

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Patrícia de Oliveira Berger

**SUPERAR O IMEDIATO: O PROCESSO DE TRABALHO DAS/OS
ASSISTENTES SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Santa Maria, RS

2019

Patrícia de Oliveira Berger

**SUPERAR O IMEDIATO: O PROCESSO DE TRABALHO DAS/OS
ASSISTENTES SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Bacharela em Serviço Social**.

Orientadora: Laura Regina da Silva Camara Mauricio da Fonseca

Santa Maria, RS

2019

PATRICIA DE OLIVEIRA BERGER

**SUPERAR O IMEDIATO: O PROCESSO DE TRABALHO DAS/OS
ASSISTENTES SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção de título de **Bacharela em Serviço Social**.

Aprovado em 05 de dezembro de 2019

Laura Regina da Silva Camara Mauricio da Fonseca, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Fernanda Nunes da Rosa Mangini, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2019

RESUMO

SUPERAR O IMEDIATO: O PROCESSO DE TRABALHO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

AUTORA: Patrícia de Oliveira Berger

ORIENTADORA: Laura Regina da Silva Camara Mauricio da Fonseca

O objetivo deste Trabalho de Conclusão de Curso- TCC II é fazer uma reflexão sobre o processo de trabalho do/a Assistente Social junto às famílias, a partir da vivência oportunizada em um grupo operacional para familiares em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas- CAPS- II- AD, localizado na cidade de Santa Maria/RS. Para isso buscou-se a literatura através de revisão bibliográfica para melhor compreender o processo histórico, tanto da saúde como um direito, quanto da saúde mental e o processo de trabalho com famílias no contexto das políticas sociais e públicas. Levando em consideração e deixando em evidência a parte empírica, pois se trata de um relato teórico prático da vivência de estágio curricular. E a partir deste trabalho e da vivência, pode-se concluir que o/a Assistente Social, necessita estar em constante movimentação para efetivação de direitos dos usuários e seus familiares e buscando de maneira efetiva e criativa superar o tecnicismo e o imediatismo no cotidiano da instituição. E principalmente articular maneiras, de superar os estigmas que envolvem o tema, junto à equipe multiprofissional e a comunidade, pensando também mecanismos para que as famílias e usuários não cheguem ao CAPS só em situações limites, o que causa este agir mais burocrático e imediatista.

Palavras-chave: Saúde Mental; Processo de Trabalho do/a Assistente Social; Família

ABSTRACT

OVERCOMING THE IMMEDIATE: THE WORKING PROCESS OF SOCIAL ASSISTANTS IN THE MENTAL HEALTH FIELD

AUTHOR: Patrícia de Oliveira Berger

ADVISOR: Laura Regina da Silva Camara Mauricio da Fonseca

The aim of this Course Conclusion Paper is to reflect on the working process of the Social Assistant with families, from the opportunized experience in an operational group for family members in a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs (CAPS-II-AD), located in the city of Santa Maria/RS. For this, the literature research was performed through bibliographic review to better understand the historical process of health as a right, as well as mental health and the process of working with families in the context of social and public policies, considering and highlighting the empirical part, as it is a practical theoretical report on the experience of curricular internship. Based on this work and experience, it can be concluded that the Social Assistant needs to be in constant movement for the enforcement of rights of users and their families and seek to effectively and creatively overcome the technicality and immediacy in the daily life of the institution. Specially to articulate ways to overcome the stigma surrounding this issue, together with the multiprofessional team and the community, also thinking mechanisms for families and users not to reach the CAPS only in final situations, which makes these approaches more bureaucratic and immediatist.

Keywords: Metal Health; Social Assistant's Working Process; Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAP: Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I: Centro de Atenção Psicossocial de 20.000 e 70.000 habitantes

CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial de 70.000 a 200.000 habitantes

CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial para + 200.00 habitantes

CAPS –II- AD: Centro de Atenção Psicossocial II álcool e outras drogas

CAPS- II- i: Centro de Atenção Psicossocial infantil

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFAS: Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS: Conselho Federal de Serviço Social

CT: Comunidade Terapêutica

CONAD: Conselho Nacional de Políticas sobre drogas

CNDSS: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CONFEM: Conselho Federal de Entorpecentes

DATAPREV: Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DSS: Determinantes Sociais de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FUNAD: Fundo Nacional Antidrogas

