes deste momento estejam abertos a estabelecer um diálogo de qualidade, comunicando-se de maneira a contribuir para algo maior. Como cita Munhoz (2008, p.131):

Uma estratégia muito importante, e que produz resultados no sentido do fortalecimento do trabalho interprofissional, é o cultivo da discussão entre profissionais de diferentes áreas que atuam num mesmo ambiente de trabalho: pesquisa ou intervenção direta na realidade do cotidiano.

Posto isso, destaca-se que o simples ato da realização de uma reunião não implica o fazer interdisciplinar, compreendendo que há diversos obstáculos e desafios para que se alcance essa concepção em uma equipe, as quais por vezes realizam uma atuação multidisciplinar, onde os (as) diferentes especialistas coexistem em determinado espaço, não realizando trocas significativas.

Dentre estes obstáculos estão a fragmentação entre os saberes, onde são privilegiadas determinadas áreas de conhecimento, fazendo com que se estabeleça relações hierárquicas, onde os diferentes membros da equipe não possuem o mesmo espaço para contribuição. Para o (a) Assistente Social este é um ponto relevante, considerando que o mesmo diferencia-se de outros campos da saúde, necessitando preservar e compartilhar os conhecimentos e experiências sob sua



ótica profissional.

Por fim, destaca-se que a interdisciplinaridade não requer que haja a desprofissionalização dos (as) integrantes da equipe, fazendo com que estes percam sua identidade profissional, mas sim busca que ocorra o compartilhamento da singularidade de cada campo de saber, enriquecendo mutuamente a intervenção coletiva.

No que refere-se a segunda categoria “**Autonomia Profissional em Relação a Equipe Multiprofissional**”, está também é uma questão relevante a ser observada na relação entre Assistente Social e equipes, bem como nas relações estabelecidas com as instituições em que este insere-se, principalmente porque a autonomia compõem um direito deste profissional previsto no Código de Ética, o qual garante “ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções” (BRASIL, 2012, p.26).

Em busca de compreender esta questão sob a ótica das entrevistadas, realizou-se um questionamento acerca da autonomia profissional em relação a equipe multiprofissional. Dessa forma, os relatos obtidos foram sistematizados no quadro 9:

Quadro 9 - Percepção das entrevistadas acerca da questão da autonomia profissional

Assistente Social I	[...] Mas assim, <b>eu tenho autonomia</b> , se eu acho que de repente, preciso fazer mais uma visita domiciliar, preciso encaminhar o usuário, ele tem direito desse benefício, eu acho que a equipe me escuta sim, é bem tranquilo, as três equipes, tanto a de Nova Rússia, quando a de Oficinas, quanto a de Uvaranas.
Assistente Social II	Eu acho que a <b>questão da autonomia é bem tranquilo</b> , não tem nada que prejudique essa questão da autonomia, tanto que se eu quiser fazer um grupo, se eu fizer um grupo com os pacientes, se eu decidir fazer alguma coisa, encaminhamento, desde que a equipe esteja ciente disso, pela questão que eu falei, que essa semana possa ser eu que esteja atendendo, semana que vem outros, se o paciente ir para atenção integral ele acaba ficando da equipe, então, mas se tiver registrado em prontuário também não tem muito o que (...), a questão da autonomia é bem tranquila, sabe?
Assistente Social III	Eu <b>considero que sim</b> , eu considero que sim.

Org.: A autora.

Fonte: Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.

No *feedback* realizado quanto a autonomia em relação a equipe multiprofissional, nota-se que houveram respostas positivas, em que as profissionais compreendem que possuem liberdade e apoio para realização das

suas ações próprias, principalmente na seleção dos processos e instrumentais de trabalho, como é o caso do primeiro relato que aponta acerca da realização de visitas domiciliares ou o segundo que comenta acerca da execução de grupos.

Ainda assim, a discussão acerca desta temática no Serviço Social não restringe-se a mera execução de atividades técnicas, mas sim aborda reflexões sobre o posicionamento do (a) Assistente Social como um profissional assalariado, que não depende única e exclusivamente de seu desempenho pessoal para realização de uma intervenção positiva, havendo diversos fatores externos a sua prática que afetam a mesma, como há exemplo:

[...] as relações de poder institucional, os recursos colocados à disposição para o trabalho pela instituição ou empresa que contrata o assistente social; as políticas sociais específicas, os objetivos e demandas da instituição empregadora, a realidade social da população usuária dos serviços prestados etc (IAMAMOTO, 2010, p. 94).

Com isso, a efetivação de seu trabalho vai de encontro com os meios e condições oferecidos pelas instituições empregadoras, e não só isso, também é afetado pelas mudanças contemporâneas no mundo de trabalho, advindas da condição de assalariamento, como a terceirização e/ou a precarização. Dessa forma, a autonomia deste profissional, garantida pelo projeto ético-político, torna-se relativa, dada ao fato que este não dispõe de tudo que é necessário para realização de seu trabalho, sendo atingido por outras requisições e limites institucionais (RAICHELIS, 2011). Como cita Raichelis (2011, p. 428):

São os empregadores que fornecem instrumentos e meios para o desenvolvimento das tarefas profissionais, são as instituições empregadoras que têm o poder de definir as demandas e as condições em que deve ser exercida a atividade profissional: o contrato de trabalho, a jornada, o salário, a intensidade, as metas de produtividade.

Raichelis (2011) destaca que, para além de todas estas decisões tomadas pelos empregadores, há também o fato de que estes decidem qual será o objeto de intervenção do profissional de Serviço Social, considerando que os mesmos realizam um recorte acerca das expressões da questão social que serão trabalhadas pela instituição.

Neste sentido, destaca-se que o caráter contraditório na atuação do (a) Assistente Social aparece neste ponto, já que há tensionamentos entre o que é requerido pelos (as) contratantes e o que o (a) profissional considera mais adequado

para atender as demandas das classes subalternas e caminhar junto ao seu projeto ético-político (IAMAMOTO, 2010).

Posto isso, as competências políticas, teóricas e técnicas da profissão tendem a ser acionadas, à medida em que buscam-se criar mecanismos para escapar desta alienação e/ou neutralização do trabalho realizando novos redirecionamentos, sendo que estas são as principais aliadas para enfrentar as contrariedades institucionais. Dessa forma, a demonstração desta competência profissional torna-se essencial para a conquista de maior autonomia, pois este profissional demonstrará a capacidade em argumentar com base em seus conhecimentos próprios (TABORDA; MANN; PFEIFER, 2015). Como aponta Taborda, Mann e Pfeifer (2015, p.5):

O assistente social precisa se perceber como um profissional com saber específico, respaldado por um Código de Ética e que consegue ver além daquilo que está posto e imposto, fazendo uma leitura do coletivo e colocando-se como sujeito de um processo dialético, que constrói diariamente a sua autonomia profissional e revê constantemente a sua prática.

Para mais, compreende-se que o alargamento da autonomia profissional para o (a) Assistente Social é um desafio contínuo, que necessita ser refletido nos diversos espaços sócio-ocupacionais ocupados por estes profissionais, observando as particularidades de cada instituição e equipe multiprofissional.

