

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO – POLÍTICA SOCIAL, SERVIÇO  
SOCIAL E PROCESSO DE SUPERVISÃO DE ESTÁGIO.

PAULA PEREIRA PINTO

**O exercício profissional do assistente social na saúde  
mental: análise de um CAPS em Juiz de Fora/MG.**

JUIZ DE FORA

2019

PAULA PEREIRA PINTO

**O exercício profissional do assistente social na saúde mental: análise de um CAPS em Juiz de Fora/MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de especialização - Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio da faculdade de Serviço Social da UFJF como requisito para a obtenção do título de especialista.  
Orientador: Prof. Dra: Luciana Gonçalves Pereira de Paula

Juiz de Fora

2019



**PAULA PEREIRA PINTO**


**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DO CAPS  
LESTE II DE JUIZ DE FORA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em "Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio", na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Luciana Gonçalves Pereira de Paula

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 14/11/2019, por banca composta pelos seguintes membros:

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Luciana Gonçalves Pereira de Paula

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Sabrina Pereira Paiva

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras

Nota: 100

Juiz de Fora  
Novembro de 2019

Agradeço à minha família, principalmente Eder, que soube entender as minhas ausências para me dedicar ao estudo. Aos meus companheiros de equipe do Caps Leste que souberam compreender a minha ausência para poder fazer esse curso de especialização e à coordenação que me permitiu concluir essa especialização: Maryene e Melanie. Agradeço também as assistentes sociais que participaram do grupo focal: Cristina, Brena, Marianne, Michele e a estagiária Giovana.

## RESUMO

O estudo faz uma análise do processo de trabalho dos assistentes sociais inseridos em um CAPS II de Juiz de Fora/MG, destacando suas competências e atribuições privativas. Para isso traz reflexões sobre a categoria trabalho e sobre as configurações do mundo do trabalho no capitalismo contemporâneo. Apresenta um resgate histórico sobre a profissão do Serviço Social, sobre a história da loucura e da Reforma psiquiátrica para, posteriormente, considerar os seus impactos para a atuação profissional do assistente social no CAPS. Apresenta as legislações atuais que regulamentam os serviços da saúde mental e faz a análise do cotidiano do trabalho das equipes em que se inserem os assistentes sociais.

### **Palavras chave:**

Assistente social, saúde mental, processo de trabalho, competências e atribuições.

### Abstract:

The study analyzes the work process of social workers inserted in CAPS II of Juiz de Fora / MG, highlighting their competences and private attributions. For this it brings reflections on the category work and on the configurations of the world of work in contemporary capitalism. It presents a historical review of the social work profession, the history of madness and psychiatric reform, and then considers its impacts on the social work of CAPS. It presents the current legislations that regulate the mental health services and analyzes the daily work of the teams in which the social workers are inserted.

### Key words:

Social worker, mental health, work process, skills and duties.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| Introdução-----   | 07 |
| Capítulo 1: A categoria trabalho e o Serviço Social -----   | 09 |
| 1.1. O trabalho como elemento fundante do ser social-----   | 09 |
| 1.2. Serviço Social como especialização do trabalho coletivo-----                                 | 14 |
| 1.3. A reestruturação produtiva e os rebatimentos no mundo do trabalho-----                       | 18 |
| 1.4. A reforma gerencial e os rebatimentos no Serviço Social-----                                 | 24 |
| Capítulo 2: Serviço Social e saúde mental-----  | 31 |
| 2.1. Resgate histórico da atuação do Serviço Social na saúde mental-----                          | 31 |
| 2.2. Os desafios do campo da saúde mental na atualidade-----                                      | 38 |
| Capítulo 3: O cotidiano profissional dos assistentes sociais no CAPS Leste – Juiz de<br>Fora----- | 49 |
| 3.1. Os procedimentos metodológicos da pesquisa-----  | 49 |
| 3.2. O cenário da pesquisa-----   | 51 |
| 3.3. A pesquisa de campo-----   | 53 |
| Considerações finais-----   | 63 |
| Referências bibliográficas-----   | 66 |
| Anexo-----  | 72 |
| Anexo 1. Norma Técnica Saúde mental -----   | 72 |
| Anexo 2. Roteiro do grupo focal -----   | 97 |

## Introdução

A monografia “O exercício profissional do assistente social na saúde Mental: análise de um CAPS em Juiz de Fora/MG” busca destacar a singularidade do trabalho do assistente social na saúde mental.

O objetivo da pesquisa é analisar a inserção dos assistentes sociais no processo de trabalho da saúde mental, destacando sua atuação nas equipes multidisciplinares. Buscamos refletir e contribuir com o debate acadêmico e teórico sobre a inserção do Serviço Social nas equipes de saúde mental, visando à qualificação e formação profissional a partir do aprofundamento da contribuição do fazer profissional no processo de trabalho orientado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A escolha do tema dessa pesquisa surgiu a partir de minha inserção como trabalhadora da saúde mental, no município de Juiz de Fora, desde final de 2014, onde construí algumas inquietações a respeito do fazer profissional do assistente social dentro dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Percebo que, no cotidiano de trabalho, a grande maioria dos profissionais apresenta práticas pontuais, focalistas, burocratizadas que reproduzem práticas com um viés terapêutico e clínico.

Essas questões me levaram a realização de uma pesquisa empírica, de caráter qualitativo, que foi feita junto às assistentes sociais, hoje, inseridas no CAPS Leste de Juiz de Fora, por meio de um grupo focal. Essa pesquisa será apresentada com detalhamento no terceiro capítulo. Sendo assim essa monografia contém três capítulos, organizados da seguinte forma:

No capítulo I apresento a categoria trabalho e a profissão do Serviço Social fazendo uma análise histórica baseado em autores como Engels e Yamamoto. Destacamos os impactos da reestruturação produtiva para as relações de trabalho, bem como da reforma gerencial, e como essas questões impactam o Serviço Social, como especialização do trabalho coletivo.

No capítulo II apresento a contextualização da trajetória histórica, política e econômica que balizou a implantação e consolidação da política de saúde mental e como ocorreu a inserção do Serviço Social na área da saúde mental. Apresentamos



um resgate histórico da reforma psiquiátrica e também as novas legislações que regulamentam os serviços substitutivos, como os CAPS, e a organização do processo de trabalho nesses equipamentos.

No capítulo III apresentamos o cenário onde se realizou a pesquisa caracterizamos a instituição CAPS Leste, apresentamos a equipe de trabalho, a população atendida. Posteriormente mencionamos a metodologia que foi utilizada, os eixos temáticos que orientaram a análise dos dados e os resultados que foram obtidos com a investigação que foi realizada.

O estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa onde se buscou abordar de forma abrangente a realidade investigada tendo como foco o objeto da pesquisa e os pressupostos teóricos apresentados anteriormente. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o grupo focal e a partir dos relatos obtidos foram definidos eixos temáticos para a análise do estudo tendo como base a perspectiva crítica.

## CAPÍTULO 1: A CATEGORIA TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL.

Para a construção desse primeiro capítulo, vamos, inicialmente, apresentar a discussão feita por Engels sobre o trabalho, para entender o surgimento do ser social. A categoria trabalho está presente na história dos homens e sofremos os reflexos dessa construção na sociedade atual.

Apresentaremos, posteriormente, Marx e suas análises referentes ao mundo do trabalho e as suas reconfigurações na sociedade capitalista.

Depois de discorrer um pouco sobre a categoria trabalho, buscando entender como este surgiu na sociedade e qual lugar ocupa hoje em nossa sociedade contemporânea, partiremos para entender como se deu o surgimento da profissão do Serviço Social e como esta se caracteriza como uma especialização do trabalho coletivo, entendendo que o Serviço Social é trabalho e o assistente social está inserido na divisão social e técnica como trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho em troca de um salário.

Posteriormente, discutiremos como se deu a reestruturação produtiva e seus rebatimentos para a classe trabalhadora e os impactos para a estruturação do capitalismo. Iremos apresentar as novas formas de flexibilização das relações de trabalho e como estão impactando nas diversas profissões e, também, no Serviço Social.

### 1.1. O trabalho como elemento fundante do ser social.

O trabalho é a fonte de toda a riqueza, é a condição básica e fundamental de toda a vida humana (ENGELS, 1876). Essa é a base do pensamento desse autor.

A história da evolução do homem mostra que os "primitivos" passaram a usar certas partes do corpo, como as mãos, e começaram a ter o domínio sobre a natureza e a desenvolver o trabalho. Dessa forma, cada membro do grupo desenvolvia uma atividade conjunta, o que fazia com que os indivíduos se tornassem mais unidos e trabalhassem num esquema de cooperação entre eles. Posteriormente, ocorreu o desenvolvimento da linguagem e o homem, também,

começou a elaborar instrumentos de caça e pesca. O domínio sobre os alimentos e a domesticação dos animais fez com que os homens se encontrassem em outro patamar de evolução. O homem, então, passou a se adaptar a qualquer clima e a comer tudo que era comestível (ENGELS, 1876).

Ainda de acordo com Engels (1876), graças à cooperação das mãos, da linguagem e do cérebro os homens foram aprendendo a executar operações cada vez mais complexas, alcançando objetivos mais elevados. Começaram a desenvolver novas atividades (caça, pesca, agricultura, fiação, tecelagem, navegação, elaboração de metais). Posteriormente, surgiram também as artes e as ciências, o direito, a política e as religiões e das tribos saíram as Nações e os Estados, e vivenciamos um rápido progresso da civilização.

Segundo o autor, os animais só podem utilizar a natureza e modificá-la por estarem nela; enquanto os homens modificam a natureza de acordo com suas necessidades, dominando-a. Essa é a diferença essencial entre o homem e os demais animais, diferença que resulta do trabalho.

Sendo o homem parte da natureza, ele tanto a transforma, como recria a si mesmo, adquirindo um controle cada vez maior sobre as forças naturais e produzindo um novo ambiente. O homem cria atividades denominadas trabalho que geram essas modificações e também atendem suas necessidades de vida (ENGELS, 1876).

A vida social, política, intelectual é condicionada pelo modo de produção da vida material, e a consciência do homem é determinada pelo seu ser social, pela forma de organização social na qual o indivíduo vive. Todo o mundo no qual o homem vive é um produto histórico e tem o trabalho como mediador das relações sociais (ENGELS, 1876).

Todos os modos de produção procuravam o efeito útil do trabalho em sua forma mais direta e imediata. A primitiva propriedade da terra fez com que o desenvolvimento dos homens fosse limitado e pressupunha a existência de excedente de terras livres. Ao esgotar esse excedente ocorreu a decadência da propriedade comunal. Todas as formas de produção que surgiram depois dividiram a população em classes diferentes, reforçando o antagonismo entre as classes dominantes e as classes oprimidas, reforçando o interesse das classes dominantes

como propulsor da produção. Essa é a lógica do modo de produção capitalista onde a burguesia domina a produção e tem, no lucro obtido com a venda das mercadorias, seu objetivo máximo (ENGELS, 1876).

Após as considerações feitas por Engels (1876), a respeito do trabalho, percebemos que ao conceber o trabalho pelo qual o homem se torna um ser social como o ato pelo qual o homem modifica a si mesmo e a natureza, ele ofereceu ao Marx elementos que contribuíram para as suas análises sobre o mundo do trabalho.

Marx (1985) parte da premissa de que o trabalho é uma interação do homem com o mundo natural. O trabalho é a forma pela qual o homem se apropria da natureza, a fim de satisfazer suas necessidades, seguindo o pensamento de Engels. Dessa forma, o trabalho muda historicamente e é indispensável à sociedade.

A análise, feita por Marx (1985), considera o capitalismo enquanto forma social que se pauta na exploração do trabalho, considerando sua forma social histórico concreta. No processo de trabalho, a atividade humana é materializada em valores de uso e o trabalho só é produtivo se resultar em um produto que, para além desse, tenha também valor de troca.

O desenvolvimento do modo de produção capitalista exige a separação entre o trabalho e os meios de produção, de modo que o detentor da força de trabalho precise vendê-la ao proprietário dos meios de produção, em troca de um salário, tornando-se um trabalhador assalariado.

A força de trabalho se incorpora ao capital, no processo de produção, valorizando o capital, ou seja, produzindo mais-valia. A parte do capital que se transforma em salários é chamada de variável, porque só a mercadoria trabalho produz um valor maior do que custa ao capitalista. A mais-valia não é simplesmente consequência do processo de produção, é ela que gera a reprodução do sistema capitalista. Por isso, só é considerado trabalho produtivo aquele que de alguma forma produz mais-valia (MARX, 1985).

Nas sociedades sem classes a produção estava voltada apenas para a produção de valores de uso, ou seja, a satisfação das necessidades da comunidade. Na sociedade capitalista o objetivo passa a ser a produção de valores de troca, ou seja, a produção, reprodução e valorização do capital.

De acordo com Marx (1985), o trabalho concreto é o produtor de valores de uso e o trabalho social/abstrato é o trabalho presente no valor de troca.

O valor de uso de uma mercadoria é o trabalho objetivado, é a expressão material do valor de troca. O valor de troca é a forma historicamente assumida pelo valor na sociedade capitalista. É uma maneira determinada socialmente de expressar o trabalho objetivado, é em si a expressão de uma dada relação social de produção.

Segundo Marx (1985), o sistema de produção capitalista repousa no fato de que o trabalhador vende sua força de trabalho como mercadoria. Desse modo, o trabalho é social porque é produzido não para o consumo individual de quem o produz, mas para a venda; é produzido para outras pessoas, e é na relação de troca que o valor se manifesta.

Portanto, a força de trabalho é uma fonte geradora da riqueza para o capital, assim, não só a exploração da natureza é fonte de riqueza para o capital, mas a força de trabalho explorada, na condição de trabalhador assalariado é geradora de riqueza para o capital. O capital é um sistema de exploração geral das propriedades da natureza e do homem gerando a extração da mais-valia.

No entanto, o assalariado não tem clareza do quanto produz para si e do quanto do seu trabalho é apropriado pelo capitalista; isso é o que chamamos de alienação do trabalhador.

Nesse processo, o trabalhador se torna mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais sua produção aumenta. Com a valorização do mundo das coisas ocorre, proporcionalmente, a desvalorização do mundo dos homens. Dessa forma, o trabalho produz mercadorias e produz e reproduz o trabalhador como uma mercadoria (MARX, 2004).

Assim, o próprio trabalho se torna um objeto e a apropriação desse objeto aparece como estranhamento porque quanto mais o trabalhador produz as mercadorias, tanto menos pode possuir esses objetos que ele mesmo produz e fica cada vez mais sob os domínios do capital.

O trabalhador é estranho ao produto do seu trabalho porque este pertence ao capitalista, e quanto mais o trabalhador se esgota no cotidiano de trabalho, ele se torna cada vez mais pobre e o mundo do capitalista cada vez mais distante dele.

Desse processo deriva a alienação do trabalhador em relação ao processo produtivo, o que faz com que o trabalho deixe de ser visto como uma forma de satisfazer as necessidades para se tornar um sacrifício.

As relações de classe são alienantes, pois o trabalhador assalariado se encontra numa posição de desvantagem em relação ao capitalista e, assim, este domina a produção e também o próprio trabalhador. De acordo com (Marx 1985), o trabalho é a mais importante expressão da natureza humana, mas quando o homem perde o controle sobre ele entra num processo que conduz a sociedade a uma ordem social alienada: desigualdade crescente, pobreza e luta de classes.

Quanto mais o trabalhador se apropria da natureza, por meio do trabalho, mais ele se priva dos meios de vida, ele passa a depender dos meios de subsistência para que possa se manter como trabalhador.

O estranhamento do trabalhador em seu objeto se expressa, pelas leis nacional econômicas em que quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir, que quanto mais valores cria, mais sem valor e indigno ele se torna; quanto mais bem formado o seu produto, tanto mais deformado ele fica; quanto mais civilizado seu objeto, mais bárbaro o trabalhador, que quanto mais poderoso o trabalho, mais importante o trabalhador se torna, quanto mais rico de espírito o trabalho, mais pobre de espírito e servo da natureza se torna o trabalhador (MARX, 2004, pág. 84).

A relação do trabalhador com o trabalho engendra a relação do capitalista com o trabalho. Essa relação se dá através da propriedade privada que é o resultado do trabalho exteriorizado.

Por isso, o fim da propriedade privada é o centro da luta contra o capitalismo. E o processo de ruptura com o capital exige a socialização não apenas dos bens e riquezas produzidos, mas também, dos próprios meios de produção.

Segundo Marx (2004), o próprio capitalismo cria as condições necessárias à sua superação em direção a uma sociedade sem classes. Nessa outra sociedade, emancipada, o trabalho não irá desaparecer, visto que é condição natural da vida humana, o que desaparecerá é a exploração do homem pelo homem que se manifesta na produção da mais-valia (MARX, 2004). No entanto, isto só irá ocorrer a partir do momento em que a classe trabalhadora se mobilizar e lutar para que, de fato, seja implantado um outro sistema de produção que não seja baseado na

exploração da mão de obra, na extração da mais-valia como fonte de enriquecimento.

## 1.2. Serviço Social como especialização do trabalho coletivo.

Partimos da tese de Iamamoto (1982) de que o Serviço Social é uma especialização do trabalho coletivo, dentro da divisão social e técnica do trabalho, partícipe do processo de produção e reprodução das relações sociais.

O Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideológica dos indivíduos sociais. O assistente social é, nesse sentido, um intelectual que contribui, junto com inúmeros outros protagonistas, na criação de consensos na sociedade (IAMAMOTO, 1982, pág.69).

Analisando todas as considerações que foram feitas a respeito das relações de trabalho, percebemos que as funções do assistente social têm valor de troca, podendo ser equiparado a todas as formas de trabalho presentes na sociedade capitalista. Assim, esse profissional vende sua força de trabalho em troca de um salário como os demais trabalhadores assalariados.

De acordo com Iamamoto (2007), o Serviço Social é regulamentado como uma profissão liberal. O profissional dispõe de relativa autonomia profissional para conduzir o seu fazer profissional e para garanti-la se apoia nos estatutos legais e éticos que regulamentam a profissão. Essa autonomia é tensionada pelas relações com os empregadores porque ao vender sua força de trabalho o profissional precisa responder à determinadas demandas institucionais. Os empregadores determinam as necessidades sociais que o assistente social deve responder, delimitando sobre quais refrações da questão social seu trabalho vai incidir. Eles podem interferir nas condições em que os atendimentos operam, bem como nos efeitos que a intervenção vai ter na reprodução das relações sociais.

Da mesma forma que os outros trabalhadores, o assistente social vende sua força de trabalho em troca de um salário e, por isso, a profissão também está inserida no reino do valor presente na sociedade capitalista. Portanto, também

sofrem os dilemas da alienação e das determinações sociais que afetam a coletividade dos trabalhadores. Por sua condição assalariada, percebemos que a autonomia do assistente social é relativa, porque ele precisa estar inserido no processo de trabalho para que possa exercer suas atribuições.

Ainda de acordo com lamamoto (2007), a condição assalariada, nas instituições públicas ou privadas, envolve a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho, estabelecendo as condições em que o mesmo vai ocorrer: jornada de trabalho, salário, controle do trabalho, índices de produtividade e metas. A instituição oferece os recursos materiais, financeiros, humanos e técnicos para que o trabalho seja objetivado e para que as expressões da questão social possam se tornar a matéria da atividade profissional do assistente social. As exigências dos empregadores impõem regulamentações específicas do trabalho no âmbito do trabalho coletivo que condicionam o trabalho realizado por todos os profissionais e estabelecem limites e possibilidades para o trabalho do assistente social.

Portanto, o assistente social precisa da instituição para poder desenvolver seu fazer profissional, ele precisa estar inserido nas instituições empregadoras como trabalhador assalariado para poder atuar nas políticas públicas. Segundo lamamoto (2012), a instituição empregadora organiza o processo de trabalho do assistente social; este não define os usuários que vai atender, nem os serviços que vai fazer. Desse modo, o que há de comum entre os assistentes sociais e os demais trabalhadores é que a força de trabalho é uma mercadoria que é vendida em troca de um salário.