FUNABEM: Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FUNCAB: Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas

HUSM: Hospital Universitário de Santa Maria

IAPS: Institutos de Aposentadoria e Pensões

IAPAS: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional da Previdência Social

IPASE: Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

LBA: Liga Brasileira de Assistência

MRPB: Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

MS: Ministério da Saúde

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS: Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF: Núcleo de Apoio à Família

PNAD: Política Nacional Antidrogas do Brasil

PTS: Plano/ Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas

SENAD: Secretaria de antidrogas para sobre drogas

SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SISNAD: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPO: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1 INTRODUÇÃO	10
2 ESTRUTURA, CONJUNTURA E AS LEGISLAÇÕES DA SAÚDE NO BRASIL	13
2.1 Do Sistema previdenciário à Saúde como um direito	13
2.2 A Saúde Mental no Brasil: dos manicômios aos serviços de base comunitária	18
2.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Santa Maria/RS	25
3 O PROCESSO DE TRABALHO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - CAPS- AD II	30
3.1 Serviço Social e Trabalho	30
3.2 Superar o imediato: O/A Assistente Social no CAPS II-AD	36
4 PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NA SAÚDE MENTAL	47
4.1 Resgate Histórico do Trabalho com Famílias	47
4.2 Projeto Fortalecer: a partir da vivência durante o estágio em um grupo de familiares no CAPS II-AD	54
4.2.1 A Vivência de Estágio	54
4.2.2 O Projeto Fortalecer	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
6 REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

Desvendar o curso de Serviço Social, o processo de trabalho do/a Assistente Social na Saúde Mental e com as famílias, se tornou a motivação para escolher o Centro de Atenção Psicossocial II- álcool e outras drogas como campo de estágio e primeiro contato com a prática. Esta curiosidade e o interesse, que se manifestou com o passar dos anos e semestres, e as oportunidades de leituras, aulas, palestras, espaços e pessoas, foi se desenvolvendo uma paixão por compreender melhor e lutar pela real efetivação de direitos e a conquista de espaços, valorização da categoria e reconhecimento do/a Assistente Social na Saúde Mental. Se materializando neste Trabalho de Conclusão de Curso - TCC II.

Que tem como objetivo refletir sobre o processo de trabalho do/a Assistente Social com Famílias na Saúde Mental, a partir da vivência oportunizada durante o período de estágio curricular em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas – CAPS - II-AD, localizado no município de Santa Maria- RS. E concluir este processo de Graduação em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - RS. O CAPS- AD- II é um serviço ambulatorial de saúde mental, especializado em transtorno mental em decorrência de uso abusivo de substâncias psicoativas, ou apenas o uso abusivo, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deste município e se comunica com toda a rede local e regional. O CAPS oferece serviços de base territorial e comunitária, contando com uma equipe multiprofissional, sendo o/a Assistente Social um desses profissionais.

O estágio em Serviço Social nesta instituição possibilitou o contato e o desvendamento, além das expressões da questão social que envolve a saúde mental e o uso de álcool e outras drogas, mas também o contato com uma equipe multiprofissional, e o processo de trabalho do/a Assistente Social, junto a equipe e com os usuários e familiares deste serviço. Possibilitando também, o contato com o trabalho em e na rede de saúde mental, o cotidiano da instituição, as outras esferas da seguridade social e entre outras vivências.

Ademais, este trabalho de conclusão, se faz importante na medida em que se consegue compreender a partir da vivência de estágio e o resgate bibliográfico, a trajetória da saúde, saúde mental, com a estrutura e conjuntura do capital, e o avançar do processo de trabalho da/o Assistente Social em conformidade com as alterações do posicionamento da categoria profissional. Trazendo também o

processo de trabalho no CAPS -II- AD, que não caracteriza a atuação do/a profissional Assistente Social, apenas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, mas a todas as expressões da questão social que envolve o sujeito e sua família, em todos os contextos da vida social, que envolvem as três estruturas responsáveis: Estado, a sociedade civil e a família. Abarcando todos os determinantes sociais, para conseguir ver de maneira efetiva o sujeito como biopsicossocial, considerando todos os avanços ocorridos desde a Constituição Federal de 1988.