A última categoria desenvolvida trata-se dos “**Desafios e Potencialidades do (a) Assistente Social na Saúde Mental**”, dessa forma realizou-se ambos os questionamentos para as Assistentes Sociais dos campos investigados, a fim de compreender suas perspectivas acerca destas questões. Para sistematizar as respostas sobre os desafios, organizou-se o quadro 10:

Quadro 10 - Os desafios notados pelas entrevistadas na atuação em serviços de saúde mental

(continua)

Assistente Social I	Uma que eu acho assim que eu, já na faculdade, eu pensando e pensando, e hoje na prática eu vejo que é muito isso, <b>a diferença da teoria para prática</b> , que muito se fala isso: ‘Não, mas a teoria tem que andar junto com a prática’, realmente tem, só que quando você ‘tá’ na prática, a teoria às vezes some, sabe? Porque ‘daí’, a prática é diferente, você tem que ver toda realidade daquela família, às vezes aquele paciente nosso, ele não ‘tá’ preparado para escutar um ‘não’, preparado para entender que ele ‘tá’ em sofrimento, então ‘daí’ a prática, na prática que vai te dar um suporte, então a teoria foge muito, às vezes eu até falo com minha coordenadora, que também é Assistente Social, com a residente que ‘tá’ aqui com a gente, como é difícil a gente alinhar as duas coisas, porque parece muito bonito na teoria, mas chega na prática, principalmente por a gente trabalhar com crianças e adolescentes de uso de substâncias.
---------------------	---

Quadro 10 - Os desafios notados pelas entrevistadas na atuação em serviços de saúde mental

(conclusão)

Assistente Social I	<p>Porque assim, para mim foi o mais desafiador aqui, sabe? Porque você acha que eles vão para clínica, vai voltar, eles tão super estabilizados, de repente, dali um mês, eles recaem, recaem e recaem. Então para mim isso era muito difícil, 'aí' você volta tudo de novo, aí você senta com o doutor (sem identificação), que é o médico psiquiatra, ele vem e fala: 'É isso, saúde mental é trabalhar com usuários de substância. Então assim, isso é muito desafiador, eu acho que é o principal desafio assim, é você não desistir, é você acreditar no paciente mesmo que ele não acredite e também as perdas que a gente tem, eu em três anos aqui do serviço, já perdi dois adolescentes que a gente atendia e 'daí' às vezes você se sente assim meio impotente, sabe? <b>Poxa, eu trabalhei tudo com aquele adolescente e não deu resultado, o que será que faltou?</b> Entende? Parece que faltou algo para você trabalhar, mas na realidade não faltou, na realidade a gente jogou todas as opções, a gente fez tudo que a gente podia, mas não foi o que salvou aquele adolescente. Mas, eu acho que é mais ou menos isso assim.</p> <p>Mas eu acho que é muito isso assim o Serviço Social, você não desistir, é você batalhar, é você correr atrás, mas assim, soltar esse usuário para vida, uma hora ele vai ter que caminhar com as próprias pernas, eu acho que essa parte é a parte mais difícil para o profissional de Serviço Social, é você largar mão ali e 'poxa, ele tá preparado, vamos ver agora se todos os serviços, a sociedade, vai abraçar ele, como a gente abraçava aqui no serviço de saúde mental.</p>
Assistente Social II	<p>Eu acho que a equipe do serviço (...), a equipe não, não vou generalizar. Alguns profissionais que compõem a equipe acabam <b>não entendendo a questão da saúde mental</b>, acho que isso acaba sendo um fator que a gente discute, um profissional falando contra o serviço assim também, profissionais que estão dentro da equipe, mas acabam falando contra o serviço, acho que isso é uma questão difícil. Acho que as famílias também têm uma <b>visão muito limitada da questão dos CAPS</b>, porque para eles os CAPS é só internamento ou medicação e se não tiver isso é como se o paciente estivesse desassistido, não tivesse fazendo tratamento, não só as famílias como os pacientes também tem isso, mas acho que as famílias isso vem muito maior, porque a família eles já vêm para cá para o paciente ser internado, e a gente sabe que a lógica do CAPS é outra, internamento é uma das formas de tratamento, acho que isso também é difícil. Eu acho que no CAPS <b>adesão da família no tratamento do paciente</b> é uma coisa que acaba também limitando, porque acaba que fica muito com os profissionais, eu trouxe o paciente aqui, agora ele é teu, agora você que resolve esse problema', e a família acaba (...), acontece muitos casos e situações, isso acaba também limitando, porque a gente tem nosso profissional é aqui, a gente vai fazendo, mas tratamento precisa ter outras rede de proteção e apoio também.</p>
Assistente Social III	<p>Bom, às vezes são questões por exemplo relacionadas a alguns casos, embora aqui a gente não atenda <b>casos graves</b>, mas às vezes com relação a alguns <b>atendimentos da rede mesmo que é um desafio</b>, eu acho que meio que geral, de a pessoa por exemplo ser encaminhada de fato para ser atendida, mas assim não é muito, são casos esporádicos.</p>

Org.: A autora.

Fonte: Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.

Por meio dos depoimentos, compreende-se que o campo da saúde mental para o (a) Assistente Social é desafiador em múltiplos sentidos, sendo que, estes envolvem a própria atuação destes profissionais, a equipe multiprofissional, o público atendido e as famílias dos (as) usuários (as) que também compõem a rotina destes equipamentos.

Dessa forma, o primeiro desafio citado pela Assistente Social I refere-se a dificuldade na relação teórico/prática, a qual deve ser estabelecida pelos (as) profissionais em qualquer espaço sócio-ocupacional, sendo que estas possuem uma relação de unicidade, que não pode ser descolada, visto que uma retroalimenta a outra, construindo uma dinamicidade entre os 2 (dois) eixos (XAVIER; MIOTO, 2014).

Xavier e Miotto (2014) apontam as possíveis causas para que haja noções equivocadas acerca desta relação, sendo uma delas advindas após o Movimento de Reconceitualização, em que passou a entender-se que a mesma ruptura que ocorreu nos conhecimentos teóricos do campo, também seriam encaradas de forma imediata pela prática, em uma espécie de transformação instantânea. Quando este rompimento automático não ocorre, defende-se a ideia que as teorias não servem para a prática cotidiana do (a) profissional. Como apontado por Xavier e Miotto (2014, p.359):

(...) como tal transposição não se dá de forma automática e nem direta no âmbito da realidade social, como concebe tal enunciado, o argumento utilizado será o de que na prática a teoria será outra ou que a teoria não serve de fato para a prática cotidiana.

Ainda, há concepções em que se faz o caminho inverso, ou seja, a ação profissional geraria de imediato o desenvolvimento da teoria por meio da sistematização, ou seja, a intervenção teria maior prioridade que o eixo teórico, como se houvesse uma relação de hierarquia entre ambos. Neste sentido, nestes entendimentos errôneos, observa-se que a um tom reducionista, onde há priorização de um sobre o outro (XAVIER; MIOTO, 2014).

Battini (2009) defende que o movimento teoria-prática torna-se possível quando há uma atitude investigativa por parte do profissional, sendo que por meio desta estabelece-se a “a condição para construção do concreto pensado” (BATTINI, 2009, p.55), ou seja há compreensão que a teoria não é meramente contemplativa, mas sim deve gerar uma transformação real.

Para mais, este vínculo desenvolvido por estas categorias, auxilia na superação de atividades embasadas no senso comum, fomentando a capacidade crítica da profissão, à medida que são construídas aproximações contínuas sobre as determinações sócio-históricas e as possibilidades interventivas para além do horizonte institucional (BATTINI, 2009).

Ainda, a Assistente Social I cita um segundo desafio observado em sua prática profissional, que refere-se a sensibilidade do atendimento aos (às) usuários (as) e os seus processos de reincidência no tratamento, onde os (as) profissionais podem interpretar que pelo fato deste não aderir o tratamento, ou ainda não apresentar avanços durante o tempo em que está no equipamento, seu trabalho não estaria de fato sendo consolidado. A mesma aflição profissional surge em situações de atendimentos em casos mais graves, como foi comentado pela Assistente Social III.