De acordo com lamamoto (1998), o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação do seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos, ele depende dos recursos previstos nos projetos da instituição empregadora para exercer o seu trabalho especializado. A condição de trabalhador assalariado não só enquadra o assistente social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas molda a sua inserção socioinstitucional. Apesar de ter relativa autonomia no seu fazer profissional, o profissional depende da instituição para organizar as atividades, para ter acesso aos usuários do serviço, para estabelecer prioridades.



Portanto, o assistente social está inserido na divisão social do trabalho como trabalhador assalariado. Apesar de ser regulamentado como uma profissão liberal, não tem essa tradição na sociedade brasileira. É um trabalhador especializado, que vende sua força de trabalho para algumas entidades empregadoras, em troca de um salário.

A profissão participa da criação e prestação de serviços que atendem às necessidades sociais, ou seja, tem valor de uso e como trabalhadores assalariados participam do processo de reprodução e redistribuição da riqueza social. Segundo lamamoto (1998), o trabalho do assistente social não resulta apenas em serviços úteis, mas ele tem um efeito na produção ou na redistribuição do valor e da mais-valia. O profissional pode participar diretamente do processo de reprodução da riqueza social fazendo parte do trabalho coletivo produtivo de mais-valia quando trabalha em empresas, e quando trabalha na esfera do Estado participa do processo de redistribuição da mais-valia via fundo público.

Existe uma tensão no cotidiano de trabalho do assistente social porque a condição assalariada do profissional faz com que nem sempre ele consiga desenvolver ações pautadas no projeto ético político profissional<sup>1</sup> hegemônico na categoria profissional.

Segundo lamamoto (1982), verifica-se uma tensão entre o trabalho exigido pelo empregador, as demandas dos sujeitos e a relativa autonomia profissional. A autonomia relativa dos assistentes sociais é condicionada pelas lutas hegemônicas presentes na sociedade que alargam ou retraem as bases sociais que direcionam o fazer do profissional voltado para o atendimento das necessidades da classe trabalhadora. Através de sua relativa autonomia o assistente social tem a possibilidade de redirecionar o seu trabalho para rumos sociais que não são os esperados pelo empregador, construindo ações inspiradas no projeto ético político da profissão.

No entanto, o assistente social, como trabalhador assalariado, está sujeito às questões que envolvem a precarização e a alienação do trabalho, como os demais trabalhadores.

---

<sup>1</sup> Esse tema será tratado mais a diante.

O capitalismo e as contradições que são próprias desse sistema dificultam que o profissional perceba as contradições presentes na realidade dos usuários dos serviços. A ideologia presente na sociedade aposta na individualidade, concorrência, competitividade e fragmentação, valores que são contrários ao código de ética do assistente social que traz valores como a liberdade e emancipação humana.

É preciso perceber que existem limites estruturais e condições histórico-conjunturais que interferem diretamente no fazer do assistente social e, por isso, as respostas profissionais sofrem condicionamentos e nem sempre reforçam o projeto ético político. No cotidiano de trabalho do assistente social nem sempre esse projeto ético político profissional se expressa porque, hoje, o Estado promove ataques constantes às políticas sociais comprometendo a prestação de serviços com qualidade aos usuários.

Segundo Vasconcelos (2015), na sociedade capitalista toda a classe trabalhadora é chamada para colaborar com a burguesia favorecendo seus interesses, independente da consciência dos sujeitos. Inconscientemente todos os trabalhadores reproduzem as condições necessárias para que o sistema capitalista se desenvolva. Sabemos que, na prática, nem todos os assistentes sociais têm essa consciência e acabam reproduzindo práticas conservadoras que perpetuam o sistema capitalista. Mas, amparado pelo seu código de ética e pelo projeto ético político da profissão, os assistentes sociais podem fazer com que os usuários dos serviços onde trabalham se fortaleçam e tracem formas de resistência, que sejam capazes de mudar a estrutura social vigente, de se organizarem política e coletivamente.

O projeto ético-político profissional do assistente social se confronta com os costumes, a tradição e a moral burguesas e com a lógica da reprodução da sociedade capitalista.

Os valores, os princípios, as referências teórico-metodológicas e os compromissos contidos nesse projeto profissional expressam uma visão emancipatória de mundo que, se tomados conscientemente como parâmetro, podem fornecer horizontes, direção e estratégias de ação para criação das condições objetivas, nos espaços profissionais/na luta político-econômica, para sua defesa e realização. Podem fornecer, também, as bases de práticas democráticas, críticas, conscientes e criativas (VASCONCELOS, 2015, pág. 479).

Existem diversos espaços ocupacionais onde os assistentes sociais exercem suas competências e atribuições profissionais. O profissional lida com situações singulares vividas pelos indivíduos e suas famílias e que sofrem os rebatimentos das determinações de classes presentes na sociedade capitalista. É preciso fazer com que as necessidades sociais saiam da esfera privada e se transformem em luta por direitos, potencializando os fóruns e espaços coletivos de luta como os conselhos de direitos. Para que o assistente social consiga fazer isso no cotidiano de trabalho, ele precisa ter competência teórico-metodológica para ler a realidade e identificar o modo de vida, de trabalho e expressões culturais dos sujeitos que atende e, também, ter sensibilidade e vontade política para que prossiga com ações de cunho coletivo. Dessa forma, a atuação do profissional impulsionará a consolidação do projeto ético político do Serviço Social.

Ainda segundo Vasconcelos (2015) é importante que o profissional tenha clareza e segurança para fazer oposição ético-política ao conservadorismo profissional, para que possa defender os princípios e valores expressos no código de ética profissional e desenvolver ações no cotidiano de trabalho que expressem o compromisso com a classe trabalhadora.

### 1.3. A reestruturação produtiva e os rebatimentos no mundo do trabalho.

Na atualidade, a atuação do capital redimensiona o papel do Estado convertendo as políticas sociais em serviços que podem ser vendidos no mercado (privatização). A ofensiva neoliberal que instala esse redirecionamento vem acompanhada da reestruturação produtiva, que opera mudanças em todas as dimensões da vida social: aumento do desemprego, formas de precarização e flexibilização do trabalho, dos salários e dos direitos do trabalhador. Esse processo está formando uma nova cultura do trabalho e um novo perfil de trabalhador.

Segundo Giovanni Alves (2013), nos últimos 30 anos de desenvolvimento do capitalismo global ocorreram duas determinações fundamentais: a constituição de uma nova forma de produção do capital (maquinofatura) e o desenvolvimento da crise estrutural de valorização do valor (financeirização da riqueza capitalista e

hegemonia do capital financeiro). Essas determinações alteraram a precarização do trabalho.

A precarização do trabalho é um traço estrutural do modo de produção capitalista e sua regulação se dá pelo nível de correlação de poder entre as classes sociais (regulação social e política). Hoje, podemos considerar que está ocorrendo a precarização do homem que trabalha.

A maquinofatura, entendida como uma nova forma de produção do capital surgiu como determinação da base técnica do sistema de produção de mercadorias constituindo uma nova relação entre o homem e a natureza.

Nossa hipótese é que a maquinofatura, síntese da manufatura e da grande indústria, ao pôr a gestão como nexos essenciais da produção do capital, revolucionou a relação homem-máquina. Desse modo, maquinofatura é uma nova transformação técnica da produção da vida social que alterou, nas condições da dominação da forma-capital, o controle do metabolismo social. Na verdade, o revolucionamento do modo de produção implica, cada vez mais, o revolucionamento do modo de vida, isto é, o revolucionamento de todas as relações sociais (o Marx de 1844 diria: o revolucionamento da “vida do gênero” (Gattungsleben) na sua forma abstrata e alienada diz ele: “A vida mesma aparece só como meio de vida” – eis o verdadeiro sentido do trabalho assalariado) (ALVES, 2013, pág.237).

O que ocorreu com a maquinofatura é que se estabeleceu uma nova correlação de forças e poder entre as classes sociais no mundo do capital.

Na medida em que se põe a crise estrutural de valorização do valor, a precarização do trabalho aparece como precarização salarial com suas implicações no emprego, carreira, salário e condições de trabalho. É o que explica a nova precariedade salarial com a vigência do trabalho flexível alterando as condições do estatuto salarial (contratação salarial, remuneração e jornada de trabalho). Ao mesmo tempo, na medida em que se põe a maquinofatura, a precarização do trabalho aparece também como precarização existencial, tendo em vista que a gestão da nova relação homem-natureza alterou, de modo qualitativamente novo, o metabolismo social do sujeito que trabalha, considerando a tecnologia informacional e a adoção do sistema toyotista de produção; isso significa que o método Just in time/kanban e a autonomia como disposição anímico-motivacional do trabalho vivo nos locais de trabalho das empresas capitalistas reestruturadas contribuíram para o aumento, em intensidade e amplitude, da carga ideológica e pressão pelo cumprimento de metas e resultados (ela não diz respeito apenas à produção, mas à totalidade da vida social, o que significa o surgimento do modo de vida Just in time) (ALVES, 2013, pág. 240).

Esse modo de vida *Just in time*<sup>2</sup> faz com que ocorra maior pressão no homem que trabalha, é o fenômeno da vida reduzida. Esse fenômeno faz com que a vida se projete sobre o consumismo e a sociedade da comunicação, fazendo com que o tempo livre para o lazer esteja cada vez menor.

Hoje, vivemos a precarização cada vez maior do trabalho, pois as legislações trabalhistas estão sendo disseminadas pelos capitalistas.

Ao mesmo tempo, por conta da nova forma de produção do capital – a maquinofatura -, instaurou-se uma nova dimensão da precarização do trabalho como precarização existencial, tendo em vista que, na sociedade em rede, cada vez mais, o trabalho estranhado como trabalho abstrato invade a vida social, impregnando a totalidade social de formas derivadas de valor, promovendo a redução do tempo de vida a tempo de trabalho (ALVES, 2013, pág.247).

A reestruturação produtiva do capital é caracterizada por processos de trabalho e mercados mais flexíveis e rápidas mudanças nas práticas de consumo. Diante dessas mudanças, novas relações de trabalho foram se formando exigindo novas relações no processo de produção. Para que o sistema continuasse foram feitas modificações nas relações de trabalho, na produção, na circulação e regulação das mercadorias.

Esse processo denominado de acumulação flexível tem como características: produtos vendidos a baixos preços, em pequenas quantidades e de forma variada pondo fim à produção em massa.

Junto com as mudanças no processo de produção viria também a flexibilização dos direitos do trabalho e a terceirização da força de trabalho.

Dessa forma, a contratação flexível e instável que se dá através das terceirizações, subcontratações, trabalho temporário, estagiários, utiliza a força de trabalho de forma precarizada na medida em que reduz salários, diminui as conquistas trabalhistas e diminui a capacidade de reivindicação e mobilização da classe trabalhadora.

Outro fenômeno que ganha destaque é a polivalência do trabalho onde o trabalhador realiza múltiplas tarefas combinando funções intelectuais com atividades

---

<sup>2</sup> Sistema de administração da produção que nada deve ser produzido, transportado ou comprado antes da hora certa. *Just in time* é um termo inglês que significa literalmente “na hora certa” ou “momento certo”.

simples. Ocorre também a desregulamentação das relações de trabalho, a perda da proteção social e o desemprego estrutural.

A flexibilização das relações de trabalho e a consequente precarização do trabalho não só atingiram o setor produtivo, mas também o setor de serviços, inclusive os serviços públicos realizados por meio do Estado. Em um contexto de reorganização do Estado direcionado para a concepção de um Estado mínimo frente às demandas dos trabalhadores, a tendência verificada em vários países é a redução do número de servidores públicos e a supressão de instituições governamentais acompanhada da transferência de responsabilidades estatais para o setor privado (LINS, 2015, pág. 103).

A classe trabalhadora no século XXI é mais fragmentada, heterogênea e diversificada. Constata-se uma perda significativa de direitos e de sentido onde o trabalho tornou-se mais frágil intensificando os níveis de exploração. Com a diminuição cada vez maior da classe trabalhadora que tem vínculo empregatício, o capitalismo tem que criar novas formas de exploração dessa parcela de trabalhadores para que possa garantir seus lucros. Na sociedade atual, o trabalho está cada vez mais precarizado, por meio das formas de subemprego, desemprego, intensificando os níveis de exploração para aqueles que trabalham, mas o trabalho continua sendo um elemento estruturante da sociedade, segundo Antunes (2004).

Com a retração do taylorismo/fordismo<sup>3</sup> vem se retraindo o proletariado industrial, fabril. Esse proletariado está diminuindo com a ocorrência da reestruturação produtiva, surgindo formas mais desregulamentadas de trabalho, reduzindo o número de trabalhadores com vínculos formais de trabalho.

Ocorre a expansão cada vez maior do setor de serviços que oferece baixos salários e emprega grande parte da população feminina.

Para se compreender as novas configurações do trabalho é preciso entender a concepção ampliada do trabalho englobando sua totalidade.

Ela incorpora tanto o núcleo central do proletariado industrial, os trabalhadores produtivos que participam diretamente do processo de

---

<sup>3</sup> Taylorismo/fordismo: sistema de organização da produção industrial que alcançava máxima produção, divisão de tarefas no trabalho, sistema de incentivos e recompensas para o trabalhador, supervisão contínua do trabalho que foi implantado no início do século XX por Frederick Taylor (taylorismo) e Henry Ford (fordismo).

criação de mais-valia e da valorização do capital (que hoje, como vimos acima, transcende em muito as atividades industriais, dada a ampliação dos setores produtivos nos serviços) e abrange também os trabalhadores improdutivos, cujo trabalho não cria diretamente mais-valia, uma vez que são utilizados como serviços, seja para uso público, como os serviços públicos, seja para uso capitalista. Podemos também acrescentar que os trabalhadores improdutivos, criadores de antivalor no processo de trabalho, vivenciam situações muito aproximadas com aquelas experimentadas pelo conjunto de trabalhadores produtivos (ANTUNES, ALVES, 2004, pág.342).

Há na sociedade uma classe de trabalhadores improdutivos e assalariados que são funcionários do Estado, do comércio que exercem por meio do seu assalariamento uma função de controle da força de trabalho (SILVA, 2015).

O assalariamento se generalizou e abrange a totalidade dos trabalhadores produtivos e improdutivos. No caso dos improdutivos, o assalariamento assume uma nova forma onde não há uma relação direta entre salário e mais-valia, pois o trabalhador improdutivo não produz mais-valia.

Ainda segundo a mesma autora, esse trabalhador irá contribuir indiretamente para a produção do capital porque como não gera mais-valia para o sistema seu trabalho é necessário ao bom funcionamento do sistema, pois legitima o próprio modo de produção.

Entre as atividades de caráter improdutivo destacam-se aquelas ligadas ao Estado que tem a função de exercer controle político ideológico sobre os trabalhadores como é o caso dos serviços sociais que surgiram para conter as expressões da questão social.

Com o neoliberalismo<sup>4</sup> o Estado redefiniu sua atuação e fez reformas nas suas políticas que refletiram na redução de recursos públicos para custear as políticas sociais. O Estado redimensiona sua atuação e implementa reformas necessárias ao novo padrão de acumulação evidenciando a associação direta entre o Estado e o capital.

Podemos considerar que no Brasil, na década de 1990, o que ocorreu na verdade foi uma contrarreforma<sup>5</sup> que atendeu os interesses do capital e fragilizou as

---

<sup>4</sup> Doutrina desenvolvida a partir da década de 1970 que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia, só devendo esta ocorrer em setores imprescindíveis e ainda assim em um grau mínimo.

<sup>5</sup> Reforma que se opõe a outra para anular os seus efeitos.

condições de vida e de trabalho desestruturando os direitos trabalhistas e sociais (LINS, 2015).

Diante disso, ocorreu o corte dos gastos sociais e os serviços públicos tornaram-se cada vez mais reduzidos e insatisfatórios.

As profissões por serem produto histórico sofrem os efeitos dessas mudanças no campo do trabalho com perdas de direitos e condições precárias de trabalho. Em razão disso o projeto ético político do Serviço Social requer do assistente social um potencial renovado onde seja possível traduzi-lo nas ações desenvolvidas pelo assistente social no cotidiano de trabalho. Ocorre hoje nas instituições e espaços sócio-ocupacionais um processo de contrarreforma administrativa que tem como objetivo nivelar diferentes profissionais em um mesmo cargo genérico para operacionalizar as políticas sociais (GUERRA, 2014).

Segundo Raichelis (2009) as profissões são construções históricas que ganham significado e inteligibilidade na sociedade que estão inseridas. Elas surgem como demanda da sociedade para dar respostas a alguma questão. No caso do Serviço Social, o Estado precisava dar respostas às refrações da questão social para que a reprodução das classes trabalhadoras nas cidades ocorresse.

As condições propícias à profissionalização do Serviço Social (e de tantas outras profissões) foram criadas a partir da crescente intervenção do Estado capitalista nos processos de regulação e reprodução social, por meio das políticas sociais públicas (RAICHELIS, 2009, pág.2).

O agravamento da questão social, em consequência da reestruturação produtiva, repercute no campo profissional, tanto nos sujeitos com os quais o assistente social trabalha como também no mercado de trabalho dos profissionais que, como o conjunto dos trabalhadores, sofre o impacto das mudanças que atingem o exercício profissional.

No próximo capítulo iremos analisar como as consequências da reestruturação produtiva afetam o processo de trabalho em que se insere o assistente social e as formas que os profissionais encontram para lutar pela garantia dos direitos dos usuários tendo como parâmetro o código de ética profissional e o projeto ético político hegemônico na profissão.



#### 1.4. A reforma gerencial e os rebatimentos no Serviço Social.

De acordo com Guerra (2016) estamos enfrentando um contexto de crise do capital caracterizado pelo desemprego e subemprego onde se exige cada vez mais flexibilização, polivalência, desespecialização e desprofissionalização do trabalho. Busca-se diluir as particulares inserções profissionais em um conjunto de atividades comuns que todos os profissionais devem responder.

Na esfera estatal, ocorreu a retração das funções do Estado e a redução dos gastos sociais, o que contribuiu para o processo de conseqüente retrocesso na consolidação e expansão dos direitos sociais (RAICHELIS, 2009).

Essas mudanças societárias atingiram as diferentes profissões e, também, o Serviço Social, que tem nas políticas sociais seu campo de intervenção principal. Nesse período, intensificaram-se as subcontratações de assistentes sociais para prestar serviços ao Estado acenando para o exercício profissional temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais.

As conseqüências dessa forma de condução das políticas públicas para o trabalho social são profundas, pois a terceirização desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores sociais, desloca as relações entre a população, suas formas de representação e a gestão governamental, pela intermediação de empresas e organizações contratadas; além disso, as ações desenvolvidas passam a ser subordinadas a prazos contratuais e aos recursos financeiros destinados para esse fim, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com os usuários, descrédito da população para com as ações públicas (RAICHELIS, 2009, pág.8).

Quando o Estado opera a dinâmica da terceirização dos serviços públicos ocorre a cisão entre serviço e direito, obscurecendo a responsabilidade do Estado perante os cidadãos, reduzindo cada vez mais as possibilidades das políticas públicas estarem no campo dos direitos. Dentro dessa perspectiva, intensificam-se as parcerias e transferências de responsabilidades públicas para as iniciativas da sociedade civil ocorrendo o repasse da prestação de serviços para as organizações não governamentais, empresariais ou sem fins lucrativos.

Com relação ao Estado, a reforma gerencial alterou as bases das políticas públicas; passa-se a ter políticas sociais sem garantia de direitos sociais. A reforma

gerencial do Estado alterou essas políticas no que diz respeito a sua funcionalidade, redirecionando a sua execução para a lógica do mercado em detrimento da garantia de direitos, ou seja, a satisfação das necessidades humanas passa a se dar pela mediação do mercado (GUERRA, 2016).

Como todas as profissões o Serviço Social sofre com todos os rebatimentos no cotidiano de trabalho e isso faz com que, às vezes, a sua atuação fique limitada somente aos interesses das instituições empregadoras dos assistentes sociais. Quando isso ocorre o profissional fica envolto num processo de alienação e não consegue perceber que sua atuação não está sendo capaz de ir além das requisições institucionais. O Serviço Social não fica imune a isso e os valores, objetivos, princípios da profissão ficam restritos ao programa, projeto da instituição empregadora.