Também compreender o processo de atuação profissional do Serviço Social na Saúde Mental, que começou a integrar as equipes de Saúde Mental em meados dos anos 1940, ainda nos hospitais psiquiátricos, como afirma Vasconcelos (2000), sendo suas primeiras práticas com caráter de “Serviço Social Clínico”, em que se predominavam abordagens higienistas, ou seja, possuíam um caráter mais conservador. E a partir de 1960, mais precisamente no período ditatorial, marcado pelas diversas repressões civis e militares de suspensão de direitos, a profissão se depara com novas expressões, inquietações e é chamada a intervir nessa nova realidade. Com essas alterações no mundo do capital e as mudanças no objeto de trabalho das/os Assistentes Sociais ao longo da trajetória e das modificações na identidade da categoria profissional, estes profissionais assumem outras posições e intencionalidades e modificam seu processo de trabalho.

Compreendendo assim, a intenção e a importância do processo de trabalho do/a Assistente Social junto ao grupo operacional para familiares, sendo necessário fazer mediações entre a família e o usuário, e destes com a equipe multiprofissional do serviço. Também o processo de reconhecimento das relações de forças, na família, que são reflexos das exigências da sociedade capitalista, para auxiliar no desenvolvimento de situações conflituosas, superando assim o imediatismo e o tecnicismo das ações mais burocráticas, para atender o usuário e seus familiares em toda sua integralidade, respeitando os princípios doutrinários do SUS.

Portanto, este TCC II, em formato de relato teórico prático, foi orientado de forma metodológica a fazer um resgate histórico, através de referenciais bibliográficos, somando-se a parte empírica da vivência no campo de estágio. Assim sendo, serão tecidos teoricamente pontos necessários para o desenvolvimento desse trabalho de conclusão de curso, que ajudem na reflexão sobre o processo de trabalho dos/as assistentes Sociais. Sendo assim para melhor organização, será dividido em três capítulos. O primeiro abrangendo a trajetória da previdência social

à saúde como direito de toda a população, a conjuntura e as legislações que regulam estes movimentos e o marco da cidadania. Tendo um segundo item, que traz os avanços da Saúde Mental no Brasil a partir dos movimentos ocorridos na Europa, que serviram de inspiração para o nosso país, caminhando dos manicômios aos serviços de base comunitária.

O segundo capítulo se desenvolve pensando o processo de trabalho do/a Assistente Social, no sistema capitalista e no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas- II- Ad, utilizando assim, referenciais teóricos e a prática vivenciada. Buscando refletir as ações e as necessidades de superação de fazeres tecnicistas e imediatistas. E por fim, o terceiro capítulo, que através de revisão bibliográfica recorreu a trajetória do processo de trabalho do/a Assistente Social com famílias. E no segundo item, o estágio em Serviço Social no CAPS-II- AD e a vivência no grupo de familiares, e para se encaminhar para o fim, este capítulo o Projeto de Intervenção, traz o que foi pensado no primeiro semestre de estágio, juntamente com desenvolvimento do segundo estágio, com o grupo de familiares, Projeto Fortalecer.

2 ESTRUTURA, CONJUNTURA E AS LEGISLAÇÕES DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 Do Sistema previdenciário à Saúde como um direito

A Saúde é um direito de toda população brasileira e um dever do Estado¹, mas nem sempre foi assim. Antes da Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, alguns mecanismos eram utilizados, sendo assim, apenas os trabalhadores que efetuavam contribuições tinham acesso a saúde e os que não, contavam com as casas filantrópicas e as organizações assistencialistas.

O Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, que ficou conhecido como a Lei Eloy Chaves, era um destes mecanismos, e pode ser considerado um marco na base da organização previdenciária no Brasil. Criando-se a partir deste Decreto, as caixas de aposentadorias e pensões (CAP), para os empregados das empresas ferroviárias. Porém cada empresa tinha sua caixa de aposentadoria e pensão, isto é, um mecanismo sem envolvimento do Estado, totalmente de responsabilidade das empresas e dos trabalhadores desta mesma organização. Sendo assim, apenas uma pequena parcela da população tinha direito à assistência médica.

A partir de 1933, as caixas de aposentadoria e pensões passaram a ser substituídas por Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), englobando um maior número de categorias profissionais. A Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, organizada pela primeira-dama Darci Vargas, implantou serviços de assistência médica de forma filantrópica aos trabalhadores que informais, trabalhadores rurais e os mais pobres.