A atuação na saúde mental, principalmente após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, passou a exigir, não só dos (as) Assistentes Sociais, como também dos outros (as) profissionais destas equipes, uma gama de atividades inovadoras e interdisciplinares, que acompanhassem os princípios e diretrizes do novo modelo de cuidado a pessoa em sofrimento psiquiátrico, ou seja, que ultrapassem o modelo de cuidado médico que fazia-se hegemônico nesse campo (YASUI, 2010). Como cita Yasui (2010, p. 143):

O usuário em crise que se recusa a ir ao serviço; a família que exige internação de seu membro em um hospital psiquiátrico; o morador de rua que incomoda os vizinhos; o usuário que estabelece uma relação de dependência com o serviço. Exemplos de situações que são desafios cotidianos encontrados pela equipe e nas quais se instaura a tensão permanente entre um modelo hegemônico de cuidados que já se conhece e um outro que se pretende construir.

Nesta perspectiva, observa-se que os (as) profissionais de saúde mental passaram a incluir diversas demandas a serem abordadas no seu cotidiano de trabalho, as quais não se restringem especificamente à questão psíquica, que por si só já trata-se de um objeto de intervenção complexo, o que pode acarretar a sensação de sobrecarga e/ou ainda a preocupação acerca da resolutividade das necessidades dos (as) usuários (as), as quais por vezes conseguem ser atendidas apenas a longo prazo.

Ainda, por estas vivências estarem sendo construídas em um universo de trabalho que possui cada vez mais uma lógica neoliberal, até mesmo nos setores públicos, temos que a precarização em suas diversas formas, tratando-se de recursos humanos, materiais e/ou financeiros, levam as equipes, que geralmente possuem um reduzido número de integrantes a atender um grande número de demandas. À medida em que crescem as exigências e o (a) profissional não consegue atendê-las, este enfrenta um desgaste mental por deduzir que não está

apto a realizar o trabalho, processo que pode ser nomeado de precarização subjetiva (BARROS; BERNARDO, 2017).

Ainda, deve-se haver o entendimento que o trabalho realizado pelos pontos de atenção da saúde mental é também voltado ao campo da subjetividade, fazendo com que cada usuário (a) que acesse os serviços possua suas próprias vivências, experiências, crenças e desafios, o que irão refletir em seu vínculo criando com o equipamento, bem como a adesão ao tratamento.

Por fim, a Assistente Social II aponta 2 (dois) desafios, que interligam-se, o primeiro que trata-se da falta de entendimento da família e alguns profissionais acerca da concepção de saúde mental e suas formas de tratamento atuais e o segundo que refere-se a pouca participação da família no tratamento dos (as) usuários (as).

Ainda que, tenhamos tido avanços significativos nas percepções sobre saúde mental por meio das lutas e movimentos antimanicomiais, na sociedade contemporânea ainda há equívocos quanto a estas perspectivas, que não colocam mais o sujeito em sofrimento psíquico em uma posição de subjugamento e obediência. Esta questão pode ser justificada pelo surgimento tardio de novos equipamentos para substituição dos manicômios, limitando o desenvolvimento de uma nova cultura que integre uma concepção de loucura não estigmatizada (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Neste sentido, ainda tem-se dificuldades no entendimento coletivo acerca do adoecimento mental, onde aqueles que são ditos “loucos” continuam enfrentando o estigma de serem vistos como perigosos e incapazes de exercer sua sociabilidade e cidadania, sofrendo múltiplas formas de discriminação. Como cita Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014, p. 133):

Estes, em grande medida ainda são alvos de preconceitos, tratados como loucos pela sociedade, sendo a eles exigida a imposição da disciplina outrora oferecida violentamente pelas instituições manicomiais quando eram taxados de subversivos aos comportamentos padrões e aceitos.

A mesma questão acerca do entendimento, pode interferir na adesão das famílias nos espaços de saúde mental, a medida em que estes podem não compreender a importância desta participação. A Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, prevê no Artigo 3 que a política nacional de saúde mental e sua promoção em forma

de serviços e ações é um dever do Estado, mas que ainda deve contar com a devida participação da família e sociedade. Como citado (BRASIL, 2001):

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Neste contexto, a família adota um papel fundamental para o desenvolvimento do convívio, laços e sociabilidade dos (as) usuários (as), principalmente porque as novas formas de cuidado buscam não ocasionar o rompimento do mesmo de seu âmbito comunitário e familiar, como eram realizados nas instituições manicomiais, onde as pessoas eram retiradas, por vezes de maneira involuntária, ocasionando uma cultura de isolamento social a este público (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Dessa forma, torna-se uma necessidade aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não só desenvolver o atendimento ao paciente, como também a sua família, buscando esclarecer as principais dúvidas, estabelecer espaços de debate e ainda fortalecer vínculos. Estes momentos podem ocorrer por meio de organizações de grupo, onde os (as) cuidadores (as) possam frequentar, compartilhando suas questões subjetivas acerca do processo vivenciado por um outro (a) familiar (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Ainda, para que a inserção do núcleo familiar ocorra de maneira mais efetiva nos serviços, a equipe multiprofissional necessita compreender a importância da não culpabilização da família no acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico, já que, a capacidade de cuidado da mesma está vinculada diretamente à proteção que esta recebe por meio de políticas públicas, ou seja, se esta enfrenta um processo de vulnerabilidade e risco, seu caráter protetivo torna-se limitado (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Posto isso, observa-se que os desafios profissionais neste campo são múltiplos, sendo requerido ao profissional de Serviço Social que realize reflexões contínuas acerca de seus processos de trabalho no campo. Ainda assim, para além destes obstáculos deve-se ter atenção às perspectivas do (a) Assistente Social na saúde mental.



A fim de contemplar a última categoria formulada, agora referenciando os depoimentos acerca das potencialidades, organizou-se o quadro 11:

Quadro 11 - As potencialidades notadas pelas entrevistadas na atuação em serviços de saúde mental (continua)