É preciso entender que por sofrer os rebatimentos da conjuntura econômica, política e social do país a profissão está sofrendo as consequências das mudanças do mercado de trabalho. Isso nos faz entender algumas posturas de assistentes sociais dentro das instituições, que só conseguem responder demandas imediatas sem conseguir fazer uma análise da conjuntura institucional.

Assim, Guerra (2016) nos traz alguns conceitos para embasar a análise dessa realidade no Serviço Social. O primeiro conceito é o de atribuição que indica ato ou ação de um sujeito sobre outro, no sentido de concessão. O segundo conceito trabalhado pela autora é o de requisição que significa requerimento, solicitação ou pedido. O terceiro conceito é de demanda que significa procura ou necessidade.

Esses conceitos são usados para entendermos que as necessidades antagônicas das classes sociais se convertem em demandas para todas as profissões. As instituições sociais se apropriam dessas demandas e as transformam em seus objetivos institucionais e as colocam como requisições aos profissionais contratados.

Dentro dessa lógica, é necessário elucidar as particulares condições de trabalho que cada espaço sócio-ocupacional oferece aos assistentes sociais fazendo a leitura das competências e atribuições privativas, e seus vínculos com os processos de produção e reprodução da riqueza social. Entendendo competências profissionais como a capacidade que os profissionais têm para dar resolutividade a

determinado assunto ou demanda, e atribuições privativas como as prerrogativas exclusivas da prática dos assistentes sociais.

É importante o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que orientam a sua atuação, competências teórico-metodológicas e operativas e prerrogativas comprometidas com a democratização da vida em sociedade.

As atribuições privativas são aquelas relacionadas à matéria, área e unidade de Serviço Social. A matéria do Serviço Social conforma-se no conjunto das expressões da questão social. Estas estão sendo modificadas pelas mudanças ocorridas na sociedade e o maior desafio dos profissionais é efetivar o projeto ético-político num contexto totalmente adverso. O profissional precisa fazer a análise do seu fazer profissional, na sociedade atual, compreendendo as contradições expressas na questão social para não dar respostas moralistas no seu cotidiano de trabalho.

É preciso analisar as regulamentações do conjunto CFESS/CRESS, em especial os artigos quarto e quinto da Lei 8662/93, que trata das competências e atribuições privativas do assistente social.

O trabalho do assistente social está voltado para a intervenção nas diferentes manifestações da questão social, para contribuir com a redução das desigualdades e injustiças sociais e, também, fortalecer os processos de resistência dos sujeitos na perspectiva da democratização, autonomia dos sujeitos e do acesso a direitos, por isso precisa fortalecer os movimentos sociais e os conselhos de direitos.

Para tanto, o assistente social deverá imprimir em sua intervenção profissional uma direção, sendo necessário, para isto, conhecer e problematizar o objeto de sua ação profissional, construindo sua visibilidade a partir de informações e análises consistentes – atitude investigativa. Concomitantemente, o trabalho do assistente social deverá ser norteado por um plano de intervenção profissional objetivando construir estratégias coletivas para o enfrentamento das diferentes manifestações de desigualdades e injustiças sociais, numa perspectiva histórica que apreenda o movimento contraditório do real (FRAGA, 2010, pág.45).

As ações profissionais dos assistentes sociais não devem ser repetitivas, rotineiras e esvaziadas de sentido porque representam o cotidiano dos usuários.

Não podemos estar imersos no pragmatismo<sup>6</sup>, onde nossa atuação está voltada somente para a solução de problemas imediatos. O nosso processo de trabalho transita entre as demandas, carências e necessidades dos usuários dos serviços das instituições nas quais trabalhamos.

O assistente social não deve reduzir sua intervenção ao atendimento imediato das demandas, precisa fazer a leitura da realidade entendendo o que está por trás das políticas sociais e das requisições das instituições (GUERRA, REPETTI, FILHO, SILVA, ALCANTARA, 2016).

Alicerçado no projeto ético político do Serviço Social, que orienta o exercício e a formação profissional, e que resultou de um processo histórico de construção coletiva sob a direção do CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO, os profissionais devem promover estratégias, no cotidiano de trabalho, que defendam princípios como: ampliação da liberdade, defesa intransigente dos direitos humanos, defesa e aprofundamento da cidadania e democracia, defesa da equidade e da justiça social e compromisso da qualidade na prestação dos serviços.

Baseada na Lei de Regulamentação da profissão, o profissional tem claro quais suas competências e atribuições profissionais, em cada espaço sócio-ocupacional e, dessa forma, pode questionar as requisições instituições que estão contrárias ao projeto ético político da profissão.

O profissional precisa reconhecer a realidade sócio-histórica em que vive e trabalha, precisa ser protagonista da construção do projeto ético-político da categoria defendendo a ampliação da liberdade, a consolidação da democracia, garantindo a todos os sujeitos maior equidade e justiça social, enfrentando no cotidiano de trabalho as contradições e desigualdades socialmente produzidas. É necessário penetrar na essência dos fenômenos sociais, o que faz com o assistente social tenha uma postura investigativa e, conseqüentemente, sua intervenção profissional será crítica, propositiva e não repetitiva.

---

<sup>6</sup> Pragmatismo é uma doutrina filosófica cuja tese fundamental é que a ideia que temos de um objeto qualquer nada mais é senão a soma das ideias de todos os efeitos imaginários atribuídos por nós a esse objeto, que passou a ter um efeito prático qualquer. Ser partidário do pragmatismo é ser prático, ser pragmático, ser realista.

No entanto, vivemos na atualidade uma contrarreforma na educação, onde a formação por competência está ganhando cada vez mais espaço na formação de nível superior. A formação profissional busca preparar os profissionais para atender as necessidades do capital de forma imediata. Tem se mantido no mercado aquele trabalhador que se adapta aos processos de precarização e perda de direitos trabalhistas fortalecendo uma nova cultura do trabalho (TRINDADE, 2015).

O assistente social é cobrado a trabalhar no controle social, à serviço da ordem burguesa e não na direção do acesso à direitos, tendo como foco seu projeto ético político. As políticas sociais estão sendo estruturadas numa ideologia gerencialista, o que traz riscos para a efetivação do projeto ético político do Serviço Social e para a formação profissional, porque exige um profissional executor de tarefas e não crítico. Como a formação está focada nas competências e não nas atribuições privativas o que vemos no mercado é: desprofissionalização, desespecialização e desregulamentação. Isso faz com que as profissões estejam preocupadas com o pragmatismo da sua existência. (GUERRA, REPETTI, FILHO, SILVA, ALCANTARA, 2016).

Está se exigindo das profissões uma lógica gerencialista, tecnocrática que responde a uma padronização que quebra a dimensão ético política das profissões. Para as instituições empregadoras é melhor ter um profissional despolitizado que não questione a ordem vigente.

Está ocorrendo o distanciamento do Serviço Social com os princípios e valores historicamente construídos pela profissão e os profissionais estão cada vez menos defendendo as suas atribuições privativas nos espaços sócio-ocupacionais.

O assistente social precisa enfrentar esse desafio e imprimir uma direção social estratégia pautada no projeto ético político, tendo como horizonte para sua atuação a garantia de direitos, mesmo que precise lutar contra os valores hegemônicos na sociedade.

O profissional de Serviço Social está atuando em equipes interdisciplinares e seu espaço de atuação no mercado de trabalho atual se define não pela existência de setores específicos, mas pela conquista e garantia de contribuir no trabalho coletivo, garantindo os direitos dos usuários dentro das instituições.

Na atualidade, vivemos um momento de precarização das relações de trabalho, onde a demanda de tarefas é cada vez maior e os salários cada vez mais baixos e ocorre o aumento do desemprego. Dessa forma, os trabalhadores se submetem a condições de trabalho cada dia mais exploratórias e ficam cada vez mais alienados do processo de trabalho e não tem acesso aos produtos que produz, aumentando a pauperização da classe trabalhadora. Essas questões atingem toda a classe trabalhadora e, também, os assistentes sociais inseridos nas instituições como assalariados.

Os assistentes sociais precisam ter um conhecimento crítico sobre as políticas sociais e o debate dessas políticas precisa ser ampliado no interior dos espaços de formação profissional da categoria e nos conselhos de Serviço Social.

Estamos, assim, diante de um duplo desafio: de um lado, avançar a articulação entre as ações desenvolvidas e a reflexão teórica crítica, que seja capaz de se antecipar aos desafios e colaborar nas definições mais substantivas do conteúdo das políticas sociais e dos direitos que devem garantir. E, de outro lado, participar ativamente do movimento de defesa do caráter universalizante da Seguridade Social brasileira e da primazia do Estado na sua condução, reafirmando a consolidação do SUS, do SUAS, da Previdência Social, da Educação Pública, combatendo o reducionismo do modelo de política social voltada aos mais pobres entre os pobres, a despolitização da política, a refilantropização da questão social, trazendo de volta ao debate o ideário e o imaginário da subjetividade pública e da universalização dos direitos (RAICHELIS, 2009, pág.13).

Essas mudanças na organização das políticas públicas exigem dos profissionais o desempenho de novas atribuições e competências. Os assistentes sociais passam a ser requisitados para atuar na formulação e avaliação das políticas e, também, na avaliação, gestão e implementação de programas e projetos sociais, por isso, precisam ter cada vez mais uma intervenção criativa e crítica frente às expressões da questão social.

O atendimento adequado a essas demandas exige novas qualificações e capacitação teórica e técnica para a leitura crítica do tecido social, elaboração de diagnósticos integrados das realidades municipais e locais, formulação de indicadores sociais, apropriação crítica do orçamento público, capacidade de negociação, de interlocução pública, etc., o que interpela as instâncias formadoras e demanda a adoção abrangente de mecanismos de educação continuada para técnicos e gestores públicos (RAICHELIS, 2009, pág. 14).

Essa conjuntura faz com que o trabalho interdisciplinar e intersetorial se torne fundamental e estratégico porque, dessa forma, cada profissional consegue expor os ângulos de sua análise e suas propostas de ações, buscando colaborar a partir dos conhecimentos e saberes específicos.

A categoria dos assistentes sociais vem construindo uma história de lutas e resistência e precisa continuar consolidando seu projeto ético-político do Serviço Social no cotidiano de trabalho, fazendo com que cada vez mais a política se configure como espaço de criação e generalização de direitos.

Depois de feita essa análise sobre a profissão do Serviço Social e suas configurações, nos dias atuais, vamos fazer um breve resgate histórico da inserção dessa profissão na área da saúde mental e analisaremos como está se configurando esse campo de trabalho profissional após a reforma psiquiátrica.

## CAPÍTULO 2: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL.

Nesse capítulo iremos fazer um breve resgate histórico de como se deu a inserção do Serviço Social na saúde mental. Será abordado o processo de institucionalização da loucura e como ocorreu o processo da Reforma Psiquiátrica e como está a política de saúde mental na atualidade. Daremos ênfase na atuação do profissional de Serviço Social nessa área, abordando sua inserção nas instituições e suas contribuições para o processo de trabalho. Destacaremos suas atribuições privativas e possibilidades de legitimação frente à conjuntura atual.

### 2.1. Resgate histórico da atuação do Serviço Social na saúde mental.

No início do século XVIII, no Brasil, a loucura era tratada pela medicina e a principal forma de tratamento era a retirada do convívio social, por meio das internações (SILVA, 2012).

O processo de institucionalização da loucura, no Brasil, se deu através da via da marginalização e da exclusão. Até o início do século XIX, a assistência médica, que era ofertada aos doentes mentais, dava-se, essencialmente, por meio das Santas Casas de Misericórdia.

A institucionalização trouxe consequências para as doenças mentais como fragmentação do convívio familiar, perda da identidade, liberdade, negação da subjetividade e dos direitos e incapacidade de exercer a cidadania.

No Brasil, o Serviço Social surgiu atuando na assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, intervindo nas refrações da questão social, trabalhando na área da assistência, previdência, dentro das fábricas. Posteriormente, o Serviço Social começou a atuar na área da saúde e a Psiquiatria passou a ser um campo de trabalho, a partir de 1946 (BISNETO, 2007).

Com a ditadura militar ocorreram reformas no sistema de saúde e previdência social e o quadro hospitalar brasileiro passou por várias mudanças. O número de hospícios teve um grande aumento, nesse período, com a privatização do atendimento médico. Houve a abertura de várias clínicas psiquiátricas conveniadas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS (Instituto Nacional de



Previdência Social). Com isso, a saúde mental passou a ser sinônimo de lucro e passou a empregar os assistentes sociais.

A atuação desses profissionais tinha um viés higienista e práticas conservadoras e pontuais visto que o objetivo das internações era atender a segurança da ordem e da moral pública.

De acordo com Vasconcelos (2010), a década de 1940 representou o marco da entrada do Serviço Social na área da saúde mental, no Brasil. O Serviço Social brasileiro foi influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo movimento higienista e, no primeiro curso de Serviço Social eram oferecidas várias disciplinas ligadas a esses temas.

Nos hospitais psiquiátricos, o assistente social ficava nas seções de assistência, atuando de forma subordinada aos médicos realizando ações de levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes, fazendo contato com os familiares e elaborando atestados sociais. Vasconcelos (2010) destaca que era um fazer subalterno, burocrático, assistencialista e acrítico dos profissionais.

Martinelli (2009) destaca que esse agir subalterno se constituiu como uma marca da profissão desde o princípio, e os assistentes sociais foram tendo práticas imediatistas, espontâneas, alienadas e alienantes, reproduzindo os interesses da classe dominante que tinha como principal objetivo o maior ajustamento político e ideológico da classe trabalhadora aos interesses da burguesia.

A partir de 1973, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) enfatizava a presença de equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental e, por isso, as instituições começaram a contratar assistentes sociais para compor as equipes. Portanto, a partir de 1970 o número de assistentes sociais trabalhando na saúde mental já era considerado expressivo.

A absorção dos assistentes sociais no sistema de saúde mental seguiu a mesma lógica que modificou o quadro de atuação do Serviço Social, como um todo no Brasil, depois de 1964<sup>7</sup>. Nessa época, ocorreu a modernização conservadora dos aparatos do Estado, com oferta de serviços médicos e assistenciais aos

---

<sup>7</sup> Golpe de Estado no Brasil, em 1964, designa o conjunto de eventos ocorridos a partir de 31 de março do mesmo ano, que culminaram, no dia 1 de abril de 1964, com um golpe militar que encerrou o governo do presidente democraticamente eleito João Goulart, também conhecido como Jango.

trabalhadores, a centralização do controle desses serviços através da unificação dos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, visando desmobilizar algumas categorias e legitimar a ditadura, instalando o capitalismo monopolista dependente e os métodos gerencialistas nos serviços públicos principalmente na área da saúde (BISNETO, 2007).

Para o governo da ditadura militar o problema dos hospícios não era a loucura, porque esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo regime 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 assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da saúde mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados”. Esse aspecto das políticas sociais em saúde mental é reconhecido pelos próprios autores de psiquiatria (BISNETO, 2007, pág.25).

Nessa época, já existiam psiquiatras com uma visão mais social sobre as políticas públicas, trabalhando nas instituições e eles reforçaram a concepção de atendimento mais humano através das equipes multiprofissionais.

O movimento da Reforma Psiquiátrica chegou ao Brasil em meados dos anos de 1970, momento em que Franco Basaglia visitou o Brasil. Nessa visita, foram feitas denúncias e mobilizações que culminaram na luta por uma nova política de saúde mental. Essa luta foi fortalecida pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que foi criado em 1979. Esse movimento propunha uma nova forma de tratamento aos “doentes mentais” e a existência de uma sociedade sem manicômios.

O Movimento da Reforma Sanitária possibilitou ao Movimento de Reforma Psiquiátrica a criação de dispositivos legais que buscavam uma quebra de paradigmas com o modelo psiquiátrico. Como exemplo temos a Lei 10216, de 06 de abril de 2001, conhecida como a lei Paulo Delgado. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, prioriza a humanização no tratamento psiquiátrico, defendendo que a internação seja o último

recurso de tratamento e que se respeite a cidadania do portador de transtorno mental.

Em 1989 o projeto de lei do Paulo Delgado que dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos foi um marco histórico para a luta antimanicomial.

A Lei 10216 de 2001 regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no tratamento aos pacientes portadores de transtorno mental, com destaque para o processo de desospitalização e a criação de serviços ambulatoriais, como os centros de atenção psicossocial, hospital-dia e serviços de residência terapêutica. O principal objetivo da lei é humanizar o tratamento de forma que a internação seja o último recurso respeitando a cidadania do usuário.

Com isso ocorreu o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e dentro dessa lógica surgiram os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – regulamentados pela portaria GM 224/92, como sendo locais de referência e tratamento para os portadores de transtornos mentais, oferecendo acompanhamento multidisciplinar, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e reinserção na comunidade.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS constituem um serviço estratégico na política de saúde mental consolidando as propostas da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, nessas instituições o processo de trabalho em saúde mental é orientado na busca de ruptura do tradicional modelo biomédico de medicalização e focalização dos sintomas. Diferentemente dos manicômios, caracterizados por internação e isolamento, os CAPS são dispositivos reservados a acolher os usuários com sofrimentos mentais, promovendo sua integração social e familiar, incentivando quando necessário a busca da autonomia e oferecendo atendimento multiprofissional. Esses espaços contam com uma equipe composta em geral pelos seguintes profissionais: assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e técnico administrativo (SILVA, GOMES, 2016, pág.85).

Dentro desse contexto, ocorreu a inserção do Serviço Social na saúde mental para garantir os direitos desses usuários. O Serviço Social ganhou espaço dentro do campo da saúde mental como uma profissão que deve afirmar e ampliar a cidadania. No entanto, faz-se necessário entender esse processo da Reforma Psiquiátrica dentro do sistema político econômico vigente na sociedade, para

analisarmos como se deu a inserção do assistente social na saúde mental e como esse profissional pode, de fato, contribuir com a inserção social dos portadores de transtorno mental, com práticas emancipatórias que sejam capazes de fortalecer a cidadania dos usuários.

Para Rosa (2008), o Serviço Social tem como desafio atuar com as expressões da questão social que permeiam a vida das pessoas com transtorno mental e seus familiares, atuando nas diversas formas de violação de direitos. A questão social se expressa na saúde mental a partir da exclusão dessas pessoas do sistema produtivo e do convívio social, pelo estigma social onde esse indivíduo é considerado improdutivo, perigoso e incapaz. Na modernidade, os portadores de transtorno mental são considerados improdutivos e incapazes para o mundo do trabalho, na sociedade capitalista.

Com as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, os profissionais que atuavam tiveram que mudar suas posturas, passando a basear o processo de trabalho na lógica territorial, na ação grupal e no trabalho em equipe, atuando de forma multidisciplinar e interdisciplinar para que o indivíduo pudesse ser visto em todas as dimensões e não apenas na ótica médica, da enfermidade e dos sintomas (VASCONCELOS, 2010).

Com a ampliação do conceito de saúde, que passa a ser considerado com base nos determinantes sociais do processo de adoecimento da população, o campo da saúde mental passa a exigir abordagens mais comprometidas teórica e politicamente, atribuindo ao portador de transtorno mental a condição de sujeito digno de receber uma atenção baseada em direitos sociais.

Seguindo o discurso da desinstitucionalização, as instituições psiquiátricas começaram a ser analisadas coletivamente e isso vai ao encontro das defesas realizadas pelo Serviço Social.

Fazendo-se uma análise, percebemos que há diferentes concepções de saúde mental nos estabelecimentos de saúde mental, dependendo do viés teórico e dos atores sociais que estão nessas instituições. Porém, existe um conjunto de instituições que são inspiradas no movimento da Reforma Psiquiátrica: são os chamados serviços alternativos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Mas, a maioria das instituições ainda mescla serviços tradicionais com serviços

renovados. O movimento da Reforma fez com concepções que valorizassem a dimensão social e política dos problemas mentais fosse respeitada, propiciando a possibilidade de uma direção emancipatória para o campo da saúde mental e do Serviço Social.