Por meio do Decreto-Lei nº 72 de novembro de 1966, que criou o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e consolidou o sistema previdenciário brasileiro, agora uma instituição pública. O governo militar que criou o INPS, com o intuito de uniformizar os benefícios de seus contribuintes, que eliminou o modelo de gestão tripartite, União, empregadores e empregados. Esta gestão tripartite garantia aos usuários, ao menos formalmente, a representação nos processos de deliberação dos institutos (Santos, 1994). Além de potencializar a exclusão de

¹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

maneira progressiva da participação social na gestão da previdência, o INPS passou a contratar serviços privados para o atendimento de seus beneficiários. (Braga, Paula, 1986).

Em 1977, a implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sob orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência, instituindo a Lei 6.439 de setembro de 1977, que afirma

Art 2º - São mantidos, com o respectivo custeio, na forma da legislação própria, os regimes de benefícios e serviços dos trabalhadores urbanos e rurais, e dos funcionários públicos civis da União, atualmente a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado - IPASE. Art 3º - Ficam criadas as seguintes autarquias vinculadas ao MPAS: I - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; II - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS. Art 4º - Integram o SINPAS as seguintes entidades: I - Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; II - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; III - Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA; IV - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor FUNABEM; V - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; VI - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS. (BRASIL, 1977)

Sendo assim, através desta lei, foi possibilitada a integração da área de Previdência e Assistência, abrangendo a partir de então em forma de contratos, de maneira organizada, a assistência médica aos trabalhadores que faziam parte do mercado de trabalho formal, compondo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPES), e para as pessoas que não possuíam emprego, e principalmente a população pobre, considerados indigentes, a parte da assistência era de responsabilidade da LBA. Estes mecanismos estavam pautados na recuperação dos possíveis danos ocorridos que impossibilitasse o empregado de cumprir sua função, e não na prevenção a saúde.

Neste contexto, começa-se a discutir as políticas de proteção social e o papel do Estado, em relação às inúmeras expressões da questão social, que surgiam da relação capital trabalho. Impulsionado pela intensa miséria generalizada que se iniciou no pós Segunda Guerra Mundial, que determinou o surgimento da legislação social e de um conjunto de medidas de proteção social que passou a constituir, entre os anos de 1940 e 1970, os pilares do *Welfare State* (PEREIRA, 1998).

O Brasil, não chegou a atingir o estado de bem-estar social, apenas políticas restritas e excludentes (BEHRING, 2003). Processos importantes de lutas e movimentações em prol de acesso à saúde como um direito de toda a população Brasileira, ocorrem durante um contexto de ditadura civil e militar no país. E somente com a Constituição de 1988 que o Sistema de Proteção Social vai adquirir formato de Seguridade Social. (NOGUEIRA, 2001), compreendendo o tripé, Saúde, Assistência e Previdência.

No campo da Saúde, movimentos sociais lutavam para uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, universalizar seu acesso e as melhores condições de trabalho dos profissionais da saúde, de forma coletiva e individualmente. Um desses movimentos é o da Reforma Sanitária, que teve início na década de 70, e que além das preocupações estatais de ampliar a cobertura do sistema de saúde previdenciário, tinha-se a ideia de reorganizar as questões administrativas que resolvessem o problema da ineficiência do orçamento do sistema de saúde.

Sendo assim, iniciam-se o desenvolvimento de ideias reformistas entre os Sanitaristas que objetivam estender a saúde a todos os brasileiros, além de requerer que as desejadas melhorias das condições sanitárias estavam diretamente ligadas à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da saúde como direito. Como afirma Paim (2008) o movimento, contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do Estado.

Em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, com o objetivo de editar um periódico especializado, instituiu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tinham como objetivo “a análise do setor de saúde como componente do processo histórico-social” (CEBES, 1976, p. 3). A partir daí a revista Saúde em Debate tornar-se um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento, e o CEBES, uma de suas referências como entidade da sociedade civil (Sophia, 2012a). Em setembro de 1979, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. No mesmo ano ocorreu o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças.

O documento desenvolvido e aprovado neste primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde estabelecia princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (CEBES, 1980).

Seguindo a trajetória das lutas, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco em participação popular, ocorrida em 1986. A conferência, aconteceu nos dias 17 a 21 de março, e marcou participação de mais de 4 mil pessoas, entre profissionais, representações da sociedade civil e de partidos políticos. O documento que se apresentou para a plenária final para aprovação, e que gerou o relatório final, foi consolidado a partir de discussões em 135 grupos de trabalho.