Assistente Social I	<p>Então assim, trabalhar com saúde mental é muito difícil, a gente mesmo enquanto profissional, a gente precisa fazer terapia, a gente precisa se entender como pessoa antes de 'tá' aqui, porque assim, o julgamento, como é difícil a gente não julgar o outro, então eu vejo ainda aqui, sabe? Profissionais que julgam a realidade do outro, 'ah, mas tá justificando a questão financeira', porque eu aqui também trabalho com a questão do vale-transporte, eles têm direito ao vale-transporte aqui, então muitos pacientes nossos não vem para o serviço pela questão financeira, porque não tem para ir e para volta, e quando é criança a mãe precisa acompanhar, a mãe e o pai. Então, eu acredito assim, o porque trabalhar isso, buscar quais foram os problemas de antes, tem muitas crianças e adolescentes que têm pais, parentes que usam alguma substância também, que sofrem em casa a violência, então não é justificando. Eu vejo muito assim os outros profissionais, eles trabalham isso, mas acho que é só o Assistente Social que tem esse 'olharzinho' diferenciado, que consegue 'poxa, eu não vou julgar ele, eu vou entender primeiro a realidade dele'.</p> <p>Eu acho que é <b>o olhar diferenciado</b>, eu acho que a gente tem sim um olhar diferenciado, eu não consigo expressar agora para você, mas eu acho que até você, na tua teoria, na tua jornada, nos teus campos de estágio, parece que a gente acolhe diferente, eu não sei explicar, sabe? Parece que as famílias chegam aqui e acham que a Assistente Social vai resolver tudo. Mesmo que não fique aqui, eu dou aquele suporte para a família, 'olha, não é aqui que você vai ficar, mas eu vou te encaminhar para um lugar que pode ser que seu filho fique e fique bem'. Então eu acho que é isso.</p>
Assistente Social II	<p>Eu acho que hoje em dia o Serviço Social ele não (...), o profissional Assistente Social, ele não é mais questionado dentro da saúde como acontecia algum tempo atrás, 'Por que ter Assistente Social em saúde?' <b>Acho que hoje em dia 'tá' bem explícito que é um profissional de saúde que faz muita diferença nos campos de saúde.</b> Eu que vim de urgência e emergência, a gente ouviu isso da equipe de enfermagem, dos médicos, de que entenderam o nosso trabalho ali dentro da saúde, a importância.</p> <p>Eu acho que assim, depois da pandemia, muita gente acabou tendo a questão da saúde mental muito afetada, eu acho que hoje em dia é falado muito mais sobre saúde mental, sobre a necessidade de tratamento, sobre a questão de buscar um tratamento, buscar uma ajuda profissional e eu acho que isso é uma coisa assim boa, porque os serviços eles têm aqui, quando o pessoal fala em CAPS, existe uma visão 'Ah, CAPS é só o pessoal que é mais vulnerável', vulnerabilidade social, mas a gente tem pessoas de todas as faixas etárias aqui, acima de 18, que é CAPS adulto, mais de 18 anos até idosos 'ai', de várias classes sociais, com diferentes profissões, então ele é um serviço que 'tá' sendo muito assim frequentado, utilizado mesmo pela população em geral, ele não tem um público específico, uma faixa etária específica ou uma classe social específica, ele é um serviço frequentado ali por todos públicos. Eu acho que é uma coisa assim que hoje em dia é mais discutido saúde mental e para o Serviço Social eu acho assim que <b>hoje em dia não é profissional dispensável</b>, tanto que você falou, o CAPS II lá 'tá' sem Assistente Social e a gente sabe a falta que faz um profissional lá, como a gente se comunica com os serviços aí, a gente sabe que o Assistente Social faz muita falta na equipe.</p> <p>Por que assim, não importa, às vezes os outros profissionais eles têm uma visão mais limitada, mais limitada eu digo dentro da formação deles, acaba faltando alguma coisinha ali que o Serviço Social que tem. Mas eu acho que questão de potencialidade é que hoje em dia o Assistente Social ele é um profissional da saúde e é indispensável, eu acho que assim, não tem mais uma dúvida sobre isso, que os outros profissionais, as outras profissões já entendem a importância do profissional na equipe. <b>E é o profissional que mais conhece a rede, que entende das políticas,</b></p>

Quadro 11 - As potencialidades notadas pelas entrevistadas na atuação em serviços de saúde mental (conclusão)

Assistente Social II	<b>que entende a particularidade de cada serviço da rede</b> , porque enfim, é o que vai eu acho acabar orientando os outros profissionais também dentro da equipe nesse sentido.
Assistente Social III	[...] Mas assim, porque ‘daí’ tem outras coisas que a gente pode ‘tá’ fazendo que seria <b>mais atendimentos em grupo</b> , de repente uma coisa também que as vezes eu sinto que seria necessário, por exemplo <b>fazer visita domiciliar em alguns casos específicos</b> , mas ‘daí’ nesse caso também tem a questão de dificuldade de carros não temos carro, a prefeitura também tem uma questão de dificuldade com carro, na verdade com carro não, com motorista, então é um caso ou outro só que a gente consegue fazer por exemplo uma visita domiciliar e as vezes dependendo da situação seria interessante fazer, isso é um desafio também. Enfim, de repente fazer mais atendimentos por exemplo junto de grupo, junto com a psicóloga, com alguma das psicólogas, é uma coisa que eu tenho de repente vontade de fazer também mais, a gente até vai iniciar o grupo agora, mas existem de repente possibilidades ou a gente às vezes até vê, por exemplo a gente já discutiu algumas vezes em equipe da necessidade de atendimento e orientação das famílias, é uma coisa mais (...), não que seja só pontual, mas uma coisa mais (inaudível), mais de cuidado digamos assim com as famílias, principalmente de mães e crianças e adolescentes. Então é uma coisa que eu sinto que poderia até ser feita, por enquanto não tem nada assim muito específico, mas é uma possibilidade digamos assim, a longo prazo.

Org.: A autora.

Fonte: Transcrições das entrevistas realizadas com as participantes de pesquisa no ano de 2023.

Através deste questionamento, observou-se que as entrevistadas possuem o entendimento acerca da importância do (a) profissional de Serviço Social nos equipamentos de saúde mental, considerando que este possui um olhar distinto acerca das demandas trazidas até à equipe, tendo a capacidade para o desenvolvimento de ações amplas, que impactam na realidade institucional, bem como dos (as) usuários (as).

Na atualidade, compreende-se que o debate acerca do sofrimento psíquico não é exclusivo dos campos da psicologia, psicanálise e/ou psiquiatria, já que este fenômeno não está descolado da conjuntura social, política, econômica e cultural, considerando que as instituições manicomiais tem um papel essencial em detrimento da sociedade burguesa e do capital, que refere-se ao “controle, sujeição e morte de corpos e subjetividades considerados desviantes e perigosos” (CFESS, 2022). Dito isso, é citado pelo CFESS que (2022, p. 18):

Aqui não estamos negando a produção do conhecimento e os avanços científicos acerca do sofrimento e do adoecimento psicossocial, só que não é possível desassociá-los da realidade social, econômica, política, ética, estética e cultural em que estamos inseridos/as. Portanto, compreendemos que as respostas das singularidades são produtos históricos, políticos e sociais. Isso significa que a maneira como o sofrimento e o adoecimento psicossocial ocorrem e se manifestam não pode ser identificada sem a compreensão da totalidade social. Dessa forma, as transformações das

condições de vida e dos modos de produção atravessam a população, moldam as relações sociais e forjam as respostas individuais e coletivas, impactando diretamente na forma de sofrer e existir.

Neste sentido, as expressões da questão social permanecem sendo o objeto de intervenção deste profissional, porém como encontram-se vinculadas a questão psíquica ganham novas formas, e exigem do mesmo a construção de saberes específicos, que consigam articular o campo da subjetividade, expressas pelas questões de saúde mental, com a totalidade, que envolvem outros fatores das vidas destes sujeitos (ROSA; LUSTOSA, 2012).

Para além, a defesa pela liberdade, democracia, cidadania, direitos humanos e a não discriminação compõem os princípios do projeto ético-político profissional, ou seja, não basta ao (a) Assistente Social o simples fato de estar ocupando este espaço sócio ocupacional, mas sim torna-se necessário que o mesmo aproprie-se das disputas de projetos e concepções que caminhem junto a estes valores.

Isto quer dizer que, nesta atuação este profissional deve apreender os movimentos e lutas manicomiais, pois foram por meio destes que os direitos da pessoa em sofrimento psíquico formularam-se, buscando superar um modelo que embasava-se na sujeição, controle e dominação deste grupo específico. Como apontado pelo CFESS (2022, p.22):

é primordial que nós, assistentes sociais, possamos assumir a luta “por uma sociedade sem manicômios” como direção no cotidiano profissional, compreendendo que a produção do sofrimento e do adoecimento psicossocial faz parte das estratégias do capitalismo, sendo forjada pelas relações de raça, gênero e classe. Para afirmar a defesa da vida, é primordial reconhecermos a importância da saúde mental na constituição da vida social e na reprodução do capitalismo.