A diferença que queremos estabelecer é entre uma psiquiatria tipo problema-solução, com ênfase na causalidade linear da loucura (psiquiatria tradicional), e uma psiquiatria que vive dialeticamente as contradições da realidade, que recusa as soluções puramente técnicas do problema mental, e que tem de ser política, principalmente as correntes psiquiátricas que põem em xeque as próprias instituições manicomiais, a desapropriação e a violência perpetrada por elas. Essas linhas psiquiátricas podem ser chamadas de Psiquiatria Renovada, de psiquiatria reformada, de nova psiquiatria ou de psiquiatria da desinstitucionalização (BISNETO, 2007, pág. 32).

O movimento da Reforma Psiquiátrica perdura até hoje, contextualizado de forma diferente, mas expressiva no panorama da saúde mental brasileira.

Em outras palavras, sob esse ponto de vista, o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em Saúde Mental, devido à formação social e política dos assistentes sociais. Porém, deparamo-nos com duas grandes restrições: a) os assistentes sociais não são capacitados pela formação universitária para entender a loucura na sua expressão de totalidade histórica, social e política; b) a psiquiatria reformada quer abrir o campo para o “social”, mas o movimento de renovação é heterogêneo dentro da categoria e nem todos os psiquiatras visam rever os mandatos sociais e sua hegemonia no espaço profissional (BISNETO, 2007, pág. 37).

A partir do movimento da Reforma Sanitária nos anos 1980 a saúde passa a ser vista como um direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado envolvendo princípios como equidade no atendimento, integralidade da atenção e a participação social dos usuários (SILVA, 2012).

A partir dos anos 1990, a Reforma Psiquiátrica passa a sofrer com o advento do neoliberalismo que passa a incentivar a busca cada vez maior pela medicalização, através de incentivos para a indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios para tratar a massa da população. Na área da assistência social temos o retorno de práticas assistencialistas com uma forte tendência de refilantropização do Serviço Social e, nesse contexto, o Estado passa a investir menos recursos na área da saúde (BISNETO, 2009).

O Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica. A profissão, no entanto, mesmo com o advento das propostas neoliberais, insere-se no processo das relações sociais tendo em vista a construção de uma prática emancipadora, em que o assistente social desenvolva uma crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. Nesse contexto, o profissional não deve buscar apenas técnicas para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo (PEREIRA, GUIMARÃES, 2013, pág. 6).

O Ministério da Saúde cria os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – como estratégia de alavancar o processo de desinstitucionalização e coloca como objetivos destes: oferta de atendimento para sua área de abrangência realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários garantindo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, políticos e sociais e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Segundo a Portaria GM 224/1992 os CAPS foram definidos como:

Unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita, definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992, pág. 2).

Os CAPS são locais de tratamento e referência para os usuários que sofrem de transtornos mentais cuja severidade e gravidade justifiquem sua permanência em um serviço que possibilite acompanhamento multidisciplinar. Esses equipamentos devem estar articulados com toda a rede de proteção sócio-assistencial do município para que possa oferecer ao indivíduo todas as possibilidades de reinserção social.

O Serviço Social ganha espaço dentro da saúde mental, como uma profissão que amplia e afirma a cidadania, a partir do momento que surgem novas propostas de tratamento para os doentes mentais e isso atinge todos os profissionais que estão inseridos intervindo na área da saúde mental. O profissional, hoje, possui o arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo para desenvolver ações pautadas na cidadania dos usuários.

A definição e ampliação dos direitos para os portadores de transtornos mentais, assim como, a possibilidade de acionamento de dispositivos legais (Lei

Paulo Delgado) implicam em um processo de articulação de novos paradigmas que sustentam novas frentes de trabalho para o Serviço Social.

Nesses termos, o assistente social que atua na área da saúde mental deve seguir os princípios do Código de ética buscando a cidadania da pessoa com transtorno mental e de sua família, lutando contra o estigma social e os preconceitos em que a pessoa com transtorno mental se encontra, colocando-se em suma, na perspectiva dos interesses e das necessidades desses sujeitos sociais (PEREIRA, GUIMARÃES, 2013, pág. 7).

A prática do assistente social deve ser compreendida como determinada pelas condições históricas e conjunturais da sociedade, ou seja, pela realidade objetiva do espaço sócio-ocupacional onde atua, assim como pelas demandas que chegam e pela forma como são respondidas. Dentro desse contexto, os assistentes sociais precisam estar cientes das dificuldades em se promover a cidadania e fazer reabilitação psicossocial, dentro dos limites da ordem burguesa e também dentro dos limites que as instituições empregadoras apresentam. Como destaca Bisneto (2009), se o campo de atuação é limitado, o campo de análise deve ser amplo de forma a abranger a dinâmica da sociedade em sua totalidade histórica e social.

No próximo capítulo serão abordados os desafios para o campo da saúde mental na atualidade frente às novas legislações aprovadas pelo Governo e os rebatimentos para os profissionais de Serviço Social no cotidiano de trabalho nos CAPS.

## 2.2. Os desafios do campo da saúde mental na atualidade.

No final de 2018 foi aprovada pelo governo federal uma norma técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS que traz esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

A Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, alterou as portarias de consolidação número 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Raps (Rede de Atenção Psicossocial), delineando novas diretrizes de ações propostas para o fortalecimento da Raps pela União, Estados e Municípios.



A nova legislação definiu uma nova configuração da Raps, instituindo novos pontos de atenção.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades.
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2018, pág.3).

Essa ampliação da Raps (Rede de Atenção Psicossocial) é um ponto que gerou bastante discussão entre os estudiosos e trabalhadores da área da saúde mental, porque abre espaço para a volta dos hospitais psiquiátricos, a implantação dos ambulatórios especializados e, também, o incentivo às comunidades terapêuticas. Esses serviços são considerados ineficientes porque não promovem uma atenção especializada baseada no atendimento psicossocial, como nos Caps.

Além disso, o atendimento Ambulatorial também passa a ser incentivado. Vale lembrar que esta modalidade é fundamental para o adequado atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes, que não se encaixam na atenção básica e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS (BRASIL, 2018, pág.4).

Não concordamos com esse ponto da nova legislação, porque no cotidiano de trabalho dos CAPS percebemos que a atenção primária consegue atender os casos considerados leves, encaminhando para os CAPS somente os casos graves, que



necessitam de uma atenção especializada. Com o suporte do matriciamento<sup>8</sup> as Unidades básicas de Saúde conseguem o suporte necessário para o tratamento desses usuários.

Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. A partir de dezembro de 2017, é exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em Enfermarias Especializadas de Hospitais Gerais, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes (BRASIL, 2018, pág.4).

Percebemos que não faltam leitos de psiquiatria, e sim o que os trabalhadores da área da saúde mental identificam é que o número de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), na maioria dos municípios, é insuficiente para atender toda a demanda e que, em muitos, a cobertura da atenção primária de saúde não atinge toda a população.

Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das *cracolândias*, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica (BRASIL, 2018, pág.5).

Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às

---

<sup>8</sup> De acordo com Tolo e Fortes (2005/2007) a proposta de Matriciamento em saúde mental aplicada à ESF (estratégia de saúde da família) implica na interação entre equipes especializadas (CAPS) e equipes de saúde da família, e é a estratégia oficial eleita pelo Ministério da Saúde para guiar as ações de saúde mental na Atenção Primária.

necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS (BRASIL, 2018, pág.5).

Esse é um dos pontos mais criticados, com relação a essa norma técnica, porque os conselhos de saúde, os conselhos de classe, os estudiosos da área não foram consultados, mostrando que esse governo atual tem uma postura autoritária.

Destacaremos alguns trechos dessa Norma Técnica que trazem pontos que merecem ser comentados.

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2018, pág.6).

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.206/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e complexidade de seu quadro clínico, sem desprezar nenhuma forma de tratamento. Diante disso, a RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares (Brasil, 2018, pág.7).

Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede potente, poliárquica, com serviços de

diferentes níveis de complexidade integrados e articulados (BRASIL, 2018, pág. 7).

É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível (BRASIL, 2018, pág. 8).

Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS, do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em Saúde Mental. O SUS lança diretrizes buscando oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário (BRASIL, 2018, pág.8).

A Norma Técnica 11/2019 traz como principal alteração na política de saúde mental o estabelecimento de novas diretrizes da política nacional sobre drogas, alterando as orientações para o tratamento e reinserção social de pacientes que apresentam dependência química e que estão em acompanhamento na Raps.

Pesquisadores da área da saúde mental (Ana Paula Guljor, Eduardo Mourão, Maria Cristina Ventura, Martinho Braga Batista, Pedro Gabriel Godinho, Rita Cavalcante, Rossano Cabral, Marcos Duarte e Raquel Gouveia) fizeram uma crítica a essa Norma Técnica, destacando que essa legislação representa o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial que foram conquistadas com a Reforma Psiquiátrica e define claros retrocessos nessa política.

Entre as principais críticas, destacamos: a defesa da internação como forma de tratamento; quando consideram que não existe serviço substitutivo; que essa norma não teve aprovação dos conselhos de saúde, sendo aprovada de forma autoritária; o desfinanciamento da saúde mental e falta de dados oficiais sobre essa política; a inclusão do hospital psiquiátrico na Raps; volta da eletroconvulsoterapia; a instalação de unidades psiquiátricas especializadas de até 30 leitos em hospitais gerais; a dissociação da saúde mental da área de álcool e outras drogas; poucas

referências a saúde mental de crianças e adolescentes e defesa da internação para essa faixa etária; a inclusão na Raps das Unidades Ambulatoriais Especializadas favorecendo a reprodução de práticas especializadas e fragmentadas e uso excessivo de psicofármacos.

Pelas inúmeras razões acima descritas, e por sabermos que a Reforma Psiquiátrica é hoje uma política de Estado, patrimônio do povo brasileiro, que não pode ser desfigurada por interesses econômicos, pressões corporativas ou por interesses de gestões governamentais específicas, desconsiderando todo o processo anterior de construção democrática desta política, é que nos manifestamos frontalmente contrários às diretrizes indicadas nesta Nota Técnica 11/2019, bem como às portarias e resoluções já emanadas no sentido de implementá-las. E assim, convocamos usuários, familiares, trabalhadores, acadêmicos e pesquisadores, gestores e toda a população atendida pelo SUS, a discuti-la e avaliá-la criticamente, e para lutar pela continuidade do processo de reforma psiquiátrica, como principal fundamento da política de saúde mental, consolidando assim o modelo comunitário e territorial de atenção psicossocial. Temos plena consciência de isso será parte de um esforço mais amplo na sociedade brasileira, de restituição da democracia plena, das políticas sociais e dos direitos civis, sociais e políticos, em uma conjuntura de tempos sombrios e retrocessos, mas que é parte integral na luta pelos interesses históricos da maioria dos brasileiros (GULJOR, VASCONCELOS, COUTO, SILVA, DELGADO, CAVALCANTE, LIMA, RIO DE JANEIRO, 2019, pág. 5).

O teor desse documento aponta para um grande retrocesso nas conquistas estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica, com a Lei 10216, que foi um marco na luta antimanicomial ao estabelecer a importância do respeito à dignidade humana das pessoas portadoras de transtorno mental no Brasil. A nota apresenta questões que descontrolam a política de saúde mental como a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Raps (Rede de Atenção Psicossocial), incentivando o retorno à lógica manicomial. O Ministério da Saúde também passa a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia.

A representante do CRP (Conselho Federal de Psicologia) no Conselho Nacional de Saúde, Maria Helena Alves, explica que essas medidas rompem com a política de desinstitucionalização e incentiva a hospitalização e o tratamento desumanizado. Ela destaca a gravidade da desconstrução da Raps (Rede de Atenção Psicossocial) com a inclusão dos hospitais psiquiátricos entre os dispositivos para tratamento. Este modelo coloca o hospital como centro do cuidado

em saúde mental privando o sujeito de sua liberdade, dentro de um sistema que não favorece a recuperação, mas simplesmente o isolamento (CRP, 2019).

O Conselho Nacional de Direitos Humanos – CNDH – também se posicionou através de seu presidente Leonardo Pinho contra essa norma técnica dizendo que “é um retrocesso de 30 anos na saúde mental”. Para ele os principais pontos que devem ser questionados são: financiamento para compra de aparelhos de eletrochoque, incentivo às comunidades terapêuticas, aumento de leitos psiquiátricos e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes.

Ainda, segundo Leonardo Pinho apesar de ter gerado surpresa e muitas discussões, a nota não trouxe novidade alguma porque, desde 2017, vem sendo implementadas portarias e decretos que representam um grande retrocesso na saúde mental. O grande receio dele é que a internação passe a ser o centro da saúde mental, ocorrendo uma verdadeira indústria de leitos.

Também foi publicada a Portaria 544, de 7 de maio de 2018, que define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas do tipo IV (CAPS AD IV), cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). Essa portaria coloca um aumento no quantitativo de leitos que passa a ser de no mínimo 10 e máximo 20 leitos. Temos assistido, também, os anúncios do Governo Federal apoiando as comunidades terapêuticas, com distribuição de verbas cada vez maiores.

De acordo com Guimarães e Rosa (2019), a remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental faz parte de um projeto de governo de desmonte do SUS e de sua universalização, que segue os ditames do neoliberalismo de austeridade, privatização e desregulamentação. Existem inúmeras dificuldades em fazer valer a lógica do cuidado territorial, da reinserção social, com uma insuficiência numérica e estrutural da Raps (Rede de Atenção Psicossocial). A lógica privatizante ganha força e os recursos passam a ser transferidos para serviços vinculados à lógica de mercado e à instituições não governamentais.

Esse “novo” desenho ameaça garantias de proteção e de dignidade asseguradas pela legislação brasileira às pessoas com transtorno mental, pois incentiva a manutenção de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, cujo modelo de funcionamento está baseado em propostas higienistas que restringem a vontade e os direitos dos usuários, excluindo-os do convívio com a família,

violando frontalmente um conjunto de princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, pela Portaria 3.088/2011, pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (2009) e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015). Percebe-se um verdadeiro sucateamento de uma política pública de direitos, pautada em uma rede ampla de serviços abertos, comunitários, territorializados, de valorização da subjetividade e diversidade e, acima de tudo, de reconhecimento da cidadania de um segmento até então silenciado, o que convoca a sociedade civil para reforçar a luta por ampliação e garantia do cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos (GUIMARÃES, ROSA, 2019, pág.132).

No cotidiano de trabalho da saúde mental o que observamos é que o adoecimento mental é cada vez maior e a Atenção primária nem sempre consegue atender a essas demandas e, com isso, a demanda dos CAPS é cada vez maior. E os municípios não conseguem ampliar o número de estabelecimentos, nem o número das equipes, por conta da crise financeira dos Estados. O Ministério Público está acionando muito os serviços, muitas das vezes, solicitando internação ou inserção em Residências Terapêuticas, estabelecendo prazos curtos para a equipe responder.

Com relação à atuação dos assistentes sociais na saúde mental, percebemos, ao ler as bibliografias disponíveis sobre esse tema, que a inserção do Serviço Social na saúde mental coletiva levanta questionamentos acerca do objeto, da especificidade e da legitimidade profissional e os autores dizem que existe uma “crise/dilema” da profissão nesse campo de atuação.

A “crise”, analisada por nós, nesse trabalho de revisão aponta dificuldades articuladas às dimensões teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativo da profissão. A dimensão teórico-metodológica da profissão proporciona uma compreensão da realidade social que capacita a intervenção profissional a partir dos pressupostos ético-políticos pautados no compromisso com a justiça social. O enfoque técnico-operativo do Serviço Social se caracteriza por instrumentos e técnicas utilizados na efetivação da intervenção na realidade. Todas estas dimensões da profissão estão interligadas no processo de trabalho, não devendo, portanto ser dissociadas (MACHADO, 2007, pág. 65).

Os autores também apontam que há a persistência de traços conservadores herdados do passado, o que se reflete nas práticas profissionais onde os assistentes sociais acabam tendo posturas tarefairas e voluntaristas. Dentro dessa lógica, as demandas prioritárias e a intervenção acabam tendo um caráter mais afetivo e

terapêutico. Mesmo quando opera de maneira crítica, a atuação do assistente social fica desarticulada dos procedimentos institucionais de triagem, de alta e de abordagem familiar, o que conduz à negação de grande parte das demandas colocadas para o Serviço Social.

Outro ponto é a presença de fortes traços pós-modernos que alimentam essa crise de identidade do Serviço Social, porque preconizam o abandono de qualquer saber, compreendendo a escuta e o afeto como as bases da clínica alternativa para a construção de um projeto do acolhimento e da solidariedade incorporando os saberes não teóricos (MACHADO, 2007).

O campo da saúde mental apresenta-se como uma diversidade de abordagens e técnicas de cuidado e de visões de mundo/homem, pois é produto da construção da interação de diversas concepções profissionais que o compõem. Essas mudanças no modo de operar das equipes no campo da saúde mental, desencadeadas pela Reforma Psiquiátrica, têm gerado no âmbito do debate da categoria profissional um “desconforto” relacionado a um possível retorno ao conservadorismo<sup>17</sup>, tendo em vista que as abordagens teriam um cunho psicossocial. Entretanto, a Reforma Psiquiátrica consiste em um projeto ético-político que propõe avanços na atenção em saúde mental e está integrada às diretrizes centrais ao SUS, o qual, por sua vez, tem pontos em comum com o Projeto Ético-político da profissão (MACHADO, 2007, pág. 67).

Para que possamos analisar o Serviço Social na saúde mental temos que levar em conta as transformações ocorridas na saúde coletiva e na área da saúde mental e os processos sociais mais amplos como reestruturação produtiva e ajuste neoliberal que criaram movimentos contraditórios na sociedade que impactam nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais.

O que observamos, na inserção dos assistentes sociais na saúde mental, principalmente quando atuam nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), é que esses profissionais se inserem no processo de trabalho institucional e desenvolvem várias atividades. Dentre essas atividades, a maioria delas é comum a todos os profissionais como: acolhimento, visitas domiciliares, acompanhamento às residências terapêuticas, visitas institucionais, visitas a hospitais, reuniões intersetoriais, matriciamento. Segundo a portaria que regulamenta os CAPS, essas funções são comuns aos técnicos de saúde mental.

O que vivenciamos é que o Serviço Social precisa construir seu trabalho dentro das instituições e delimitar as funções privativas do assistente social, como



orientação de benefícios, concessão de vale transporte, orientações previdenciárias, encaminhamentos sobre atendimentos de violação de direitos, segunda via de documentos, etc.

De acordo com a Lei de Regulamentação da profissão de Serviço Social (Lei 8662 de 7 de junho de 1993) são várias as atribuições privativas do assistente social.

- 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 a 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 (BRASIL, 1993).

No próximo item iremos tratar mais especificamente do fazer profissional dos assistentes sociais nos CAPS, onde será feita a análise dos dados da pesquisa realizada no CAPS II, em Juiz de Fora, sob a ótica do referencial teórico apresentado até o momento.

## CAPÍTULO 3: O COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CAPS II – JUIZ DE FORA.

Neste capítulo, apresentaremos nossa pesquisa de campo que investigou o trabalho dos assistentes sociais nas equipes interdisciplinares do CAPS II em Juiz de Fora, tendo como foco as percepções dos profissionais acerca do cotidiano de trabalho no CAPS. Nossa análise busca estudar a importância da atuação do assistente social nas equipes e os reais conflitos existentes.

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, que buscou abordar de forma mais abrangente possível a realidade investigada, orientada na definição do objeto de pesquisa e balizada nos pressupostos anteriormente apresentados. O principal instrumento utilizado para coleta de dados foi o grupo focal que foi gravado com o consentimento das entrevistadas. Todas participaram livremente, por meio de termo de consentimento, que lhes assegurava a não identificação. A partir dos relatos das entrevistadas foram elaborados “eixos” temáticos analíticos para o estudo.

### 3.1. Os procedimentos metodológicos da pesquisa.

Para viabilizar o estudo proposto, escolhemos a perspectiva crítica, compreendendo ser de extrema relevância o olhar para o objeto pesquisado em sua totalidade.

Inicialmente, realizamos um resgate teórico da literatura existente sobre o objeto de estudo para assim fundamentar as análises e também relacionar com as pesquisas, dados oficiais e legislações, para fundamentação e construção de um referencial bibliográfico que aborde questões centrais acerca da intervenção profissional do assistente social, em especial na área da saúde mental, tendo como foco a análise do trabalho profissional do assistente social, nessa área de atuação.