Havia iniciado a movimentação nas pré-conferências, municipais e estaduais, configurando-se como um processo participativo e democrático, que se elegeram delegados. Durante todo o processo, foi discutido a necessidade de reformulação do conceito de saúde, o seu financiamento e acesso, a separação da saúde da previdência, e a discussão mais importante, o novo sistema de saúde nacional. Deliberando deste acontecimento histórico, em seu relatório final, a saúde é conceituada, como multicausal, ou seja, inúmeros determinantes. E que o Estado deveria ser responsável pela garantia desse serviço, como mostra no quarto item do primeiro tema, saúde como direito

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação de políticas sociais e econômicas pela população. (BRASIL, 1986)

Sabendo que para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na

população. E no relatório o conceito amplo de saúde, implica em garantir como direito: trabalho em condições dignas; alimentação para todos, segundo suas necessidades; moradia higiênica e digna; plena educação e acesso à informação; qualidade adequada do meio-ambiente; transporte seguro e acessível; repouso lazer e segurança; participação da população na gestão, controle dos serviços e ações de saúde; liberdade a livre expressão e organização e acesso igualitário e universal a todos os serviços (BRASIL, 1986)

Ademais, no tema, formulação do sistema nacional de saúde, traz a reestruturação de um Sistema descentralizado e unificado de Saúde, separadamente da previdência, com a construção de um novo arcabouço institucional, sendo o principal objetivo desse novo sistema o fortalecimento do setor estatal. E em 1988, depois de muita luta dos movimentos sociais, a Constituição Federal torna a Saúde um direito de todos e dever do Estado, criando assim o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), tendo em seu Art. 1, que este Decreto *tem “objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde.”* (BRASIL, 1987)

E em 90, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro, regulamenta em todo o território nacional o Sistema Único de Saúde (SUS) e assim, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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

Preconiza-se que a saúde é universal, instituindo os parâmetros para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Pereira, 2008). Universalidade no acesso em todos os níveis de assistência, Integralidade na assistência em saúde, Equidade sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 1990). Com isso, materializa-se o art.196, da constituição cidadã, implementando um novo modelo de cuidado em saúde, aliado às ideias da Reforma Sanitária e as discussões e

deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A redemocratização da saúde, sob os princípios de um atendimento universal, integral e que garantisse a equidade, descentralizado e que esteja sob controle social.

2.2 A Saúde Mental no Brasil: dos manicômios aos serviços de base comunitária

A loucura já foi vista e pensada de diferentes maneiras pelas civilizações, Segundo Foucault (1972), os loucos, na Idade Média, pertenciam de certa forma ao meio social, pois havia uma experiência trágica da loucura que os conectava ao mundo como aqueles que dizem a verdade de forma extravagante, uma experiência que dava a eles o lugar da revelação. Isso quer dizer que a loucura tinha uma linguagem aceita socialmente, mesmo com suas particularidades. E no século XVIII, na sociedade ocidental passou a ser vista como doença, criando-se uma forma universal para abordar os transtornos mentais, com criação das instituições psiquiátricas e asilares.

No Brasil um movimento político e social que começa a ocorrer nos anos 70, inspirada na movimentação europeia, principalmente italiana, é a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sendo sua ascensão nos anos 90. Este movimento surge do conhecimento da população, através das denúncias sobre a falta de assistência à população com transtornos mentais, que eram abandonadas em manicômios. Surgindo assim, a necessidade de discussão sobre as precárias condições de trabalho que eram oferecidas aos profissionais e os maus-tratos aos pacientes das instituições psiquiátricas.

Inicialmente, as políticas públicas, os programas governamentais e os hospitais de iniciativas privadas estavam pautados na medicalização, isolamento e práticas abusivas. A maneira de tratamento era baseada nos princípios de um médico psiquiátrico francês Philippe Pinel, que possuía práticas abusivas, conhecidas como “isolar para conhecer e tratar”. O tratamento era moral (AMARANTE, 2011). Ainda, Pinel, dividiu os “loucos” em duas categorias, os agitados e os de quietude. Porém como não possui cura eles permaneciam institucionalizados até o final da vida. Estas instituições eram criadas para cumprir o duplo papel de retirar do espaço público os indesejáveis, que perturbam o espaço urbano, e também o de encontrar,

experimentalmente, métodos terapêuticos próprios, ou seja, tentar “curar a loucura”, como afirma Teixeira (1993) transformar o corpo violento em corpo pacífico.