Para que efetivem-se os valores advindo da Reforma Psiquiátrica, em consonância com aqueles internos ao Serviço Social, o (a) Assistente Social pode desenvolver processos de trabalho, ações e instrumentais múltiplos como o atendimento individual aos (às) usuários (as) e a sua família, a execução de visitas domiciliares e institucionais, o planejamento e execução de grupos e oficinas, a articulação com a rede, a participação nos projetos terapêuticos singulares (PTS), a socialização por meios diferentes (como materiais impressos) trazendo orientações e esclarecimentos a população usuária acerca dos serviços da RAPS, a coordenação dos pontos de atenção, a mobilização para assembleias, fóruns e conselhos acerca da saúde mental etc (CFESS, 2022).

Posto isso, observa-se que as potencialidades deste profissional na área são múltiplas e sua inserção na saúde mental promove o novo olhar acerca do atendimento ofertado nestes espaços, que quando somados aos demais conhecimentos e especialidades de outros profissionais promovem uma intervenção de qualidade e efetividade, garantindo que a população usuária tenha acesso aos seus direitos de maneira integral, digna e igualitária.

## CONCLUSÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como principal objetivo compreender os desafios e potencialidades da intervenção profissional do Assistente Social na área da saúde mental, com base nas experiências dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná.

Para isso, realizou-se entrevistas semiestruturadas com as Assistentes Sociais alocadas no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) e no Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental. Ainda, neste processo de coleta de dados, realizou-se um formulário virtual para o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), pois durante o período inicial de pesquisa em campo, o equipamento estava sem um (uma) profissional de Serviço Social.

Sendo assim, a pesquisa dividiu-se em 3 (três) capítulos, que buscaram contemplar os objetivos específicos estabelecidos no projeto de pesquisa. Ainda, destaca-se que o mesmo foi submetido a Plataforma Brasil, bem como solicitou-se a carta de anuência ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), considerando que seriam realizados contatos com as profissionais inseridas em campos do setor público municipal.

O primeiro capítulo buscou apresentar os pontos de atenção que compõem a RAPS, para isso o mesmo dividiu-se em dois momentos, o primeiro subitem que trouxe importantes considerações acerca dos marcos conceituais, históricos e legais da Saúde Mental, aprofundando-se no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o segundo subitem que abordou a configuração da rede em si, explicando seu componentes e pontos de atenção. Assim, pode-se observar a construção da política nacional de saúde mental, como a mesma vem sendo estruturada em parâmetros nacionais e quais foram os direitos conquistados em prol da pessoa em sofrimento psíquico.

Neste sentido, este momento inicial foi importante para trazer uma contextualização acerca dos processos que envolveram a Saúde Mental no Brasil, considerando que por meio destes é que surgem as particularidades trabalhadas pelas equipes nos dias atuais.

O segundo capítulo foi destinado para identificar os pontos de atenção, bem como descrever a composição das equipes multiprofissionais destes presentes no município de Ponta Grossa, Paraná. Dessa forma, este focou no cenário da saúde mental pontagrossense, onde houve a apresentação do município e da RAPS local, delimitando com maior aprofundamento o universo de pesquisa e participantes selecionados anteriormente.

Ainda, nesta segunda parte há um debate de grande relevância para o alcance dos objetivos delimitados, que trata-se da discussão acerca das equipes multiprofissionais e a interdisciplinaridade, considerando que o (a) Assistente Social na saúde mental está, na grande maioria das vezes, inserido em equipes, onde os (as) profissionais necessitam aprender a trabalhar de maneira coletiva e construtiva para estabelecer uma boa atuação em detrimento da população usuária.

Por fim, o terceiro capítulo contribuiu para explicação da inserção do Serviço Social na saúde mental, considerando que anteriormente aos movimentos e lutas manicomiais não era comum a participação dos (as) Assistentes Sociais no trabalho com a pessoa em adoecimento mental, ou ainda se este ocorria, caminhava no modelo assistencialista, onde este atuava em questões pontuais, tratando as problemáticas de forma individualizada. Ainda assim, a compreensão sobre o caminho traçado nesta área específica, auxilia que sejam compreendidos as formas de intervenção contemporâneas, bem como os avanços que este profissional ainda pode construir.

No segundo subitem do último capítulo buscou-se identificar as atribuições e competências do (a) profissional de Serviço Social na RAPS, por meio das previsões legais estabelecidos no Código de Ética profissional de 1993 e a Lei de Regulamentação nº8.662 de 07 de Junho de 1993. Para além disso, foi neste momento em que foram abordados os depoimentos das participantes da pesquisa, buscando trazer especificamente as categorias delimitadas pela Análise de Conteúdo, as quais são: As Atribuições, Competências e Funções do (a) Assistente Social e Compreensão da Equipe Multiprofissional; A Autonomia Profissional em Relação a Equipe Multiprofissional e Os Desafios e Potencialidades do (a) Assistente Social na Saúde Mental.

Posto isso, foi neste onde tornou-se possível compreender o trabalho desta profissão inserida na saúde mental, não só em relação a equipe multiprofissional, como também de maneira mais expandida, notando as principais requisições feitas

ao (a) Assistente Social, sua relação com o campo e com outras áreas, sua autonomia, as perspectivas para atuação, bem com os desafios enfrentadas cotidianamente na rotina de trabalho, onde devem ser construídos mecanismos para que estes sejam enfrentados.

Por meio desta pesquisa, compreendeu-se que o (a) profissional de Serviço Social é indispensável para atuação na saúde mental, já que, na atualidade esta não é vista especificamente sob a ótica médica, mas inclui outros contextos vivenciados pelos sujeitos que refletem em suas questões subjetivas. Ou seja, este campo exige não só o olhar sob a subjetividade, mas também da totalidade, onde são formuladas as expressões da questão social que permeiam principalmente as classes subalternas.

Assim sendo, é o (a) Assistente Social que possui competências técnicas, ético-políticas e teóricas para atuar no campo desta totalidade, apreendendo as demandas trazidas pelos (as) usuários (as) que não tratam apenas da parte psiquiátrica, bem como é este que possui o entendimento acerca das redes, do acesso aos direitos e das políticas públicas, somando positivamente para o conhecimento coletivo no campo.

Ademais, observa-se que a temática selecionada não esgota-se em si mesma, abrindo um leque de possibilidades para produção de conhecimento, a qual deve ser reforçada devido a necessidade de sistematizações acerca do Serviço Social neste espaço sócio ocupacional, visto que estas ainda não dão-se de maneira expressiva, mesmo que haja um crescimento de profissionais alocados nestes espaços.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 23, n.6, p. 2067-2074, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2023.

ANDRES, F. C. *et al.* A utilização da plataforma *Google Forms* em pesquisa acadêmica: relatos de experiência. **Research, Society and Development**, v.9, n.9, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7174/6431/106378>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A. C. F.; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.16, n.1, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442017000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442017000100005). Acesso em: 03 out. 2023.

BATTINI, O. **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento**. São Paulo: Veras Editora, 2009.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 1. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Santa Catarina, v.2, n.1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde – Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 26 ago. 2023.