A segunda etapa foi realizada por meio de uma pesquisa de campo. Foi usada a estratégia metodológica qualitativa do Grupo Focal para buscar respostas a partir das falas e sentimentos dos participantes. O grupo focal é uma técnica de coleta de dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla

problematização sobre o tema ou foco específico. Trata-se de uma entrevista em grupo, onde a interação dos participantes permite que seus pontos de vista sejam explorados, a partir das reflexões sobre um determinado tema. Essa técnica permite explorar a dimensão de entendimento que técnicas convencionais de coleta de dados não permitem. Desenvolve-se a partir da perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e os participantes abordam o tema trabalhando em equipe.

Para tanto, alguns aspectos operacionais precisam ser observados, como a escolha de seus participantes, do moderador (também chamado facilitador), do local do encontro, da elaboração do guia de temas, quesitos fundamentais para o bom andamento da reunião.

Essa etapa foi desenvolvida no CAPS II, onde atualmente fazem parte da equipe quatro assistentes sociais e uma residente de Serviço Social, sendo que a pesquisadora é assistente social nessa instituição.

Além do grupo focal, utilizamos a observação participante como complemento das informações. Realizamos o preenchimento do diário de campo como instrumento para coleta de dados e para fortalecer os caminhos da interpretação e análise dos dados, com o objetivo de se aproximar de forma mais fidedigna do cotidiano de trabalho dos entrevistados.

Esse diário de campo ficará somente em posse da pesquisadora para que seja garantido o sigilo aos entrevistados. O sigilo das informações será resguardado de acordo com o código de ética do serviço social (CFESS, 2012) e em conformidade com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que a utilização das informações coletadas será somente para os fins acadêmicos e científicos.

O projeto de estudo foi submetido ao Comitê de Ética da UFJF onde o mesmo foi aprovado no dia 16 de julho de 2019. O número do parecer é: 3.456.574. Após a avaliação, considerou-se que a apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III. Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos

pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

### 3.2. O cenário da pesquisa.

O CAPS II foi a instituição onde esse projeto se desenvolveu e situa-se em Juiz de Fora. Pela portaria 336/2002 é classificado como CAPS II<sup>9</sup>. O horário de funcionamento é de 8:00 às 18:00 horas e atende as populações dos bairros: Nossa Senhora Aparecida, São Benedito, São Sebastião, Alto Grajaú, Grajaú, Três Moinhos, Filgueiras, Granjas Betânia, Grama, Nossa Senhora das Graças, Parque Guarani, Bandeirantes, Linhares, Bom Jardim, Peões, Bom Jardim II, Fazenda Yung, São Bernardo, Sabta Cândida, Vila Alpina, Bom Sucesso, ABC, Bonfim, Margem da Leopoldina, Marumbi, Progresso, Borborema, Santa Paula, São Tarcísio, Santa Rita áreas que são referenciadas por unidades básicas de saúde e Manoel Honório, Vitorino Braga, Ladeira, Botanagua/Cesário Alvim, Santos Anjos, Bairu, Bosque dos Pinheiros e Centro (Alto dos Passos, Boa Vista, Bom Pastor, Costa Carvalho, Dom Bosco, Fábrica, Grambery, Jardim Glória, Jardim Paineiras, Santa Helena, Morro da Glória, Mundo Novo, Poço Rico, Santa Catarina, Santa Cecília, São Mateus, Vale do Ipê e Vila Ozanan) que não possuem unidades básicas de saúde como referência, sendo áreas descobertas.

Realiza prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes, em sua área territorial. Funciona em área física e independente de qualquer estrutura hospitalar, com equipes interdisciplinares próprias. Oferece, dentre outros recursos terapêuticos: acolhimento, atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares. Os casos são encaminhados após discussão dos mesmos nas reuniões de matriciamento, junto com as unidades básicas de saúde ou através de contato dos hospitais gerais que possuem leito da psiquiatria.

---

<sup>9</sup> CAPS II - serviço de atenção psicossocial que funciona de 8:00 às 18:00 horas durante os 5 dias úteis da semana.

De acordo com Machado (2007), as diretrizes que orientam os serviços de saúde mental inspirados na Reforma Psiquiátrica são:

a) Acolhimento: caminha no sentido da universalidade, pois é a capacidade de desenvolver ações que acolham todos os usuários que procuram os serviços sem distinções que levem à exclusão e à segregação, bem como organizam os serviços de forma que haja disponibilidade para o atendimento e escuta imediata. No espaço institucional, o acolhimento se constitui como porta de entrada das demandas e necessidades dos usuários. A partir dele é feita a triagem pela equipe ou na forma de rodízio de duplas de profissionais. Nela é realizada uma entrevista a fim de coletar alguns dados para o desenvolvimento do plano terapêutico. Também são feitos encaminhamentos ao trabalho, aos serviços da comunidade e o atendimento aos familiares, quando necessário.

b) Vínculo: entendido como humanização da relação com o usuário, na sua singularidade, reconhecendo em cada um a capacidade crítica e escolha da modalidade de atendimento que está adequada às suas necessidades, bem como a responsabilidade da unidade ou serviço na solução de problemas observados na sua área de abrangência, por meio de oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle pelo usuário.

c) Contrato de cuidados: mediante a elaboração e a informação aos usuários dos processos de atenção à saúde, individual ou coletiva, terapêutica ou de promoção. Ele deve considerar a história de vida, a cultura e as particularidades de cada cidadão, suas inter-relações na sociedade, reconhecendo que cada pessoa tem um saber sobre suas fragilidades e suas capacidades.

A orientação para o processo de trabalho da equipe é baseado em:

a) Interdisciplinaridade: a atuação da equipe considerando os diferentes campos de saber e a abordagem do sujeito como um todo, atento ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido.

b) Integralidade: a equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo.

c) Intersetorialidade: o desenvolvimento de ações deve ser integrado entre os serviços de saúde, outras políticas públicas e programas.

d) Plano terapêutico individual: a assistência deve resultar na elaboração de um plano, pela equipe, de uma rotina personalizada para cada usuário, de acordo com necessidades terapêuticas, visando a sua melhora na socialização, educação em saúde e cuidados pessoais (MACHADO, 2007).

Neste sentido, as novas configurações na saúde mental coletiva, a partir de uma concepção ampliada de saúde, geram impactos no trabalho das profissões, pois criam necessidade de intenso diálogo, planejamento em conjunto e as fronteiras entre as profissões aparecem, nesse modelo, menos “rígidas”, pois o trabalho torna-se cada vez mais coletivo, exigindo a constante interação e comunicação. Essa situação atual das profissões provoca movimentos de tensão no seu mandato social historicamente circunscrito.

Fazem parte da equipe de profissionais: uma coordenadora, quatro assistentes sociais, três psicólogos, três enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, um agente de atendimento ao público, um recepcionista e um auxiliar de serviços gerais, um porteiro e estagiários de psicologia e serviço social.

Isto posto, localizaremos o objeto de estudo – analisar o exercício profissional dos assistentes sociais inseridos no processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II de Juiz de Fora. A partir disso, buscaremos compreender a intervenção do Serviço Social na saúde mental, refletir sobre seu papel na equipe do CAPS, destacar suas atribuições privativas e suas demandas potenciais nesse espaço institucional.

### 3.3. A pesquisa de campo.

Antes da realização dessa etapa da pesquisa, a pesquisadora conversou com a coordenadora da referida instituição e com o Departamento de Saúde Mental da prefeitura de Juiz de Fora que, após analisarem o projeto de pesquisa e o parecer do comitê de ética, autorizaram a realização da mesma e forneceram o necessário para a realização do grupo focal.

Participaram do grupo focal quatro assistentes sociais, sendo três profissionais efetivas da instituição, e uma residente de Serviço Social do Programa de Residência em Saúde Mental da Universidade Federal de Juiz de Fora. Entre as

profissionais efetivas da Prefeitura de Juiz de Fora, duas ainda estão em período de estágio probatório, pois estão na instituição há aproximadamente dois anos. Todas as entrevistadas trabalham no CAPS II que é para atendimento de adultos, cadastrado no Ministério da Saúde. O grupo focal transcorreu no local de trabalho das entrevistadas e não houve interrupções durante sua realização.

Quadro perfil das entrevistadas:

| <b>AS</b> | <b>SEXO</b> | <b>UNIVERSIDADE<br/>EM QUE SE<br/>FORMOU</b> | <b>ESPECIALIZAÇÃO<br/>EM SAÚDE<br/>MENTAL</b> | <b>VÍNCULO<br/>EMPREGATÍCIO</b>         |
|-----------|-------------|--|---|---|
| 1         | FEMININO    | UFJF   | SIM   | FUNCIONÁRIA<br>PÚBLICA DA<br>PREFEITURA |
| 2         | FEMININO    | UFJF   | NÃO   | FUNCIONÁRIA<br>PÚBLICA DA<br>PREFEITURA |
| 3         | FEMININO    | UFJF   | NÃO   | FUNCIONÁRIA<br>PÚBLICA DA<br>PREFEITURA |
| 4         | FEMININO    | UFJF   | EM ANDAMENTO                                  | RESIDENTE<br>SAÚDE<br>MENTAL            |

Para a realização do grupo focal a pesquisadora utilizou como roteiro as questões que serão apresentadas:

- A inserção dos assistentes sociais nas equipes com o processo da reforma psiquiátrica,
- A percepção dos outros profissionais com relação à atuação do assistente social no CAPS II,
- O trabalho nas equipes multiprofissionais,
- A identificação das atribuições privativas do assistente social,
- As ações que podem legitimar o assistente social na saúde mental.

Além da realização do grupo focal a pesquisadora também utilizou a observação participante, já que ela também atua como assistente social da referida

instituição de saúde mental. Suas observações foram anotadas em um diário de campo e serão utilizadas para a análise dos dados.

Com relação à primeira questão discutida que é a inserção dos assistentes sociais na saúde mental, as entrevistadas destacaram que esta ocorreu porque com o processo de reforma psiquiátrica a legislação passou a incluir esse profissional como parte da equipe, por causa das especificidades da profissão. Passou a compor as equipes para poder trabalhar com as famílias, orientar com relação à concessão de benefícios, providenciar documentação, etc. A Reforma psiquiátrica produziu transformações que alteraram a demanda, tornando necessária a apreensão dessas mudanças no processo de formação e cotidiano de trabalho.

Uma das entrevistadas destacou que no município de Juiz de Fora ocorreu a inserção do assistente social na saúde mental em 2005, quando a gestão formou as primeiras equipes que posteriormente iriam trabalhar nos CAPS.

Essa inserção se deu porque a legislação exigia como equipe mínima a presença do assistente social. A equipe não sabia nada sobre saúde mental, depois passaram por uma capacitação custeada pela prefeitura e fizeram uma pós-graduação em saúde mental para que entendessem o papel de cada profissional na equipe, suas atribuições, o papel das oficinas terapêuticas. A própria gestão da época não sabia qual o papel de cada profissão dentro da saúde mental, eles foram construindo o processo junto. Na época aqui em Juiz de Fora existiam os programas, os ambulatórios de saúde mental e ainda os hospitais psiquiátricos (Entrevistada 1).

Também foi relatado que, nos hospitais psiquiátricos, o assistente social fazia parte das equipes, mas com a reforma psiquiátrica esse profissional passou a ter outras atribuições, de acordo com as novas portarias de regulamentação dos CAPS.

Todas as profissionais entrevistadas apontaram a falta de conhecimentos relativos à saúde mental no processo de formação, o que deixa claro que a política de saúde mental “não é vista como uma política pública de Estado e que isso está sendo negligenciado na formação profissional” (MACHADO, 2007, pág. 107).

Tradicionalmente, a saúde mental é vista como uma especialidade profissional isolada e não como parte integral no processo de promoção de saúde. Por este fato a saúde mental continua, em muitos sentidos, sendo considerada pelos profissionais como uma política à parte do campo geral da saúde. Atualmente, a implementação de estratégias de integralização no âmbito do SUS e a consolidação dos serviços substitutivos e atenção básica acarreta



vários dilemas, dada a necessidade de uma abordagem realmente integral (MACHADO, 2007, pág. 108).

Neste sentido, acreditamos que a profissão precisa se aproximar de estudos da história da política pública de saúde mental brasileira e da Reforma Psiquiátrica, para que possa adotar posturas condizentes com o Projeto Ético-político e se consiga garantir sua inserção e permanência nestes novos modelos de atenção (Residência Terapêutica, CAPS, Pensão Protegida etc). Este vazio” teórico sobre o debate da Reforma Psiquiátrica pode levar a “fissuras” e até rupturas no *habitus* profissional, enquanto matriz para o trabalho profissional em saúde mental (MACHADO, 2007, pág. 109).

Em relação ao exercício profissional do assistente social no CAPS II e as atribuições privativas muitas questões foram levantadas. Como a profissão tem uma formação generalista e a legislação da saúde mental coloca que os profissionais de nível superior são técnicos de saúde mental, o assistente social acaba perdendo sua especificidade profissional dentro do processo de trabalho do CAPS. Acaba desempenhando muitas atividades que outros profissionais também fazem e poucas atribuições privativas são desempenhadas, como concessão de vale transporte, orientação relativa a benefícios previdenciários.

O profissional precisa mostrar o seu papel para a equipe. A maioria dos outros profissionais tem uma visão equivocada do fazer do assistente social (Entrevistada 3).

O profissional precisa mostrar para a equipe suas funções específicas, no que pode contribuir com o trabalho para que os outros profissionais possam acionar o profissional a atuar. O assistente social, quando faz o acolhimento, imprime um olhar diferenciado, se atentando para as relações familiares, para a avaliação socioeconômica. Com relação às oficinas, o profissional contribui muito com as oficinas de cidadania e cultura, quando mostra o seu papel na equipe, trabalhando com os usuários temas como garantia de direitos, empoderamento, lutas sociais, conselhos de direitos, leis.

Em relação às oficinas ligadas diretamente à cidadania, o objetivo desse trabalho é a democratização das informações sobre os direitos sociais, é mais um dispositivo de orientação social, rompendo desta forma com o trabalho individualizado e pontual. Enquanto um espaço coletivo de troca, as oficinas de

cidadania podem favorecer um olhar coletivo para questões que, até então, eram vistas como individuais e singulares.

O profissional faz a mediação com os médicos, acolhendo os usuários nas suas demandas imediatas. No CAPS II os médicos reconhecem o papel do assistente social na equipe, direcionando as demandas específicas sempre que necessário. A equipe é importante para o trabalho multiprofissional porque no acolhimento cada profissional imprime um olhar diferenciado frente às demandas que são colocadas pelo usuário no seu processo de adoecimento.

O trabalho em equipe é importante para que cada profissional tenha sua especificidade (Entrevistada 2).

Como atribuição privativa, temos a concessão do vale transporte para os usuários da saúde mental, que é uma questão que traz incômodo para as profissionais, pois a legislação não definiu os critérios para a concessão, e essa ainda fica muito restrita ao diagnóstico médico e não a uma avaliação socioeconômica.

Essa demanda por direitos sociais assume uma dimensão importante no sentido da legitimidade e especificidade profissional, contudo, os profissionais também apontam a ideia de uma demanda burocrática e rotineira onde os atendimentos são oriundos dos usuários e da equipe.

Foi colocado também que os profissionais da área da saúde mental precisam se organizar para que ocorram os fóruns para discussão e apropriação das temáticas relativas a essa área de atuação.

Os profissionais do Serviço Social são muito cobrados com relação à trabalhar o protagonismo dos usuários da saúde mental, mas as entrevistadas acreditam que todos os profissionais devem estimular essa participação dos usuários.

Por causa das demandas que os profissionais têm na instituição, acabam não conseguindo sair do CAPS para participar das reuniões do conselho local de saúde, nem de conselhos de outras áreas como assistência social, não conseguem se aproximar mais da rede sócio-assistencial, não participam de movimentos sociais.

Um dos grandes desafios enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar demandas, exigências imediatas - dor, sofrimento, falta de tudo, falta de condições de trabalho, condições de vida - sem perder a perspectiva de médio e longo prazo e o projeto ético político do Serviço Social. Isto implica em responder os problemas cotidianos imediatos e, ao mesmo tempo, criar ações que vêm de encontro às necessidades e interesses da classe trabalhadora. O desafio no cotidiano de trabalho dos profissionais é não ter tempo para se dedicar ao planejamento das ações que serão desenvolvidas.

A nosso ver, a falta de planejamento do Serviço Social repercute diretamente na qualidade dos serviços prestados e indiretamente na legitimidade profissional, pois as intervenções aparecem revestidas no cotidiano por um senso comum, não demonstrando a sustentação teórico-metodológica que justifique os seus objetivos nas abordagens. O planejamento das atividades cotidianas é fundamental, principalmente em intervenções que buscam criar novas formas de abordagens (ligadas à arte, à pintura, teatro, música), pois “previnem” contra a lógica de “entretenimento” e da simples “ocupação” de tempo ocioso (MACHADO, 2007, pág. 120).

Foi feita uma reflexão, durante o grupo focal, que dentro do CAPS ainda há uma ênfase na psicologia, a maioria das oficinas terapêuticas ficam sob a responsabilidade dos estagiários da psicologia, os coordenadores de todos os CAPS são profissionais da psicologia, assim com a gestão da saúde mental.

Nos CAPS ainda há uma ênfase na psicologia, a maioria das oficinas terapêuticas ficam sob a responsabilidade dos estagiários de psicologia, os coordenadores são psicólogos (Entrevistada 4).

Para Soares, A. (2006), no campo da saúde mental atual a Psiquiatria deixa de ser “saber dominante”. Para ele, o que é dominante no cenário atual é a psicologia e psicanálise (MACHADO, 2007, pág. 111).

Falta trazer para a discussão nas instituições os aspectos sociais da Reforma Psiquiátrica, discutir os reflexos na questão social e no âmbito das famílias. Os usuários do CAPS têm traços particulares, apresentam uma demanda atravessada pela trajetória histórica de exclusão e discriminação da loucura na sociedade. Trazem como sintomas psíquicos intensos imersos em condições de pobreza, desemprego, desamparo, violência e demais problemas causados por um sistema socioeconômico perverso.

As profissionais destacaram que no processo de formação universitária não estudaram nada relativo à área da saúde mental e quando começaram a trabalhar tiveram muita dificuldade para entender os transtornos mentais, a especificidade de cada um, as formas de abordagem e tratamento, o papel das oficinas terapêuticas no CAPS.

O fazer do assistente social está localizado na trama das relações loucura/exclusão/ discriminação e política de saúde mental /políticas públicas, que vão se delineando e se particularizando no cotidiano da questão social (MACHADO, 2007, pág.114).

O assistente social se insere no processo de trabalho da instituição, mas muitos profissionais não têm clareza da atribuição específica do profissional e acaba querendo dar orientações, não compreendem sobre o sigilo profissional. Na área da saúde mental, de um modo geral, se tem uma visão equivocada do assistente social e por isso é importante o assistente social fazer uma apresentação para a equipe, destacando suas funções dentro da equipe multiprofissional.

A lógica do processo de trabalho no CAPS é diferente de outros locais de trabalho em saúde mental. É fortemente marcado pelo que Merhy chama de núcleo cuidador. Daí, sua construção mais coletiva e democrática, onde as relações entre saberes e poderes profissionais aparecem de forma horizontal e menos compartimentada. Como já havíamos abordado anteriormente, na perspectiva de Merhy (2002), a missão institucional organiza as tendências do processo de trabalho que podem favorecer abordagens interdisciplinares ou unidisciplinares (MACHADO, 2007, pág. 114).

No CAPS, a dinâmica do processo de trabalho favorece as abordagens que caminham no sentido da interdisciplinariedade, orientadas pelo projeto terapêutico que busca viabilizar a equidade, integralidade e intersetorialidade no atendimento das necessidades dos usuários e/ou grupos. Dessa forma, apesar da forte presença histórica da "Psiquiatria" como detentora do mandato social mais amplo no trato da loucura, esta nova modalidade de atenção abre inúmeras possibilidades de valorização e de disputas de outros profissionais das equipes (MACHADO, 2007, pág. 116).