Um local de residência e trabalho onde um elevado número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1992, p. 11)

Os asilos, que eram os lugares onde estas pessoas eram abandonadas, estavam pautados no saber médico psiquiátrico e na anulação da identidade, muitos andavam nus, sem nenhum tipo de higiene pessoal, como é o exemplo do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais (1903-1980), que se localiza no final da linha do trem. As instituições, segundo Goffman (1992), possuíam um planejamento racional e consciente que atendessem os objetivos da instituição, isolamento físico e psíquico com o mundo exterior, ruptura com os papéis anteriormente desempenhados, anulação do direito à informação, hierarquização social entre internados e profissionais e a renúncia de qualquer vontade em favor dos interesses da instituição.

A partir do conhecimento e denúncias destas situações a Reforma Psiquiátrica pretende, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (AMARANTE, 2011). O ano de 1978 é considerado o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se configura como um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Inspirado na reestruturação e luta italiana

Constituir-se em espaço de luta não- institucional, em lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformações psiquiátricas, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2011, p. 58).

Sendo assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica é definido por Amarante (2011, p. 91) como “o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivo e estratégia, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. Em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, na cidade de Bauru, São Paulo, com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu no Rio de Janeiro. Neste período, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, e são implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas.

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. Na primeira proposta o deputado sugere a extinção dos manicômios, mas em votação foi retirada esta proposta, sendo 23 votos contrários, a 4 favoráveis. Em 1989, ocorreu a primeira experiência de desinstitucionalização no Brasil. O Rio Grande do Sul, que mesmo com seu caráter conservador, foi pioneiro com a Lei Estadual 9.716 de 7 de agosto de 1992, que determinou a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por redes de atenção integral em saúde mental, legitimando a política da reforma psiquiátrica.

E, somente 12 anos depois, no ano de 2001, que a Lei, popularmente conhecida como, Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, não é do Projeto de Lei original, trazendo importantes alterações. Assim, a Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, e dispõem sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. Porém a lei não cita a exclusão dos manicômios, e não institui mecanismos claros para a progressiva extinção destes espaços.

Neste contexto da promulgação da lei, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, conferindo ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial. Que tem por objetivo, ser um serviço de base comunitária, e que compreenda o sujeito como biopsicossocial, em sua integralidade. Em 2002, foi publicada a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 a qual estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades

CAPSI, CAPS II, CAPS III, CAPSAD, CAPSi. Onde o Art.1º estabelece que os CAPS deverão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I (de 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (70.000 a 200.000 habitantes) e CAPS III (+ 200.00 habitantes), definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Além do mais, por meio da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, criou-se, ampliou-se e articulou-se os pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que, trata-se de uma lógica que orientará a ação profissional e organizará os meios de trabalho (PAIM, 2008), propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, visando o acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência em sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, do básico até a alta complexidade, entrando também o uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2014).

A efetivação das diretrizes e dos objetivos da rede de atenção psicossocial é de um trabalho em rede não se dá pela somatória de pontos de atenção implantados nem pelo elenco organizativo dos componentes ou, ainda, pela simples modernização do circuito assistencial. A RAPS se efetiva – isto é, só existe – na dependência de pessoas (de pontos de atenção diversos) que se conectam e se coordenam com uma finalidade comum (ASSIS et al, 2014).

A RAPS, traz os princípios de território, autonomia e reinserção social, sendo dividida em: serviços de atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégia de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação social, composta por equipes multiprofissionais em seus níveis de atenção.

O CAPS, que compõem a RAPS, e se localiza na atenção psicossocial estratégica, como um serviço especializado, mas que também é um serviço de portas abertas, podendo ser ordenador do cuidado integral aos usuários e seus familiares. Em que seu financiamento ocorre um reajuste regulamentado pela Portaria GM/MS Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, destinando recurso fixo aos CAPS, e estabelece uma quantidade do valor anual para os blocos de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, estaduais e

municipais pela Portaria GM/MS Nº 3.099, de 26 de dezembro de 2011, que possibilitou um importante salto no financiamento dos serviços. Em 2013, o aumento no valor de financiamento dos CAPS III e CAPSad III, através da Portaria GM/MS Nº 1.966, de 11 de setembro de 2013, também favoreceu o crescimento de recursos federais investidos nos CAPS.