BRASIL, Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução nº 383, de 29 de Março de 1999**. Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218 de 06 de Março de 1997. Dispõe sobre a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06. abr. 1997. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html). Acesso em: 04 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07. abr. 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Decreto nº 24.559 de 03 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03. jul. 1934. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/d24559.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d24559.htm). Acesso em: 09 mai. 2023.

BRASIL. Lei 8.662 de 07 de Junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07. jun. 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,\(Mensagem%20de%20veto\).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%2C3%9ABLICA%20Fa%20o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,(Mensagem%20de%20veto).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%2C3%9ABLICA%20Fa%20o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei). Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06. abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 11 mai. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31. jul. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm). Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Editora MS, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**. Brasília, 2022. *Site*. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no sistema único de saúde (sus)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_14.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf). Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.108 de 31 de Maio de 2021. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31. mai. 2021. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1108\\_01\\_06\\_2021.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1108_01_06_2021.html). Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 21. set. 2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL, 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23. dez. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 11 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 13 mai. 2023.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2017a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19. fev. 2002. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 21 mai. 2023.

BRASIL. Projeto de lei nº 3.657 de de 12 de Setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, set. 1989. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2023.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº189 de 19 de Novembro de 1991. Aprova os grupos e procedimentos da Tabela SIH-SUS na área de Saúde Mental e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11. nov. 1991. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>. Acesso em 15 jun. 2023.

CASSAB, L. A.; RUSCHEINSKY, A. Indivíduo e ambiente: A metodologia de pesquisa da história oral. **Biblos**, v. 16, p. 7-24, 2004. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/125>. Acesso em: 18 set. 2023.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Discriminação contra a população usuária da saúde mental**. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cfess.org.br/CFESS-Caderno08-SaudeMental-Site.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 911-932, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n4/911-932/#>. Acesso em: 25 jul. 2023.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: História, teoria e pesquisa. 12. ed. Campinas: Papirus Editora, 2005.

FIGUEIRÊDO, M. L de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação**, Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/download/1797/1067/0>. Acesso em: 13 mai. 2023.

FILHO, N. A.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p. 100-125, set./out. 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28481/30335>. Acesso em: 15 mai. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo\\_C1\\_como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre manipulação da identidade. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. unidade 1, p. 15-51.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. 19. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Densidade Demográfica**. Rio de Janeiro, 2022. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. Rio de Janeiro, 2010. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Matrículas no ensino fundamental**. Rio de Janeiro, 2021. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Matrículas no ensino médio**. Rio de Janeiro, 2021. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: PIB per capita**. Rio de Janeiro, 2020. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: População**. Rio de Janeiro, 2022. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade**. Rio de Janeiro, 2010. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Taxa de Mortalidade Infantil**. Rio de Janeiro, 2020. *Site*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Dados e Análises**. Brasília, 2023. *Site*. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/sites/22-idhm/50-sobre-o-idhm>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: reflexão e crítica**, Rio Grande do Sul, v. 16, p. 483-490, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/D4YgwJqvQh495Lgd6JGSHLz/#>. Acesso em 30 ago. 2023.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

MARTINELLI, M. L. (org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. 1. ed. São Paulo: Veras Editora, 1999. Disponível em: <https://classroom.google.com/u/3/c/NDg2NzE0NDIzMjE4/m/NTM1NTMwODk3NzU0/details>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MUNHOZ, D. E. N. Da multi à interdisciplinaridade: a sabedoria no percurso da construção de conhecimento. **Revista Ideação**. Foz de Iguaçu, v.10, n.1, p.123-133, 2008. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4148/3193>. Acesso em: 21 ago. 2023.

NUNES, K. C.; SILVA, C. A. Reflexões sobre os desafios postos à residência multiprofissional em saúde: pensando os impactos no mundo do trabalho. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS, II, 2017, Santa Catarina. **Anais**. Santa Catarina: UFSC, 2017. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180135/101\\_00467.pdf?sequence=1&isAllowed=y](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180135/101_00467.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 29 ago. 2023.

OLIVEIRA, L. C.; SILVA, R. A. R. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.25, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10726>. Acesso em: 27 jun. 2023.

Organização Mundial de Saúde/OMS. Organização Panamericana de Saúde/OPAS **Declaração de Caracas**: Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas: OMS/OPAS, 1990. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acesso em: 13 jun. 2023.

ORNELL, F. *et al*. A próxima pandemia: o impacto da COVID-19 na assistência à saúde mental em estudo epistemológico de âmbito nacional. **The Lancet Regional Health**, Reino Unido, v.4, p. 1-8. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00057-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00057-0/fulltext). Acesso em: 23 ago. 2023.

POLIGNANO, V. M. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, Minas Gerais, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rt](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rt). Acesso em: 07 set. 2023.

PONTA GROSSA. **Decreto nº13.464 de 12 de Setembro de 2019**. Compõe a Comissão de Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde - COREMU, conforme especifica. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/decreto/2017/1347/13464/decreto-n-13464-2017-compoe-a-comissao-de-residencia-multiprofissional-da-secretaria-municipal-de-saude-coremu-conforme-especifica>. Acesso em 28 ago. 2023.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **A Fundação Municipal de Saúde**. Ponta Grossa, 2023. *Site*. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/a-fundacao/>. Acesso em: 19 Ago. 2023.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Ponta Grossa: FMS, 2022. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/plano-de-saude-2022-2025/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Saúde Mental**. Ponta Grossa, 2022. *Site*. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/saude-mental/>. Acesso em: 15. ago. 2023.

PONTA GROSSA. **Lei 13.345 de 03 de Dezembro de 2018**. Cria a Fundação Municipal da Saúde de Ponta Grossa, e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/2018/1335/13345/lei-ordinaria-n-13345-2018-cria-a-fundacao-municipal-da-saude-de-ponta-grossa-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 18 ago. 2023.

PONTA GROSSA. Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Resolução CEPE nº033 de 01 de Novembro de 2016**. Aprova novo regulamento dos programas de residência em área profissional da saúde, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, da UEPG. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pitangui.uepg.br/secrei/cepe/Manual\\_legislacao/PosGraduacao/Resolucao%20CEPE%20033%202016.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pitangui.uepg.br/secrei/cepe/Manual_legislacao/PosGraduacao/Resolucao%20CEPE%20033%202016.pdf). Acesso em 27 ago. 2023.

PORTES, L. F.; PORTES, M. F. Os instrumentos e técnicas enquanto componentes da dimensão técnico-operativa do Serviço Social: aproximações acerca da observação e da abordagem. In: LAVORATTI, C.; COSTA, D. (org). **Instrumentais técnico-operativos no Serviço Social**: Um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, 2011. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sssoc/a>

/xJZpht8LVT96vSvn7cPNQMR/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

ROSA, S. C. L.; LUSTOSA, M. F. A. Afinal, o que faz o Serviço Social na Saúde Mental?. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 11, n. 1 (13), p. 27-50, jan./ jun. 2012.

Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023>. Acesso em 09 ago. 2023.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-6578201100010009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-6578201100010009). Acesso em: 12 out. 2023.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, out./dez. 2019.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/>. Acesso em: 09 jun. 2023.

TABORDA, E.; MANN, L. S.; PFEIFER, M. A autonomia relativa no exercício profissional do Assistente Social. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS, I, 2015, Santa Catarina. **Anais**. Santa Catarina: UFSC, 2015. Disponível em:

[chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180624/Eixo\\_2\\_61.pdf?sequence=1&isAllowed=y](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180624/Eixo_2_61.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 19 set. 2023.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos Sociais e**

**Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. unidade 2, p. 181-201.

VIANA, B. B.; CARNEIRO, K. K. C.; GONÇALVES, C. F. O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS, I, 2015, Santa Catarina. **Anais**. Santa Catarina: UFSC, 2015. Disponível em:

[https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo\\_2\\_139.pdf](https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf). Acesso em: 05 set. 2023.