Outra questão discutida foi a presença de práticas assistencialistas dentro do CAPS, por parte de membros da equipe e, muitas vezes, o próprio usuário demanda do assistente social esse tipo de postura. Isso impacta o trabalho do assistente social no cotidiano da instituição porque a profissão não deve ter esse viés e o usuário precisa reconhecer o CAPS como seu local de tratamento e de construção

de vínculos. Isso ocorre porque ainda há muito estigma com relação ao portador de transtorno mental na sociedade e os próprios profissionais de saúde constroem uma relação com eles como se os mesmos fossem incapazes, frágeis.

Durante a realização dessa pesquisa uma coisa que chamou bastante atenção foi o risco do CAPS estar se tornando um lugar de passatempo e ocupação do tempo livre e também um lugar do usuário atender suas demandas básicas de alimentação e higiene. Isso no cotidiano de trabalho se mostra perigoso, porque estamos contribuindo para novas formas de institucionalização, onde muitos usuários estão há anos frequentando cotidianamente o CAPS. Dessa forma o CAPS perde sua função primordial que é o atendimento de usuários com transtorno mental grave para desempenhar funções que são de outros serviços como os Centros de Convivência.

A equipe se prende a argumentos como falta de serviços para atender esse usuário como os ambulatorios; a dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica à saúde, devido ao número reduzido de serviços ambulatoriais e de equipes de PSF; a recusa de acompanhamento ao portador de transtorno mental na atenção básica, pois, muitas vezes, o médico generalista e a equipe não se sentem capazes de atendê-lo ou acham que não é sua demanda, e sim do serviço especializado de saúde mental; o receio da equipe de que o usuário, ao sair do serviço, tenha novos “surto” agudos e que piore sua situação de saúde (MACHADO, 2007).

Percebemos que o processo de trabalho em saúde mental está cada vez mais coletivo e democrático e as fronteiras entre as profissões estão cada vez mais estreitas no sentido das execuções e compartilhamento de atividades. No entanto, é interessante observar que os direitos sociais e previdenciários foram considerados como uma demanda exclusiva do Serviço Social.

Outro aspecto a ser destacado é que o trabalho com familiares é vista como atribuída aos assistentes sociais. Contudo, observamos que as tradicionais demandas do Serviço Social (acolhimento, atendimento individual e abordagem familiar) são compartilhadas com outros profissionais da equipe. Este fato nos leva a acreditar que está acontecendo uma modificação da profissão no campo da saúde mental, balizado pela Reforma Psiquiátrica e pelo Projeto Ético-político do assistente social.

De acordo com Yamamoto (2001), a especificidade do assistente social está no seu objeto de intervenção, configurado pelas expressões da questão social, sendo que a matéria prima do trabalho do assistente social (ou da equipe interprofissional em que se insere) encontra-se no âmbito da questão social em suas múltiplas manifestações, que são vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações sociais quotidianas, as quais respondem com ações, pensamentos e sentimentos. Independente da instituição que o profissional atua a sua especificidade é a mesma, ou seja, a questão social e suas múltiplas refrações.

O Serviço Social tem um lugar privilegiado nas instituições que atua, pois não só pensa a realidade como tem bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa que lhe possibilita pensar a realidade social com vistas à ampliação e universalização dos direitos sociais (VASCONCELOS, 2002).

Acreditamos que esta percepção tem como base a incorporação do social no modelo do CAPS, que visa à inserção social dos portadores de transtorno mental, gerando uma ampliação do debate e da intervenção no social pela equipe. Esta perspectiva é produto da história de luta do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (1978) e da Luta Antimanicomial que ampliou o debate dos direitos dos portadores de transtorno mental. Neste sentido, podemos observar que existe uma aproximação de valores éticos e políticos da profissão com o campo da saúde mental e com os outros profissionais em relação à dimensão social.

Segundo Bisneto (2005), o movimento de Reforma Psiquiátrica propõe valores similares ao Projeto Ético-político, que se torna catalisador de uma metodologia atual em Serviço Social e saúde mental. Todas as assistentes sociais relatam uma compreensão de subjetividade ligada ao social, o que aparece como lacuna é o saber sobre loucura, política de saúde mental e Reforma Psiquiátrica.

Em relação à legitimidade do trabalho do assistente social na equipe, as profissionais do CAPS II apontam, em sua maioria, como algo a ser conquistado, sendo que o conhecimento das políticas públicas e dos direitos sociais fornece as bases de sua legitimidade.

Diante desses resultados consideramos que especificidade e legitimidade aparecem enquanto uma construção social e como produto do trabalho cotidiano que está atravessado pelo capital simbólico e pelo *habitus* do profissional. O que podemos observar é

que existe uma “luta” diária por garantia de legitimidade, pois não é dada *a priori*. Também observamos que o saber profissional sobre direitos sociais é base da legitimidade e imprime no dia-a-dia uma forma de especificidade diante dos integrantes da equipe. Acreditamos que a orientação do CAPS favorece que os profissionais da equipe (psicólogo, o psiquiatra, terapeuta ocupacional e enfermeiros) tenham “sensibilidade” e reconheçam a questão social, porém eles não tem bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa que os permita intervir de forma “qualificada”. Em nosso ponto de vista, o assistente social é um profissional imprescindível no trabalho em saúde mental, pois é habilitado para abordar a questão social na relação saúde/sofrimento psíquico com conhecimentos das políticas públicas e dos direitos que vão ao encontro da concepção de saúde ampliada, ou seja, saúde abrange situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso lazer e bens (MACHADO, 2007, pág. 139).

Ainda de acordo com a autora citada acima podemos concluir que a questão social atravessa diversos núcleos profissionais e que o assistente social tem como objeto de trabalho as expressões da questão social (que é estrutural ao modo de produção capitalista), mas oferece respostas ideopolíticas e subjetivas subsidiadas e sustentadas por recursos institucionais (material/imaterial) e os direitos sociais historicamente conquistados articulados às políticas públicas e que na área da saúde mental isso não ocorre de maneira diferente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Chegamos ao final dessa monografia com a certeza de ter contribuído para a discussão do trabalho do assistente social na saúde mental. Este trabalho não teve, em nenhum momento, a intenção de esgotar a temática, mas sim de tentar sistematizá-la e ampliá-la com novos dados, para proporcionar uma melhor compreensão das particularidades do trabalho do Serviço Social nas equipes de saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica.

Percebemos que o Serviço Social tem uma longa trajetória na saúde mental e que a partir da Reforma Psiquiátrica o processo de trabalho nessa área teve uma transformação buscando a integralidade, equidade e interdisciplinaridade como forma de abordar o portador de transtorno mental de uma forma mais ética.

Em contrapartida o Serviço Social não acompanhou essas transformações na área da saúde mental, no âmbito da academia, e isso se comprova na escassez de produção de conhecimento sobre essa temática, a política de saúde mental e a atuação do assistente social. Ocorreram nos últimos anos fortes transformações na política de saúde mental, na visão do portador de transtorno mental pela sociedade e no processo de trabalho das equipes que atuam nessa área.

Com relação ao mercado de trabalho, também, ocorreram mudanças a partir da reestruturação produtiva, que impactaram a forma das equipes desenvolverem seu trabalho no âmbito das instituições. Destacamos a flexibilidade e a precarização dos vínculos trabalhistas como as principais alterações.

Com o surgimento dos CAPS passou-se a ter a concepção de que este é o núcleo cuidador e também atua como organizador do trabalho dos serviços de saúde mental. Também observamos que a saúde mental e os agentes que a compõem (usuários, familiares e profissionais) estão passando por um processo de modificações nas suas relações sociais e institucionais. Todo esse processo tem em sua base elementos contraditórios entre o avanço do neoliberalismo e a persistência das lutas pelos direitos sociais, como aquelas levadas à frente pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Com relação às demandas atribuídas ao assistente social há um redimensionamento das mesmas e algumas demandas como triagem, abordagem



familiar, alta, aparecem agora como atribuição de toda a equipe o que sinaliza que o processo de trabalho e a tomada de decisões acontece de forma cada vez mais coletiva.

O Serviço Social, enquanto uma profissão assalariada sofre os rebatimentos das políticas neoliberais e os impactos das novas configurações do mercado de trabalho com vínculos empregatícios frágeis, baixos salários, sobrecarga de trabalho, carga horária de trabalho que não respeita a legislação da profissão. Quando se insere no processo de trabalho, apesar do projeto ético político profissional nos colocar suas diretrizes, muitas vezes encontramos muitas limitações no cotidiano e o assistente social acaba desenvolvendo práticas rotineiras, burocratizadas, perdendo a questão da análise conjuntural da questão social.

No entanto, o diferencial do assistente social na equipe deve ser o seu conhecimento sobre as políticas públicas e os direitos sociais. O profissional contribui para o enfrentamento da questão social, imbricada no processo de saúde/sofrimento psíquico, que vem ao encontro da concepção ampliada de saúde, presente na Constituição de 1988 e, desta maneira, a imagem da profissão está ligada a determinadas demandas que se dirigem somente ao assistente social caracterizando suas atribuições privativas.

Reconhecer a questão social como objeto de trabalho do Serviço Social implica em identificar as bases históricas que orientaram a construção do capital cultural e simbólico da profissão, abrangendo teorias, técnicas e legitimidade. Contudo, isto não significa que os demais profissionais não possam produzir conhecimento e intervenção técnica que contemplem a questão social. Assim como o subjetivo, o cultural, o econômico e o político, a questão social travessa todas as profissões e seus exercícios. Entretanto, existe uma construção histórica que colocou o serviço social no âmago do enfrentamento dessa questão, em seus rebatimentos no cotidiano de seus processos de trabalho (MACHADO, 2007, pág. 144).

Analisando as novas legislações da área da saúde mental, que foram apresentadas nesse estudo, percebemos que estamos vivendo um período de retrocessos e contrarreformas, com alterações na estrutura de trabalho com a inclusão dos hospitais psiquiátricos na rede de atenção psicossocial, tirando a CAPS do lugar de ordenador do cuidado com o portador de transtorno mental. O governo

está investindo em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e comunidades terapêuticas e há um sucateamento cada vez maior dos CAPS.

Diante desse cenário nacional, e baseado nesse estudo que teve como objetivo analisar o processo de trabalho do CAPS II em Juiz de Fora, destacando a atuação do assistente social nas equipes, apresentamos algumas considerações que são importantes tanto para a gestão e coordenação do CAPS, quanto para a universidade, no que diz respeito à formação dos assistentes sociais.

Com relação à gestão da saúde mental, ressaltamos a importância da ampliação dos CAPS como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; capacitação permanente em toda a rede contemplando as questões que foram levantadas nesse estudo com relação à atuação do assistente social; consolidação da rede intersetorial com as demais políticas públicas visando a inserção do usuário na vida produtiva e social; trazer urgentemente para o debate a questão da alta/saída dos usuários dos CAPS implicando uma articulação com a rede de saúde e as outras políticas públicas; ampliar o debate sobre os portadores de transtorno mental que fazem uso abusivo de drogas, que são portadores de HIV e que estão em situação de rua para que essas situações possam ser enfrentadas (MACHADO, 2007).

No que diz respeito à formação profissional destacamos alguns pontos importantes que apareceram no decorrer do estudo: incluir no currículo temáticas como a política de saúde mental, as abordagens psicossociais na perspectiva da Reforma psiquiátrica; investir em atividades de estágio e extensão em serviços de saúde mental; trabalhar os conceitos de universalidade, equidade, integralidade e intersetorialidade no debate sobre as políticas sociais e suas implicações nas práticas interdisciplinares e na atuação do Serviço Social e investir na produção da pesquisa na área do Serviço Social na saúde mental ampliando o arcabouço teórico-metodológico da profissão qualificando sua intervenção operativa (MACHADO, 2007).

## Referências Bibliográficas:

ANTUNES, Ricardo. ALVES, Giovanni. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**. Educ. social, Campinas, vol. 25, n.87, p. 335-351, maio/agosto 2004. Disponível em <HTTP://www.cedes.unicamp.br>.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e mundialização do capital**. A nova degradação do trabalho na era da globalização. 2ª edição, Praxis, Londrina, 1999.

\_\_\_\_\_ **Crise estrutural do capital, maquinafatura e precarização do trabalho** – a questão social no século XXI. Textos & contextos (Porto Alegre), v. 12, n.2, p. 235-248, julho/dezembro 2013.

ASCHIDAMINI, Ione Maria; SAUPE, Rosita. **Grupo focal** – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1700> acessado em 10 de outubro de 2018.

BACKES, Dirce Stein; COLOMÉ, Juliana Silveira; ERDMANN, Rolf Herdemann; LUNARDI, Valéria Lerch. **Grupo Focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas**. O mundo da saúde, São Paulo: 2011; 35(4): 438-442.

BRASIL. **Lei de Regulamentação da profissão** Lei 8662, 7 de junho de 1993.

BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 224** de 29 de janeiro de 1992.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo, Cortez, 2003.

BISNETO, Augusto José. **Uma análise da prática do serviço social em saúde mental**. In Revista Serviço Social e Sociedade, n. 82, São Paulo, Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_ **Serviço Social e saúde mental uma análise**

**institucional da prática.** Cortez editora, 2007.

CFESS. **Parâmetros para a atuação do assistente social na política de saúde.** Brasília, 2010.

CFESS. **As implicações das alterações na política nacional de Saúde mental, álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil.** Julho de 2019.

CFESS. **Regulamentação da profissão de Serviço Social** Lei 8662 de 7 de junho de 1993.

**Código de Ética profissional dos assistentes sociais** aprovado em 15 de março de 1993.

COLMAN, Evaristo. POLA, Karina Dala. **Trabalho em Marx e serviço social.**

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire dos. **O trabalho do/a assistente social na saúde mental:** atribuições privativas e competências profissionais em debate. Revista EDUC – Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 03 – número 1/Jan – Jun 2016.

ENGELS, Friedrich. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem.** Escrito em 1876. Publicado pela primeira vez em 1896 em Neue Zeit. Publica-se segundo com a edição soviética de 1852, de acordo com o manuscrito, em alemão. Traduzido do espanhol.

FRAGA, Cristina Kologeski. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social.** Revista Serviço Social & Sociedade, nº 101, pág. 40-64, jan/mar. 2010, São Paulo.

FORTI Valeria. GUERRA, Yolanda. **“Na prática a teoria é outra”.** Publicado no livro

Serviço Social: temas, textos e contextos in: Forti e Guerra (org.) Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2012.

\_\_\_\_\_ COELHO, Marilene. **Contribuição à crítica do projeto ético-político do serviço social:** considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. In Projeto ético-político do serviço social: contribuição à sua crítica Coletânea nova de serviço social, Lumém Juris, 2014.

GUERRA, Yolanda. REPETTI, Gustavo Javier. FILHO, Antonio Andrade. SILVA, Platini Boniek Sardou da. ALCANTARA, Elton Luiz da Costa. **Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate.** Mesa temática do XV ENPESS. Dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_ **Sobre a possibilidade histórica do projeto ético-político profissional:** a apreciação crítica que se faz necessária In Projeto ético-político do serviço social: contribuição à sua crítica Coletânea nova de serviço social, Lumém Juris, 2014.

\_\_\_\_\_ REPETTI, Gustavo; ANDRADE, Antonio; BONIEK, Platini. **Atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social:** contribuições ao debate. Acessado em 10 de outubro de 2018.  
<https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/atribuic3a7c3b5es-privativas-e-competc3aancias-profissionais-do-a-assistente-social.pdf>.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010 – 2019:** análise de uma conjuntura antirreformista. O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019, pág. 111 – 138.

GULJOR, Ana Paula. VASCONCELOS, Eduardo Mourão. COUTO, Maria Cristina Ventura. SILVA, Martinho Braga Batista. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. CAVALCANTE, Rita. LIMA, Rossano Cabral. **Nota de Avaliação Crítica da Nota**

**Técnica 11/2019** - “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2019 acessado no site.ims.uerj.

IAMAMOTO, Marilda CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19ª edição, Cortez editora, São Paulo, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O **Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_ **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. Edição, São Paulo, Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_ **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. CEFESS, 2009.

LIMA, Maria José Girão. **A prática do Assistente Social na área da saúde mental**: uma análise centrada na cidadania dos usuários. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina: 2004.

LINS, Maria Alcina Terto. **A flexibilização das relações de trabalho no capitalismo contemporâneo e suas repercussões no serviço público brasileiro**. In LINS, Maria Alcina Terto; TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes (org). Assistente Social: trabalhador/a assalariado/a – fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica. Maceió: EDUFAL, 2015.

LUNARDI, Valéria Lerch. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa**. In O mundo da saúde, São Paulo, 2011, pág. 438 a 442.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 14ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Boitempo editorial, São Paulo, 2004.

MACHADO, Graziela Scheffer. **A singularidade e a pluralidade do serviço social no processo de trabalho em saúde mental**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900 Site - saude.gov.br., novembro de 2018.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. **Serviço social e saúde mental**. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas – O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. UFMA agosto de 2013.

PORTARIA Nº 544, DE 7 DE MAIO DE 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Linha guia de saúde mental**. Belo Horizonte, 2005.

SILVA, Priscila Soares. **A intervenção do assistente social na saúde mental: a experiência dos centros de atenção psicossocial – caps de Juiz de Fora – MG**. UFJF, 2012.

SILVA, Jaqueline Lima da. **O assalariamento dos trabalhadores improdutivos nos serviços: fundamentos para compreender a condição de assalariamento dos assistentes sociais** In Assistente social: trabalhador/a assalariado/a – fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica. Edufal, Macéio/AL, 2015.

SILVA, Carolina Flexa da; GOMES, Vera Lúcia Batista. **O trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial – CAPS do município de Belém/PA: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários**. Serviço Social. Revista, LONDRINA, V. 19, N.1, P. 84-108, JUL/DEZ. 2016.

TRINDADE, Rosa Lúcia. **Tendências do mercado de trabalho do serviço social: descobertas e inquietações a partir da pesquisa sobre a realidade de Alagoas (1998 a 2010)**. In Assistente social: trabalhador/a assalariado/a – fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica. Edufal, Macéio/AL, 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e Serviço Social - O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5ª edição Cortez Editora, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar – epistemologia e metodologia operativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo. M. et.al. **Saúde mental e Serviço Social – O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. CEFESS, 2009.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2008.



## Anexo:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS

**Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas**

**Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**

**Resolução CIT n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017**

**Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017**

**Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017**

**Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017**

**Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018**

**Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018**

**Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018**

**Portaria GM/MS n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018**

**Resolução CIT n.º 35/2018, 25 de janeiro de 2018**

**Resolução CIT n.º 36/2018, de 25 de janeiro de 2018**

A Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS, que se esclarecem por meio da presente Nota Técnica, sendo as demais portarias citadas acessórias e complementares.

Ademais, a presente Nota Técnica apresenta também a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modificou as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, fato este que altera as orientações para o tratamento e reinserção social de pacientes que apresentam dependência química e que estão em seguimento na RAPS.

### **Sumário**

1 Introdução.

2 Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 8

2.1 Resumo.

2.2 Detalhamento.

2.3 Definições gerais dos CAPS AD IV.

3 Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral

3.1 Resumo.

3.2 Detalhamento.

4 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)

4.1 Resumo.

4.2 Detalhamento.

4.2.1 Competência das equipes

4.2.2 Composição das equipes

4.2.3 Custeio.

4.2.4 Cadastramento CNES.

5 Alterações na assistência Hospitalar especializada em psiquiatria no SUS.

5.1 Resumo.

5.1.1 Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS:

5.1.2 Orientações a partir da nova normativa.

5.2 Internação crianças e adolescentes

6 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

6.1 Resumo.

6.2 Detalhamento.

6.3 Avaliação Funcional dos Ingressantes

6.3.1 Guia de aplicação.

7 Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde.

8 Definição de itens de financiáveis (custeio e investimento):

9 Monitoramento.

## 1 Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.

As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo. Nesse cenário, após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes dos Estados (CONASS) e Municípios (CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01. A iniciativa enfrenta desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável.

Para expandir e qualificar a RAPS, foi destinado pelo Governo Federal um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão. A RAPS foi

ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. As ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)

Enfermarias Especializadas em Hospital Geral

Hospital Psiquiátrico

Hospital-Dia

Atenção Básica

Urgência e Emergência

Comunidades Terapêuticas

Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares.

Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos.

Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns.

Além dos SRTs, o Governo Federal liberou recurso para a expansão de outros serviços da RAPS, importantes para a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Apenas no ano de 2018, foram habilitados 108 CAPS, 92 SRTs, 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento. Nos dois últimos anos, o Ministério da Saúde criou cerca de 40% de todos os SRTs existente no país.

Outro ponto é aprimorar refere-se às estratégias para abordagem das pessoas com uso nocivo de drogas e com dependência de substâncias psicoativas, levando o poder público às áreas de maior vulnerabilidade social, promovendo o atendimento mais próximo do cidadão. Para tanto, foi criada nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de *cracolândias*, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD.

Além disso, o atendimento Ambulatorial também passa a ser incentivado. Vale lembrar que esta modalidade é fundamental para o adequado atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes, que não se encaixam na atenção básica e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS. Trata-se de ação custo-efetiva, que, quando com cobertura adequada, certamente impacta favoravelmente em diversos indicadores, tais como como busca por atendimento, crises em Serviços de Emergências, tentativas de suicídio, internações, reinternações e afastamentos do trabalho por doença, para citar alguns. Ofertar consultas de diferentes categorias profissionais em Serviço Ambulatorial especializado, possibilitando seguimento clínico, social e em psicoterapia, é padrão em diferentes sistemas universais no mundo, como Reino Unido e Canadá. Para tanto, o Ministério da Saúde começa a custear Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental para atuar em Ambulatórios, de maneira integrada à Atenção Básica e aos CAPS, ocupando um vazio assistencial que existia na RAPS. O Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas. Pelo contrário, o Ministério da Saúde passa a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais Serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em Saúde Mental no país.

Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. A partir de dezembro de 2017, é exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em Enfermarias Especializadas de Hospitais Gerais, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em Hospitais Psiquiátricos e aqueles em Hospitais Gerais, há cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (Portaria GM/MS 3088/2011, usando como referência o postulado pela portaria GM/MS 1101/2002). Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. Em contrapartida, houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. São estimados mais de 50.000 doentes mentais graves no cárcere (vide Andreoli, *et al.*, 2014 - "Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil". PLoS One, 9(2), e88836. doi:10.1371/journal.pone.0088836), questão

que deverá ser abordada assertivamente pelas políticas de saúde mental e de saúde prisional. Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das *cracolândias*, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica.

Sobre as Comunidades Terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços (Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017). O objetivo é garantir o acompanhamento do poder público, promovendo a oferta de cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química acolhidos nessas entidades. Vale lembrar que há regramento federal sobre o funcionamento destas entidades, a resolução CONAD 01/2015 (disponível em [http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/comunidades-terapeuticas/anexos/conad\\_01\\_2015.pdf](http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf)).

As entidades que contratualizam com o poder público devem satisfazer esta normativa.

Na área da saúde indígena, o Ministério da Saúde publicou Portaria que objetiva aumentar o financiamento de CAPS que atendam a pacientes dessa população (Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017). Com isso, o Ministério objetiva diminuir as barreiras de acesso ao cuidado dos indígenas que apresentam transtornos mentais. Vale ressaltar que tem havido aumento na prevalência de transtornos mentais entre os indígenas, tais como a dependência de álcool e outras drogas, bem como o suicídio.

Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS.

Juntamente com a expansão da assistência, o Ministério da Saúde passa a aprimorar o monitoramento e acompanhamento da política, bem como estabelecer diretrizes e protocolos de assistência para que o atendimento aos pacientes acompanhados na RAPS seja embasada em evidências científicas. O Ministério da



Saúde passa a trabalhar para oferecer tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, com respeito ao dinheiro público.

Seguindo o compromisso com a oferta de tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, a CIT fez questão de fazer constar em sua Resolução n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, que estabelece a Nova Política Nacional de Saúde Mental, que a assistência em Saúde Mental no SUS deverá seguir as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas.

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (National Institute for Clinical Excellence, N., *Guidance on the use of electroconvulsive therapy*. 2014, National Institute for Clinical Excellence: London; Mochcovitch, M.D., et al., *Diretrizes Terapêuticas para Eletroconvulsoterapia - Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira*, in *Projeto Diretrizes*. 2013, AMB/CFM).

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também passa a atuar com maior vigor na esfera da prevenção. Na frente de dependência química, o Ministério da Saúde passa a ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento (TamoJunto, Elos e Famílias Fortes). Isso, pois os estudos conduzidos a partir da aplicação desses Programas mostram resultados bastante insatisfatórios, sendo que um deles chegou a causar ação iatrogênica (Programa TamoJunto). Ainda como parte das ações de prevenção, foi realizado convênio, em março de 2017, com o Centro de Valorização da Vida (CVV). Por meio dele, as ligações ao CVV deixaram de ser tarifadas, o que levou a grande aumento na demanda. Para dar conta dessa nova realidade, o Ministério aportou recurso financeiro para que a entidade passe a se organizar nesse novo contexto. O Ministério da Saúde também passa a ter ações prioritárias de prevenção ao suicídio em seis Estados do país com maiores de tais ocorrências, a saber, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Roraima e Piauí. O Governo Federal liberou R\$ 1.440.000,00 para a realização de ações de prevenção ao suicídio nesses Estados, que ocorrerão por meio de trabalho em conjunto com os territórios, levando-se em consideração as especificidades locais (Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018).

No início do ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país.

Abaixo, seguem as principais mudanças apresentadas pela Resolução do CONAD 01/2018:

Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental;

Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;

Posição contrária à legalização das Drogas;

Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça Abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos;

Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação;

Ações Intersetoriais;

Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas;

Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral;

Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução.

A partir de 2019, a Política acima passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, conforme a medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019:

*Art. 23. Constitui área de competência do Ministério da Cidadania:*

...

*V - políticas sobre drogas, quanto a:*

*a) educação, informação e capacitação para a ação efetiva para a redução do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;*

*b) realização de campanhas de prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;*

*c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas;*

*d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas;*

*e) redução das consequências sociais e de saúde decorrente do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; e*

*f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.*

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.206/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e complexidade de seu quadro clínico, sem desprezar nenhuma forma de tratamento. Diante disso, a RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares. Seguiram-se orientações das melhores práticas nacionais e internacionais para o atendimento do indivíduo que apresenta transtorno mental, bem como de seus familiares. “A atenção equilibrada é essencialmente comunitária, mas os hospitais têm um importante papel de retaguarda. Isto quer dizer que serviços de saúde mental são oferecidos nos contextos comunitários habituais próximos à população atendida, e internações hospitalares são tão breves quanto possível,

disponibilizadas prontamente e empregadas somente quando necessário. É importante coordenar os esforços de uma diversidade de serviços de saúde mental” (Thornicroft & Tansella, 2008).

Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados.

Assim sendo, não há nenhuma evidência, por exemplo, de que Ambulatórios Multiprofissionais, Hospitais-Dia e Hospitais Psiquiátricos devam ser excluídos da RAPS, em nenhum lugar do mundo. Basta estudar os Sistemas Públicos de Saúde Mental do Canadá (“British Columbia Mental Health Services”), Austrália (“Australian Mental Health Service Organisations”), França (Relatório Sumário - Saúde Mental na França - OMS), Alemanha (Brochura sobre o Sistema de Saúde Alemão - OMS) e Reino Unido (“National Health Services - UK - South London and Maudsley Trust”), por exemplo. Ou atentar para como organizam-se outras áreas da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), como cardiologia, ortopedia ou oncologia. Os Serviços devem, sim, seguir os princípios básicos de legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade e de atendimento baseados em evidências. Devem as três esferas de Governo atuar de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes. Os Serviços devem sempre ser regulados, fiscalizados e melhorados. É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível.

Novos componentes da RAPS, qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para crises são medidas a favor dos pacientes e suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos Direitos Humanos. Em última análise, são os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental.

Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS, do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em Saúde Mental. O SUS lança diretrizes buscando oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário.

## **2 Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

### **2.1 Resumo**

A presente normativa, seguindo o pactuado com os gestores municipais e estaduais na resolução CIT no 32 de 2017, passa a incluir na RAPS, além dos serviços/pontos de atenção existentes, os seguintes:



- a. Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatorias Especializadas;
- b. Hospital Psiquiátrico;
- c. Hospital-Dia.

No que tange aos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, os mesmos devem estar localizados em Enfermarias Psiquiátricas, contando com a presença de Equipe Multiprofissional obrigatória, incluindo a obrigatoriedade de médico psiquiatra. Tais Enfermarias deverão contar com o mínimo de oito (08) leitos, e máximo de trinta (30) leitos por Enfermaria, até 20% da capacidade total instalada do Hospital. Exceções são passíveis de análise, desde que justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas dos territórios. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o tamanho da enfermaria (3 níveis), e não mais isoladamente, por leito (abaixo, seguem maiores informações).

## 2.2 Detalhamento

Em seu Art. 1.º, a Portaria n.º 3588, altera o Art. 5.º, ponto II, do Título I do Anexo V da **Portaria de Consolidação n.º 3**. Desta forma, relativamente aos pontos de atenção que constituem a Atenção Psicossocial, aos Centros de Atenção Psicossocial, estabelecidos pela alínea a) deve acrescentar-se a alínea b) *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas*. O texto fica então com a seguinte redação:

Art. 5.º

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: e. Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; e f. *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas*. Ainda no Art. 5.º, a referida portaria, altera o ponto V, relativo à Atenção Hospitalar. Desta forma, as alíneas a) e b) que definem seus pontos de atenção, devem ser substituídas pelas alíneas:

- a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
- b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
- c) Hospital dia.

Altera também o § 4º do Art. 7.º, relativo às modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, para acrescentar o CAPS AD IV, conforme definidos abaixo.

Em seu Art. 2.ª altera o Título II do mesmo Anexo, para incluir os referidos CAPS AD IV – Centros De Atenção Psicossocial De Álcool E Outras Drogas Do Tipo IV, estipulando que:

## 2.3 Definições gerais dos CAPS AD IV

Os CAPS AD IV são Pontos de Atenção Especializada, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e que se destinam a proporcionar atenção integral e continuada às pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas (relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas). Devem funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados. Visam o atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, sendo que, tratando-se destes dois últimos grupos populacionais, seu atendimento deverá adequar-se ao previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Estes novos Centros podem ser de dois tipos: **CAPS AD IV Novo** ou **CAPS AD IV Reestruturado**, resultado, este último, da adaptação de um CAPS AD pré-

existente. Poderão ser criados em todas as capitais estaduais, bem como nos Municípios com população acima de 500.000 habitantes, devendo funcionar de forma a prestar assistência às pessoas em cenas abertas de uso de drogas, as chamadas “*cracolândias*”. Sua implementação deverá ocorrer conforme o previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente.

Para funcionar 24 horas nas regiões de *cracolândias*, o CAPS AD IV deverá contar necessariamente com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão.

Os demais profissionais de Saúde Mental, que juntamente com psiquiatras e equipe de enfermagem que comporão o Serviço, trabalharão em turno diurno. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPSAD para tratamento de reabilitação psicossocial.

### **2.3.1.1 Objetivos gerais**

São objetivos gerais do CAPS AD IV: atender integralmente pessoas de todas as faixas etárias, com quadros graves decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas); proporcionar serviços de atenção continuada, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando para isso com leitos de observação, além de estratégias de reabilitação psicossocial.

### **2.3.1.2 Diretrizes quanto ao funcionamento**

O CAPS AD IV deve:

- 1.<sup>a</sup> ser um serviço aberto que funciona segundo a lógica do território e que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;
- 2.<sup>a</sup> ser um lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;
- 3.<sup>a</sup> ter capacidade para atender urgências e emergências psiquiátricas (tanto em termos de estrutura física, como de equipe técnica);
- 4.<sup>a</sup> ter capacidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;
- 5.<sup>a</sup> produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
- 6.<sup>a</sup> promover a inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;
- 7.<sup>a</sup> organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;
- 8.<sup>a</sup> designar profissionais de referência para cada usuário;
- 9.<sup>a</sup> adequar a oferta dos serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida;
- 10.<sup>a</sup> oferecer cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV;

- 11.<sup>a</sup> responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;
- 12.<sup>a</sup> compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações no próprio CAPS ou em outros Pontos de Atenção;
- 13.<sup>a</sup> funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);
- 14.<sup>a</sup> funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso;
- 15.<sup>a</sup> articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e 16.<sup>a</sup> orientar os cuidados de acordo com as diretrizes e as linhas de cuidados vigentes no SUS.
- 17.<sup>a</sup> ser capaz de ofertar programas de tratamento completos, incluindo consultas, terapias, oficinas, suporte em assistência social, intervenções de reabilitação e atividades intersectoriais;
- 18.<sup>a</sup> articular-se com equipamentos que forneçam abrigo/moradia transitória, como unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas onde está inserido;
- 19.<sup>a</sup> integrar-se ao sistema de regulação de vagas do território.

### **2.3.1.3 Atividades**

A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

- 1) Trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;
- 2) Atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;
- 3) Oferta de medicação assistida e dispensada;
- 4) Atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;
- 5) Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;
- 6) Visitas e atendimentos domiciliares;
- 7) Atendimento à família, individual e em grupo;
- 8) Atividades de reabilitação psicossocial;
- 9) Estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e
- 10) Fornecimento de refeição diária aos usuários.

**Procedimentos para inserção da habilitação 06.37 pelo CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):**

#### **CÓDIGO DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

03.01.08.032-1 Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial 03.01.08.033-0 Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório por Centro de Atenção Psicossocial 03.01.08.039-9 Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtornos Mentais E Com Necessidades de Saúde decorrente do Uso de Álcool, Crack E Outras Drogas 03.01.08.027-5 Práticas Corporais Em Centro de Atenção

Psicossocial 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica  
 03.01.08.020-8 Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção  
 Psicossocial 03.01.08.021-6 Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de  
 Atenção Psicossocial 03.01.08.022-4 Atendimento Familiar em Centro de Atenção  
 Psicossocial 03.01.08.023-2 Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial  
 03.01.08.024-0 Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção  
 Psicossocial e/ou Familiares

**Procedimentos que deverão ser informados para estabelecimentos habilitados em 06.37 CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):**

03.01.08.001-1 Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante (Por  
 Atendimento / Paciente) 03.01.08.004-6 Acompanhamento de Paciente em Saúde  
 Mental (Residência Terapêutica)  
 03.01.08.014-3 Atendimento em Oficina Terapêutica I - Saúde Mental  
 03.01.08.015-1 Atendimento em Oficina Terapêutica II - Saúde Mental  
 03.01.08.016-0 Atendimento em Psicoterapia de Grupo  
 03.01.08.017-8 Atendimento Individual em Psicoterapia  
 03.01.08.037-2 Acompanhamento de Pessoas Adultas com Sofrimento ou  
 Transtornos Mentais Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas -  
 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) 03.01.08.038-0 Acompanhamento da  
 População Infanto-Juvenil com Sofrimento ou Transtornos Mentais Decorrentes do  
 Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil  
 (UAI) 03.03.17.010-7 Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia 03.01.07.004-0  
 Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação 03.01.06.002-9  
 Atendimento de Urgência C/ Observação até 24 Horas em 03.01.06.002-9 Atenção  
 Especializada 03.03.17.013-1 Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de  
 Risco  
 Elevado de Suicídio 03.03.17.014-0 Tratamento Clínico para Contenção de  
 Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo 03.03.17.015-8 Tratamento Clínico  
 para Avaliação Diagnóstica e Adequação Terapêutica, incluindo necessidades de  
 Saúde decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas 03.03.17.016-6 Tratamento  
 Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool  
 03.03.17.017-4 Tratamento Clínico De Transtornos Mentais E Comportamentais  
 Devido do Uso de "Crack". 03.03.17.018-2 Tratamento clínico dos transtornos  
 mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras  
 substâncias  
 Psicoativas

**2.3.1.4 Composição da equipe mínima**

O CAPS AD IV deve funcionar com, pelo menos, uma equipe mínima para atendimento, sendo que, em situações de férias, licenças e outros afastamentos, cabe ao gestor de saúde local garantir a composição dessa equipe, conforme ela é descrita:

- 1) Profissional de nível médio para realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.
- 2) Turno Diurno:
  - a) 1 (um) médico clínico (diarista);
  - b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);
  - c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);

d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;

e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

3) Turno Noturno:

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);

b) 1 um (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

#### **2.3.1.5 Estrutura física mínima**

De acordo com as normas sanitárias vigentes, o CAPS AD IV deverá ter a seguinte estrutura física mínima:

1) Recepção e espaço para acolhimento inicial/espera;

2) Salas para atendimento individual (consultório);

3) Sala para atendimento de grupo;

4) Espaço para refeições;

5) Espaço para convivência;

6) Banheiros com chuveiro;

7) Espaço para atividades físicas/esportes;

8) No mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação;

9) Posto de enfermagem;

10) Sala para reuniões da equipe técnica; e

11) Espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas.

#### **2.3.1.6 Incentivo financeiro**

A Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS** de 28 de setembro de 2017, foi retificada, passando a estabelecer-se o incentivo de:

**I. 200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e II. 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado.**

Este incentivo, destinado a apoiar apenas a implantação de CAPS AD IV públicos, será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais ou do distrito federal e os valores repassados serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

No Art. 1 021.º B da mesma Portaria, estabelece-se que, para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio previsto, o gestor deverá apresentar um projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

1) Projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;

2) Termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;

3) Termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceite pelo Ministério da Saúde; e

4) Parecer favorável pactuado na respectiva CIB.

Ainda nesta portaria, o Art. 1.021º C, estabelece que, a partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o



Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de **R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV** efetivamente implantado e em funcionamento.

Estipula, em parágrafo único, que, tratando-se de um CAPS AD IV Reestruturado, o acréscimo financeiro será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referentes à habilitação anterior e o valor referido no parágrafo anterior.

O Art. 1 021.º D estabelece que os recursos orçamentários relativos às ações referidas nos dois parágrafos anteriores correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho: (I) Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental – Despesas Diversas; e (II) Crack, É Possível Vencer ou Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

### **3 Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral**

#### **3.1 Resumo**

Fica estabelecido que o Ministério da Saúde irá incentivar e habilitar somente unidades especializadas em saúde mental/psiquiatria em hospitais gerais, com mínimo de 8 e máximo de 30 leitos por enfermaria, até 20% da capacidade total instalada, exigindo equipe multiprofissional mínima completa, incluindo psiquiatra responsável pela condução dos casos. Exceções são passíveis de análise, desde que bem justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o tamanho da enfermaria (3 níveis), e não mais isoladamente, por leito.

#### **3.2 Detalhamento**

É alterado o Art. 57.º da **Portaria de Consolidação n.º 3 GM/MS**, relativo à definição da **Equipe Técnica Multiprofissional** responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral). Concretamente, altera a graduação do número de leitos implantados, propondo a seguinte proporção:

1. Para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e
- c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10h por semana.

2. Para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e
- d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima de serviços de 20h por semana.

3. Para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e
- e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga horária total de serviços de 30h por semana.

Quanto às demais normativas para os leitos de Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral:

- O número de leitos não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral; cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos. No entanto, os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros estabelecidos poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades.

- Mantém o incentivo de custeio anual por cada leito implantado em R\$ 67.321,32, pago integralmente se a ocupação for maior ou igual a 80%.

- Fixa os incentivos de implantação em:

- . Enfermaria de 8 a 10 leitos: R\$ 33.000,00

- . Enfermaria de 11 a 20 leitos: R\$ 66.000,00

- . Enfermaria de 21 a 30 leitos: R\$ 99.000,00

- Estipula, em seu Art. 6.º, que a configuração deste Serviço Hospitalar de Referência deve obedecer às seguintes **Normas de Transição**:

- . Nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados e habilitados em Enfermarias não-especializadas, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria, ou seja:

1. Para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e 2. para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos.

2. Ao gestor local é facultada a possibilidade de apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos agora estabelecidos.

3. Nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria (21/12/17), para se adequar tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica agora exigidos.