Destaca-se a reversão, desde 2005, dos recursos financeiros anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar, o que indica a gradual superação do modelo hospitalar de saúde, ao mesmo tempo em que se expande a rede substitutiva de atenção comunitária e territorial, transformando o cenário da atenção pública em saúde mental no país. Segundo a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), DATASUS/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, os recursos investidos na RAPS reafirmam o compromisso da gestão federal com a oferta de cuidado integral e qualificado, que proporcione o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Trata-se de investimento dos recursos federais em dispositivos mais eficientes, resolutivos, acessíveis e pautados nos direitos humanos. Porém a Resolução CIT (Comissão Intergestores Tripartite) Nº 32/2017 de 14 de dezembro e a Portaria Nº 3.588/2017 de 21 do mesmo mês incluem os seguintes pontos de atenção: Hospital Psiquiátrico e o CAPS IV AD, modificando também o financiamento das equipes multiprofissionais. O hospital psiquiátrico, que vai contra a ideia da reforma psiquiátrica, que previa leitos em hospital geral, para último recurso e em curto período, e o CAPS AD IV, um serviço para áreas de cracolândia, que funcione 24h incluindo feriados e finais de semana; e que deve ofertar assistência a urgências e emergências, sem explicar como será o atendimento e o objetivo claro deste local, reforçando o estigma do uso abusivo e dependência química, com caráter higienista, levando em consideração a trajetória e a maneira das resoluções para a questão álcool e outras drogas no país.

O Brasil ocupa aproximadamente 50% do território da América do Sul, com população de quase duzentos milhões de habitantes. Fazemos fronteira com dez países. É um país de dimensões continentais, que faz fronteira com os três maiores produtores de cocaína do mundo: Peru, Colômbia e Bolívia. E com um dos maiores produtores de maconha do mundo, o Paraguai. Estes dados segundo Duarte (2010)

representam a ideia do desafio de construir uma política pública sobre drogas em um país com essas características.

Um país que começou a instaurar leis punitivas e proibicionistas de modo a punir os usuários, exemplo disto é que em 1976 foi implementada a Lei nº 6.368, vigente até 2006, que além de ser voltada à repressão, via o usuário de drogas como um criminoso comum e sem qualquer perspectiva de garantia de direitos. Em 1980 é feita a tentativa de criar, por meio de decreto, um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. E cria, então, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEM), basicamente voltado para o controle e a repressão. Depois, em 1986, foi criado o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas (FUNCAB), e em 1993 ocorre a tentativa de criação de uma Secretaria Nacional de Entorpecentes, no âmbito do Ministério da Justiça. Em 2001, o FUNCAB se transforma em Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

A partir destes fatos, por meio de Decreto Presidencial Nº4.345 de 26 de agosto de 2002, foi estabelecida a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do Brasil, que coube a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (vinculada diretamente à Casa Militar da Presidência da República) mobilizar diferentes atores para a sua criação. Essa política tinha o intuito de redução da demanda e da oferta de atividades relacionadas à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Também a prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causam dependência química, à redução de danos, à reinserção social de usuários e dependentes (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2003, reafirmou que o uso de álcool e outras drogas é questão de saúde pública, apresentando assim, a Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas. Essa Política está embasada na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2004). Em 2004, após o Seminário internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que contou com expressiva participação popular, a política foi readequada, tirando-se o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas, passando a ser Política Nacional “sobre” drogas. E no ano de 2008, através da Lei Nº 11.754, o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre drogas (CONAD), modificando também a Secretária de antidrogas para sobre drogas (SENAD).

Essas modificações se afirmam até 2010. Tais influências se reúnem, se expandem e se materializam no Decreto 7.179 de 2010, que institui o Plano

Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, implementado pelo programa “Crack: é possível vencer”. Os representantes dos segmentos opositores ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) em 2016, ganham o posto da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, impondo alterações legais, para reorientar o processo em andamento, sintetizado na Portaria 3.588/2017 (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Em fevereiro de 2019, foi publicado pelo Ministério da Saúde a Nota Técnica, 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que modifica a Política de Saúde mental, acrescentando a RAPS as Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral, os Hospitais Psiquiátricos Especializados e Hospital dia. O que significa um retrocesso as reformas conquistadas no país, sobretudo quando não considera mais que a rede de serviços de saúde mental, como CAPS, ou os Residenciais Terapêuticos, sejam consideradas substitutivas aos Hospitais Psiquiátricos, indicando que não haverá mais fomento do fechamento de unidades com essas características.