XAVIER, A.; MIOTO, R. C. T. Reflexões sobre a Prática Profissional do Assistente Social: relação teoria-prática, historicidade e materialização cotidiana. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 355–365, 2014. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/18520>. Acesso em: 24 ago. 2023.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: Desafios da Reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O/A ASSISTENTE SOCIAL DO  
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**



## ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Há quanto tempo você exerce a profissão de Assistente Social?
2. Qual é sua formação em nível de pós-graduação?
3. Qual seu tempo de atuação em serviços de saúde mental?
4. Qual é seu cargo junto aos serviços de saúde mental em Ponta Grossa?
5. Quais as principais ações/atividades você realiza no serviço de saúde mental?
6. Qual é sua função na equipe multiprofissional no serviço de saúde mental?
  - 6.1 Você considera que a equipe compreende suas competências e atribuições específicas como Assistente Social?
  - 6.2 Há alguma dificuldade neste sentido?
7. Você considera que possui autonomia profissional em relação ao trabalho em equipe multiprofissional, considerando o campo em que está inserido?
8. Quais os desafios encontrados por você em sua prática profissional no serviço de saúde mental?
9. Quais as potencialidades encontradas por você em sua prática profissional no serviço de saúde mental e frente às demandas dos usuários?

**APÊNDICE B - FORMULÁRIO *GOOGLE* - PESQUISA: A INTERVENÇÃO  
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS  
DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ**

## **Pesquisa: A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná.**

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná", desenvolvida no curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), tendo como responsável a acadêmica Emily Mendes de Oliveira Sartori, sob a orientação da Professora Jussara Ayres Bourguignon.

O principal objetivo da pesquisa trata-se de compreender a intervenção profissional do Assistente Social nas equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Ponta Grossa, Paraná, no ano de 2023, dessa forma a metodologia adotada é qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, utilizando-se de procedimentos metodológicos como a pesquisa bibliográfica e documental, bem como a aplicação de entrevistas semiestruturadas para os(as) assistentes sociais.

Como instrumento de coleta de dados para os equipamentos de saúde mental que não possuem profissional de Serviço Social durante o período de entrevistas, utilizou-se o presente formulário. Cabe ressaltar que, nenhuma pergunta do questionário a seguir é obrigatória.

As informações obtidas serão utilizadas para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e posteriormente, caso haja, em publicações decorrentes desta pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificativa, sendo que será garantido o sigilo dos seus dados pessoais. Após as análises você será informado dos resultados desta pesquisa.

Em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), pelo e-mail [coop@uepg.br](mailto:coop@uepg.br) e telefone (42) 3220-3108, ou diretamente com a pesquisadora pelo e-mail: [emisartori27@gmail.com](mailto:emisartori27@gmail.com), ou pelo telefone (42) 99905-6811.

### **OUTRAS OBSERVAÇÕES/ORIENTAÇÕES:**

- O presente formulário foi construído para o Centro de Atenção Psicossocial II do município de Ponta, Paraná. Considerando que, o equipamento de saúde mental não possuía, no período de tempo para a coleta de dados, um (a) profissional de Serviço Social para que realize-se a entrevista semiestruturada proposta na pesquisa.

16/10/2023, 23:53 Pesquisa: A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de P...

- O preenchimento do formulário pode ser realizado por qualquer membro da equipe, desde que, faça parte do Centro de Atenção Psicossocial II do município de Ponta, Paraná. Ainda, destaca-se que, caso a equipe queira responder de forma conjunta, não há restrições.

- A presente pesquisa foi autorizada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) de Ponta Grossa e pela Comissão de Ética em Pesquisa após submissão na Plataforma Brasil sob parecer nº 6.023.427.

\* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail \*

## REGISTRO DE CONSENTIMENTO

Neste momento, você já realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar desta pesquisa ou não. Você pode ainda, solicitar para a pesquisadora mais informações que considerar relevante ou, ainda, esclarecer dúvidas que possam ter surgido. Caso deseje prosseguir e aceite participar da pesquisa, marque "Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceito participar da pesquisa" na questão abaixo.

2. Desde já, agradecemos! Aceita participar desta pesquisa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceito participar da pesquisa.

Eu não desejo participar da pesquisa.

## QUESTIONÁRIO

Neste momento, você irá responder as perguntas correspondentes ao serviço no qual faz parte.

16/10/2023, 23:53 Pesquisa: A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de P...

- 3. 1. Em qual equipamento de saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná, você atua?

*Marcar apenas uma oval.*

Centro de Atenção Psicossocial II

- 4. 2. Quais são as principais ações desenvolvidas pelo Centro de Atenção Psicossocial II?

---

---

---

---

---

- 5. 3. Qual o principal público-alvo deste equipamento de saúde mental?

---

---

---

---

---

- 6. 4. Qual é o território de abrangência deste equipamento de saúde mental?

*(Fique livre para descrever, caso haja subdivisões dentro da equipe, entre os territórios atendidos).*

---

---

---

---

---

16/10/2023, 23:53 Pesquisa: A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de P...

7. 5. Como está composta a equipe multiprofissional de saúde mental deste equipamento?

---

---

---

---

---

8. 6. Quais as principais demandas apresentadas à equipe pelos usuários deste equipamento de saúde mental?

---

---

---

---

---

9. 7. Quais as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no atendimento às demandas destes usuários que frequentam o serviço de saúde mental?

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.



**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná”, desenvolvida no curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), tendo como responsável a acadêmica Emily Mendes de Oliveira Sartori, sob a orientação da Professora Jussara Ayres Bourguignon.

O principal objetivo da pesquisa trata-se de compreender a intervenção profissional do Assistente Social nas equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Ponta Grossa, Paraná, no ano de 2023, dessa forma a metodologia adotada é qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, utilizando-se de procedimentos metodológicos como a pesquisa bibliográfica e documental, bem como a aplicação de entrevistas semiestruturadas para os(as) assistentes sociais.

As informações obtidas serão utilizadas para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e posteriormente, caso haja, em publicações decorrentes desta pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificativa, sendo que será garantido o sigilo dos seus dados pessoais. Após as análises você será informado dos resultados desta pesquisa.

Em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), pelo e-mail [coep@uepg.br](mailto:coep@uepg.br) e telefone (42) 3220-3108, ou diretamente com a pesquisadora pelo e-mail: [emisartori27@gmail.com](mailto:emisartori27@gmail.com), ou pelo telefone (42) 99905-6811.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Local e data da assinatura)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador



**ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

03/04/2023, 20:16

SEI/PMPG - 3142856 - Carta de Autorização-NEP



**Núcleo de  
Educação  
Permanente**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA**  
**GROSSA**  
**NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP**

## CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **DIEGO OSMAR RODRIGUES**, gerente do NEP, autorizo a realização do projeto **A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ**, realizado pela UEPG, que será desenvolvido pelo pesquisadora **EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI**, sob orientação da professora Dra. Jussara Ayres Bourguignon.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

*Ponta Grossa, 28 março  
de 2023.*



Documento assinado eletronicamente por **DIEGO OSMAR RODRIGUES**, Gerência do NEP, em 28/03/2023, às 10:12, horário oficial de Brasília, conforme o Decreto Municipal nº 14.369 de 03/05/2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.pontagrossa.pr.gov.br/validar> informando o código verificador **3142856** e o código CRC **A9CEF2F1**.

**ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NA PLATAFORMA  
BRASIL**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa - Paraná

**Pesquisador:** Jussara Ayres Bourguignon

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69080123.3.0000.0105

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Ponta Grossa

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.023.427

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa - Paraná. O estudo previamente intitulado de "A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de

Ponta Grossa, Paraná", desenvolvida no curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), tem como objetivo principal a

compreensão dos desafios e potencialidades da intervenção profissional do Assistente Social na área da saúde mental, com base nas experiências

dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade pontagrossense.

No que refere-se a metodologia a pesquisa caracteriza-se como sendo qualitativa, tendo o caráter exploratório e descritivo. Neste sentido, em um

primeiro momento será realizada a pesquisa bibliográfica e documental, a fim de compreender as categorias destacadas, além de apropriar-se do

debate pertinente à temática escolhida e, em seguida, será utilizada a entrevista semiestruturada para estabelecer o diálogo com os (as)

profissionais de Serviço Social dos serviços identificados.

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22

**Bairro:** Uvaranas

**CEP:** 84.030-900

**UF:** PR

**Município:** PONTA GROSSA

**Telefone:** (42)3220-3282

**E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.023.427

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender os desafios e potencialidades da intervenção profissional do Assistente Social na área da saúde mental, com base nas experiências dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Ponta Grossa, Paraná.

**Objetivo Secundário:**

- Apresentar os pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com as legislações vigentes.- Descrever a composição das equipes multiprofissionais dos pontos de atenção presentes no município de Ponta Grossa, Paraná, conforme as previsões da Política Nacional de Saúde Mental e legislações pertinentes. - Identificar os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial presentes no município de Ponta Grossa, Paraná.- Explicar através do debate profissional e referências na literatura a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental e suas reverberações na atualidade.- Identificar as atribuições e competências do Assistente Social na Rede de Atenção Psicossocial, conforme as previsões do Código de Ética profissional de 1993 e a Lei de Regulamentação nº8.662 de 07 de Junho de 1993.- Aprender como se dá a intervenção profissional do Assistente Social nas equipes multiprofissionais dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial do município de Ponta Grossa, Paraná, no ano de 2023.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Como pontuado na Resolução nº510 de 07 de Abril de 2016, toda a pesquisa que envolve de alguma forma seres humanos apresenta riscos nas mais diferentes variações e, cabe ao (à) pesquisador (o) buscar identificá-los, a fim de minimizá-los e não causar nenhum dano para o (a) participante do estudo, sejam estes na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual (BRASIL, 2016).

Na pesquisa proposta, uma das técnicas de metodologia utilizada será a entrevista semiestruturada aplicada a um restrito número de profissionais de Serviço Social que atuam em campos específicos voltados à saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná. Dessa forma, um dos riscos

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22  
**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900  
**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA  
**Telefone:** (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.023.427

previstos refere-se a quebra de confidencialidade, com a possível identificação dos (as) Assistentes Sociais. Para minimizar este risco, será garantido o sigilo na identidade e dados confidenciais dos (as) participantes, sendo utilizado na pesquisa ou futuras publicações de artigos, resumos em congressos e/ou outros eventos, bem como outras produções científicas, codinomes como "Entrevistado 1" ou outro termo que não leve a identificação de cada profissional. Ainda, dentro da realização de entrevista semiestruturada, compreende-se como risco o cansaço do (a) participante ao responder as perguntas e/ou o uso de tempo para participar desse momento. Neste sentido, a fim de minimizar estes riscos a entrevista será agendada conforme disponibilidade do (a) profissional, podendo ser remanejada, respeitando sua rotina de trabalho no serviço. Ainda, o tempo da entrevista será acompanhado, bem como o comportamento do (a) entrevistado (a), sendo encerrada caso o tempo se prolongue e/ou o (a) mesmo (a) apresentar reação de cansaço, ansiedade ou estresse.

**Benefícios:**

A pesquisa a ser realizada apresenta como principal benefício a contribuição ao debate acerca do Serviço Social dentro do campo da Saúde Mental, compreendendo que a experiência profissional que será abordada dentro do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) irá gerar outras reflexões sobre a intervenção do (a) Assistente Social nestes serviços, aprimorando a prática profissional e intelectual. Neste sentido, a pesquisa pode servir de motivador a outros estudos voltados ao mesmo objeto, principalmente porque o tema é ainda pouco explorado dentro das produções acadêmicas das Ciências Sociais Aplicadas, como foi possível identificar em busca na plataforma CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Ainda, para a categoria do Serviço Social, as discussões envolvendo o trabalho multiprofissional na saúde são de grande relevância, já que dentro da atuação grupal nestes espaços pode-se não haver clareza das atribuições e competências individuais de cada profissão, principalmente do (a) Assistente Social, que em diversas situações rotineiras ganha um caráter meramente burocrático e

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22  
**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900  
**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA  
**Telefone:** (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.023.427

administrativo (BRASIL, 2010).

Neste sentido, abordar esta temática pode permitir analisar se este fato também ocorre na Saúde Mental e se nestes espaços o (a) profissional pode

intervir prezando conforme o que está previsto na Lei de Regulamentação nº 8.662 de 7 de Junho de 1993 e no Código de Ética Profissional de

1993, bem como, em consonância ao seu aporte teórico e crítico.

Por fim, considera-se que o debate que será realizado, mostra-se positivo não só a categoria como também aos usuários destes serviços,

considerando que o bom funcionamento da equipe multiprofissional, com todos desenvolvendo suas atribuições, competências e mantendo sua

identidade profissional, enriquece a intervenção profissional, garantindo a população atendida o acesso integral e eficiente dentro daquele serviço.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa desenvolvido para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objeto central os desafios e potencialidades da intervenção

profissional do Assistente Social juntamente às equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná, no ano de 2023,

considerando os equipamentos estabelecidos no Plano Municipal de Saúde desenvolvido pela Fundação Municipal de Saúde (FMS), que encontrase vigente entre 2022 a 2025. Dessa forma, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, sendo que os principais

procedimentos utilizados serão a entrevista semiestruturada, aplicada aos(às) profissionais de Serviço Social inseridos nestes campos, a pesquisa

bibliográfica e documental e para exploração dos dados coletados a Análise de Conteúdo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016

**Recomendações:**

Enviar o relatório final ao término do projeto por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22

**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900

**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA

**Telefone:** (42)3220-3282

**E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.023.427

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise documental considera-se aprovado este projeto e devidamente autorizado para seu início conforme cronograma apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2110197.pdf	04/04/2023 19:58:11		Aceito
Declaração de concordância	autorizacao.pdf	04/04/2023 19:42:47	Jussara Ayres Bourguignon	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	oficio_de_solicitacao.pdf	04/04/2023 19:38:32	Jussara Ayres Bourguignon	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	04/04/2023 19:37:59	Jussara Ayres Bourguignon	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_finalizado.pdf	04/04/2023 19:32:53	Jussara Ayres Bourguignon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	04/04/2023 19:32:26	Jussara Ayres Bourguignon	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/04/2023 19:31:50	Jussara Ayres Bourguignon	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22  
**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900  
**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA  
**Telefone:** (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.023.427

PONTA GROSSA, 26 de Abril de 2023

---

**Assinado por:**  
**ULISSES COELHO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22  
**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900  
**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA  
**Telefone:** (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br