O Ministério da Saúde deixa claro que os leitos antigos, que não se encontram em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais deverão passar por processo de Transição, com o objetivo de se adequarem às novas normativas do SUS. Vale ressaltar que, a partir da publicação da Portaria n.º 3588/2017, não serão mais habilitados pelo Ministério da Saúde leitos em Hospitais Gerais, que não sigam as novas regras de funcionamento.

#### **4 Unidades Ambulatoriais Especializadas - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)**

##### **4.1 Resumo**

Equipe composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia.

Deverá ser lotada em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Presta-se a “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade”, atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS. Os gestores, de acordo com perfil epidemiológico e necessidades assistenciais, têm agora uma opção para suplementar sua rede na modalidade que mais se adequar ou que julgue mais custo-efetiva.

Com o objetivo de ofertar maior efetividade no tratamento de base comunitária em Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a incentivar o tratamento Ambulatorial, inclusive financeiramente, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT).

Em que pese o financiamento do atendimento Ambulatorial, por meio das AMENTs, vale ressaltar que quaisquer Unidades Ambulatoriais, contando ou não com essas Equipes, fazem parte da RAPS, devendo ser consideradas e tratadas dessa maneira.

##### **4.2 Detalhamento**

O Art. 50-J da Portaria n.º 3588 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). As AMENT, parte estratégica da atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados, têm por objetivo prestar tratamento multiprofissional em Saúde Mental, integrando-se aos demais Serviços da RAPS e das demais redes de atenção à saúde. Municípios de pequeno porte e que apresentem dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um CAPS I, incluindo questões relacionadas ao RH, podem optar por uma equipe AMENT.

É facultado ao Município, considerando o contexto de sua Rede e suas necessidades mais prementes, planejar a melhor composição de serviços assistenciais comunitários/Ambulatoriais. Municípios maiores, e que já apresentam outros Serviços da RAPS, também são incentivados a constituir AMENTs para dar



maior potência e volume aos atendimentos de base comunitária, diminuindo, assim, o "gap" assistencial que domina parte considerável dos territórios no país.

#### **4.2.1 Competência das equipes**

competem às equipes AMENT:

1. Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;
2. Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, incluindo moradores de residências terapêuticas;
3. Constituir-se, preferencialmente, como referência regional para assistência ambulatorial especializada em Saúde Mental;
4. Trabalhar, de forma integrada, com outros pontos de atenção da RAPS e de outras redes do SUS; e
5. Estabelecer articulações com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, por forma a garantir direitos de cidadania e ação intersetorial.

#### **4.2.2 Composição das equipes**

O Art. 50-L estabelece que estas equipes terão de ter um caráter multiprofissional mínimo, e define sua composição da seguinte forma:

- a. **Equipe tipo 1:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de apenas um profissional de cada ocupação para cumprimento do total das horas.
- b. **Equipe tipo 2:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos.
- c. **Equipe tipo 3:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais). Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos. O 5º profissional é de livre escolha, podendo ser médico psiquiatra, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo (30 horas semanais).

Um Município pode solicitar a constituição de várias AMENTs, inclusive em um mesmo estabelecimento de saúde, de acordo com sua demanda sanitária.

#### **4.2.3 Custeio**

O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062- A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, ficando estabelecidos os seguintes valores:

- 1) Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;
- 2) Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e
- 3) Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais.

#### **4.2.4 Cadastramento CNES**

Para fins de cadastramento destas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo a portaria SAS 544/2018, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental recebem a sigla 'eMAESM' e serão cadastradas com os seguintes códigos:

1. Equipe tipo 1: código 57 - eMAESM1
2. Equipe tipo 2: código 58 - eMAESM2
3. Equipe tipo 3: código 59 - eMAESM3

Estas Equipes poderão ser cadastradas em Hospitais (Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), Clínicas e Ambulatórios (pré-existentes ou novos). As AMENTs podem ser localizadas em Clínicas e Ambulatórios Gerais ou Especializados em Saúde Mental.

## **5 Alterações na assistência Hospitalar Especializada em Psiquiatria no SUS - Hospitais Psiquiátricos**

### **5.1 Resumo**

A Portaria 3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do **Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS.

Foram criados dois novos procedimentos para faturamento hospitalar – um para internações curtas (até 90 dias) e outro para internações prolongadas (mais de 90 dias) ou reinternações antes de 30 dias da última alta hospitalar, tendo sido concedidos os reajustes abaixo elencados:

#### **5.1.1 Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS:**

Procedimento 03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)

Porte Hospitalar

Valor Final

portaria GM/MS 2434/2018

Tipo I - até 160 leitos R\$ 82,40

Tipo II - de 161 a 240 leitos R\$ 70,00

Tipo III - 241 a 400 leitos R\$ 61,01

Tipo IV - acima de 400 leitos R\$ 59,00

Procedimento 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)

Porte Hospitalar

Valor Final

portaria GM/MS 2434/2018

Tipo I - até 160 leitos R\$ 66,05

Tipo II - de 161 a 240 leitos R\$ 56,19

Tipo III - 241 a 400 leitos R\$ 50,85

Tipo IV - acima de 400 leitos R\$ 47,29

### 5.1.2 Orientações a partir da nova normativa

Foram criados dois novos procedimentos na tabela do SUS e inseridos no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), os quais substituem o procedimento único anteriormente utilizado para faturamento nestas unidades:

03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS) 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)

O prestador, quando tiver internação que supere 90 dias ou reinternação do mesmo paciente em menos de 30 dias deverá mudar o procedimento faturado, sob risco de penalização. É exceção os casos de internações compulsórias, ou seja, aquelas determinadas judicialmente. Nestes casos o prestador não possui governabilidade para proceder alta, e deve assim justificar ao gestor autorizador ou à auditoria.

As AIHs, correspondentes aos pacientes já internados quando da publicação da Portaria n.º 3588/2017, também deverão ser reajustadas, inclusive daqueles pacientes com internações de longa permanência (internações superiores a 90 dias) (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018).

#### 5.1.2.1 Recurso correspondente às AIHs (teto MAC) de leitos ou unidades fechadas/descredenciadas

O parágrafo único do artigo n.º 10 da portaria GM/MS 3588/2017 estabelece que o encerramento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará *ao redirecionamento do recurso correspondente para outras ações em saúde mental no respectivo Estado*.

O § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 6/2017 revogou o artigo 78 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 3/2017, por ser originário de norma posterior àquela. Este § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n. 6/2017, por sua vez, comunica-se com o Artigo 10 da Portaria GM/MS 3588/2017. Desta forma, conforme pactuado com CONASS e CONASEMS, que as propostas de redirecionamento dos recursos provenientes de AIHs de casos de pacientes transferidos de Hospitais Psiquiátricos para SRTs, ou decorrentes do simples fechamento de unidades hospitalares especializadas devem ser destinados para a RAPS, no respectivo Estado (qualquer Serviço da Rede, incluindo Hospital Psiquiátrico). Esta destinação do recurso federal deve ser pactuada em CIB e encaminhada a este Ministério, para aprovação.

Importante reforçar que o Ministério da Saúde não mais incentiva ou estimula o fechamento de leitos especializados, mas a sua qualificação, elevando os padrões assistenciais. O Ministério tem reforçado este entendimento, nas Portarias em que ocorre desabilitação de leitos e Serviços, como na portaria SAS Nº 324, DE 20 DE MARÇO DE 2018:

*“Art. 2º Os gestores estaduais e municipais atingidos por esta Portaria deverão, através de suas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, informar à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde sobre o destino dos recursos correspondentes ao financiamento dos equipamentos ora desabilitados, para homologação ou repactuação, no prazo de 90 (noventa) dias.”*

A diretriz adotada por esta Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde é no sentido de qualificar os Hospitais Psiquiátricos remanescentes para que recebam novos pacientes com e não que fechem as portas às demandas da população, piorando ainda mais desassistência, que vinha aumentando nessa área nos últimos anos. Vale lembrar que o Ministério da Saúde recomenda 1 leito para cada 2,2 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 (0,45 leito por 1.000 habitantes).

Tal norma foi transcrita na portaria GM/MS 3088/2011 e consolidada com erro matemático grosseiro, ao transformar 0,45/1.000 em 1/23.000 habitantes. Considerando a redução do número de leitos psiquiátricos já efetivada ao longo dos últimos anos, para níveis atuais de 0,1 leito por 1.000 habitantes (somando-se leitos de Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), o Ministério da Saúde entende que a oferta de vagas em unidades para assistência de crises/surtos/alta complexidade está perigosamente baixa.

O processo de desinstitucionalização deva avançar, no entanto sem que seja excludente em relação à qualificação dos Hospitais Psiquiátricos remanescentes para oferta de vagas para internação a pacientes com quadros clínicos agudizados.

## **5.2 Internação de crianças e adolescentes**

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente. O melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer.

Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes.

Cita-se o texto-resposta à Consulta nº 6.769/10, feita ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (disponível em <https://bit.ly/2TuUndM>). Apesar de ser posicionamento de um Conselho profissional local, vale para embasar o tema: *“A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas. É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra. “*

## **6 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**

### **6.1 Resumo**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), seja tipo I ou tipo II, passam a atender até 10 moradores. Continuam a acolher preferencialmente egressos de internações prolongadas, mas abrem-se para pessoas com necessidades deste tipo de acolhimento, como por exemplo, pacientes com transtornos mentais graves

moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de haver grandes contingentes de pacientes com transtornos mentais graves nessas condições, fruto de graves problemas na condução da Política Nacional de Saúde nas últimas décadas.

Os pacientes moradores dos SRTs devem ser tratados e acompanhados por profissionais dos Serviços comunitários da RAPS (CAPS, Ambulatórios). O financiamento dos SRTs não foi modificado nas mudanças da Política ocorridas em dezembro de 2017.

## **6.2 Detalhamento**

O título V da Portaria 3588/2017, relativo aos SRTs, em seu Art. 77, que estipula a criação de tais Serviços em Saúde Mental no âmbito do SUS para atendimento ao portador de transtornos mentais, altera o parágrafo único e passa a definir os SRT como: *“moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção”*. Salienta-se que esta modalidade pode ser utilizada para pacientes com necessidade de cuidados de longa permanência, como pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de termos grandes contingentes de pacientes graves nessas condições. Inclusive o número de pessoas com transtornos mentais graves nas ruas e nos presídios aumentou consideravelmente nas últimas duas décadas, em decorrência de problemas graves na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental. Também resta claro que os SRTs são moradias, unidades individuais, podendo ser casas ou apartamentos. Estas unidades não necessitam ser células isoladas, periféricas; de acordo com o planejamento e projeto do gestor, podem constituir condomínios ou vilas terapêuticas, em comunidades urbanas, e até rurais, desde que garantidos os direitos básicos e inalienáveis dos moradores. Arranjos verticais (apartamentos) podem ser uma solução em grandes centros urbanos.

Altera ainda o § 1º do Art. 80 do anexo V, definindo os SRT Tipo I, como moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores. A estrutura de financiamento federal manteve-se a mesma, entendendo o Ministério da Saúde que estes Serviços devem ser cofinanciados pelos Estados e Municípios.

De acordo com o artigo 83 do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017, que estabelece *“normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS”*, em seu item IV, os SRTs devem estar *“sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo”*. Mais adiante, o artigo 85 desta mesma portaria de consolidação estabelece *“que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:*

*I - 01 (um) profissional médico;*

*II - 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial”*



Apesar de ser um serviço majoritariamente ligado à rede municipal, sendo esta a vinculação preferencial, há que se destacar que não há vedação à abertura de SRTs de gestão estadual, se esta for a estratégia definida para potencializar o processo de desinstitucionalização e garantia de direitos de cidadania dos pacientes com transtornos mentais necessitados deste tipo de acolhimento. Ainda citando o artigo 83 do anexo V da portaria de consolidação GM/MS 03/2017, complementam o item IV (acima) os itens III e V:

*III - estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º,*

*c) V - a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, e)*

Adicionalmente, o Ministério da Saúde reforça seu entendimento quanto à importância de que os leitos ocupados por pacientes que serão transferidos para os SRTs permaneçam abertos nos Hospitais Psiquiátricos, para ofertar tratamento aos pacientes com quadros clínicos agudos, em situações que os mesmos ofereçam risco a si ou a terceiros. Orienta-se a priorização de acolhimento a pacientes em maior situação de vulnerabilidade nos SRTs. Aqueles pacientes que já estejam abrigados em equipamentos estatais ou filantrópicos diferentes de Hospital Psiquiátrico, como equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, lares abrigados, condomínios terapêuticos e moradias protegidas, desde que em condições aceitáveis, não devem ser transinstitucionalizados.

Conforme explicitado em diversos trechos desta Nota Técnica, não há mais possibilidade de continuar o fechamento de leitos psiquiátricos no país, pois há importante déficit de vagas para internação de pacientes com quadros clínicos agudizados, o que tem gerado impactos negativos nos indicadores em Saúde Mental. No Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) será cobrado este compromisso dos gestores, para que a saúde da população não seja comprometida.

### **6.3 Avaliação Funcional dos Ingressantes**

Como sugestão de ferramenta de avaliação de grau de independência funcional para as atividades de vida diária dos pacientes encaminhados para SRT, fica sugerida a versão brasileira da escala “Medida de Independência Funcional (MIF)”, validada em 2004 (Riberto, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica. 11, 2 (ago. 2004), 72-76. <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481/100795>):

*“Trata-se de um instrumento amplamente utilizado internacionalmente para avaliação da capacidade funcional e tem como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva. A escala é composta por 18 categorias agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item tem uma pontuação de 1 a 7, em que 1 corresponde à dependência total e 7, à independência completa.*

*Cada dimensão é analisada pela soma dos itens que a compõem. Nesse instrumento são descritos dois domínios: o motor, referente às dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção; e o cognitivo, que engloba as dimensões de comunicação e cognição social.*

*O escore total da MIF é obtido somando-se a pontuação de cada dimensão, sendo que o mínimo é de 18 e o máximo, de 126 pontos. Até 18 pontos, considera-se que há dependência completa, com necessidade de assistência total; de 19 a 60 pontos, dependência modificada, com assistência de até 50% na tarefa; de 61 a 103 pontos, dependência modificada, com necessidade de assistência de até 25% na tarefa e de 104 a 126 pontos, equivalente a independência completa/modificada.”* Fonte: MINOSSO, JSM et al . Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso).

A utilização de instrumento padronizado e validado deve auxiliar na uniformização da comunicação e na avaliação mais objetiva dos pacientes, ou seja, quantitativa do grau de independência do paciente em processo de encaminhamento para SRT, de forma a orientar o planejamento de ações por parte do gestor e equipe de saúde envolvidos no acolhimento.

### **6.3.1 Guia de aplicação**

*“Neste instrumento, o escore inclui: 7 pontos representando o nível de completa independência e 1 ponto, a completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro abaixo , com escore mínimo de 18 e máximo de 126.*

*É importante ressaltar que o escore total da MIF é de 126 pontos, porém é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda (S.A.) – escores 7 e 6; necessitando de ajuda (N.A.) – escores 5, 4 e 3; e dependência completa (D.C.) – escores 2 e 1.”*

Fonte: FRESCHI, Larissa. Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doença arterial coronariana submetidos à revascularização cirúrgica ou angioplastia. 2011. 98 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2S2FG5b>

## **7 Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde**

O SAIPS foi instituído pela Portaria nº 281, de 27 de fevereiro de 2014, e é uma ferramenta de gestão que foi desenvolvida para facilitar e agilizar os pedidos de recursos – feito por gestores Municipais, Estaduais ou do Distrito Federal – para custeio, implantação, habilitação ou credenciamento de equipes, unidades e serviços em saúde. Trata-se de um instrumento de comunicação, que organiza o processo e permite transparência na sua condução. Alerta-se que a senha é de uso pessoal e intransferível, devendo os gestores manterem o cadastro de profissionais ativos atualizado, sendo que cada usuário é responsável pelas informações prestadas.

O fato de o SAIPS ficar aberto a novos pedidos de maneira permanente no caso dos serviços e equipes da RAPS pode gerar a expectativa equivocada de que as aprovações são automáticas, como se o registro fosse mera formalidade, sem

estar sujeito ao julgamento técnico, ao planejamento, às prioridades eleitas pela área, às contingências orçamentárias e à responsabilidade fiscal.

A tramitação e aprovação final de cada proposta está sempre condicionada à avaliação de instâncias superiores, análise de prioridades do Ministério, com base em planejamento e em indicadores epidemiológicos, bem como à disponibilidade de dotação orçamentária do Ministério da Saúde, que tem teto e programação definida, mas sujeita a mudanças.

Por fim, destaca-se a redação do Artigo 8o da Portaria GM/MS 281/2014:

**Art. 8º O cadastramento da proposta não gera quaisquer obrigações ao Ministério da Saúde em relação ao seu atendimento.**

*§ 1º As propostas enviadas ao Ministério da Saúde por intermédio do SAIPS serão analisadas conforme os critérios definidos para cada Rede, Programa ou Política.*

*§ 2º A área técnica responsável pela Rede, Programa ou Política analisará o mérito da solicitação, podendo indicar adequações, aprovar, aprovar com pendências a serem sanadas em prazo determinado ou rejeitar a proposta.*

*§ 3º O gestor público de saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal deverá assegurar o monitoramento da execução de cronograma ou de solução de pendências definidas para as propostas.*

#### **8 Definição de itens de financiáveis (custeio e investimento):**

São frequentes as dúvidas de gestores sobre as definições de itens financiáveis com recursos repassados pelo Governo Federal. São conceitos importantes aqueles que definem materiais/itens permanentes e materiais/itens de consumo, bem como recursos para custeio e recursos para investimento (capital). É vedada a destinação de recursos de capital para realização de despesas de custeio e vice-versa. Se isso acontecer, a entidade deve submeter justificativa à avaliação do órgão responsável pela análise de sua prestação de contas.

Recursos de capital, conhecidos como investimento, são recursos aplicados no patrimônio, tais como obras, construções, instalações e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, que são incorporados ao patrimônio. Já os recursos da categoria de custeio destinam-se a cobrir despesas relacionadas à aquisição de material de consumo (materiais de uso corrente, como materiais de escritório, insumos, limpeza, materiais para reparos e adequações, contas de água, luz, etc.) e contratação de serviços (manutenção hidráulica, portaria, segurança, transporte, elétrica, telefonia, jardinagem etc.).

Tais definições podem ser consultadas na Portaria nº 448 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, de 13 de setembro de 2002, disponível neste link: <https://bit.ly/2tdul3N>

Destaca-se:

*Art. 1º - Divulgar o detalhamento das naturezas de despesa, 339030 - Material de Consumo, 339036 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física, 339039 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica e 449052 -Equipamentos e Material Permanente, de acordo com os anexos I, II, III, IV, respectivamente, para fins de utilização pela União, Estados, DF e Municípios, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de apropriação contábil da despesa que menciona.*

*Art. 2º - Para efeito desta Portaria, entende-se como material de consumo e material permanente:*



*I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;*

*II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.*

*Art. 3º - Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:*

*I - Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;*

*II - Fragilidade, cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;*

*III - Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;*

*IV - Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e*

*V - Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.*

## **9 Monitoramento**

Destaca-se, por fim, relativamente ao monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, que a Portaria n.º GM/MS 3462/2010 estabelece o que segue: "Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas". Desse modo, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação do Ministério da Saúde para o efetivo custeio dos Serviços. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 36/2018.

Quanto aos incentivos financeiros de parcela única para implantação de novos Serviços da RAPS, bem como para qualificação de Serviços já existentes, a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6/2017 estabelece prazos para que os gestores implantem os respectivos Serviços. Assim sendo, caso os gestores, que receberam os incentivos financeiros, mas que não implantaram os Serviços, deverão devolver os recursos para a União. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 35/2018.

Quirino Cordeiro Júnior

Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde Documento assinado eletronicamente por **Quirino Cordeiro Junior, Coordenador(a)-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**, em 04/02/2019, às 15:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

### Roteiro do grupo focal

Discutir com o grupo como se deu a inserção dos assistentes sociais nas equipes com o processo da reforma psiquiátrica.

Como os profissionais percebem o exercício profissional do assistente social no Caps Leste.

Problematizar como se dá o trabalho nas equipes multiprofissionais.

A identificação das atribuições privativas.

Discutir o que podem fazer para a legitimação do assistente social na saúde mental.