Sendo possível, perceber, desde a Portaria criadora da RAPS, que os leitos em hospitais não foram excluídos do processo, que permanecem na rede. A Nota Técnica foi criada com a falácia de uma ampla rede de cuidados, porém a RAPS, desde sua criação, e demais Portarias de fortalecimento e incentivo, já se faz como mecanismos efetivos e variados, sem ocorrer a exclusão de níveis de cuidado. É possível perceber que está legislação se coloca na ideia de retroceder ao saber médico e ao cuidado hospitalocêntrico, ignorando os saberes dos demais profissionais que compõem as equipes de saúde e nega os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Ademais, o Decreto 9761, de 11 de abril de 2019, intensifica através de inúmeras medidas, uma postura ainda mais ostensiva do governo contra a descriminalização das drogas e dá fim à lógica de redução de danos, priorizando a abstinência dos usuários e estimulando os “tratamentos” em comunidades terapêuticas. Este decreto também extingue órgãos colegiados da administração federal e acaba com até 30 conselhos e comissões de participação e controle social, um desses conselhos é o CONAD. Sendo que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) é órgão central do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas, que suas orientações e normas princípios de observância obrigatória, conforme previsto em lei (Lei nº 11.343/2006).

Esta Lei citada a cima, de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); “estabelece medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (LEI Nº 11.343/2006). A Lei Nº 13.840 de 5 de junho de 2019, promove algumas mudanças nesta Lei, admitindo-se agora, a internação em unidades de saúde e hospitais gerais. Sendo de dois modos a internação, voluntária e involuntária. A primeira é a que se dá com o consentimento do dependente de drogas. E a segunda, é a que não existe consentimento do usuário, e é necessário o pedido de algum membro da família ou responsável, e na falta deste algum profissional, e será de no máximo 90 dias para desintoxicação. Não que a internação já não ocorra em casos de uso abusivo e dependente de álcool e outras drogas, mas esta Lei legitima o processo.

2.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Santa Maria/RS

No ano de 2004, o Ministério da Saúde recomenda a implementação da Política Nacional de Reabilitação Psicossocial, e salienta a importância da construção de uma rede comunitária de cuidados para a reorganização e redirecionamento da atenção em saúde mental, com a intenção de consolidar o processo da Reforma Sanitária. Lembrando que a Rede de Atenção à Saúde Mental é componente do SUS, e em 2011 a criação da RAPS.

O Município de Santa Maria, localizado na região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, administrativamente composta, pelas 4º e 10º Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. É integrante da 4º Coordenadoria Regional de Saúde, juntamente com 32 municípios.

Como supracitado, a RAPS, se divide por níveis de complexidade. Sendo no 1º nível: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESF), os Consultórios de Rua, os Centros de Convivência, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as comunidades terapêuticas (CT). No 2º nível, os CAPS (em todas suas especializações e por número de habitantes), os Ambulatórios em Saúde Mental, Os Atendimentos de Urgência e Emergência: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU) e a Sala de Estabilização. E o 3º Nível, a Atenção Hospitalar: Hospital Geral e Enfermaria de Saúde Mental.

Nos 1º e 2º nível, que são serviços de base comunitárias, organizando-se por território e regiões, respeitando os princípios organizativos do SUS, sempre em consonância com os objetivos de promoção, proteção e recuperação da saúde, e priorizando a participação popular. Sendo Santa Maria um município de população estimada de 282.123 mil habitantes, tendo capacidade de ter um CAPS III, possui apenas CAPS II, em modalidades, Transtorno Mental Grave: CAPS II Prado Veppo, o para atendimento de crianças e adolescentes: CAPS II- i O equilibrista, para usuários de álcool e outras drogas: CAPS II- AD Caminhos do Sol e CAPS II- AD Cia do Recomeço.

Como existem dois CAPS especializados em Álcool e outras drogas, a separação no município é por território, compreendo também a localização das UBS e ESF, caso o usuário já esteja referenciado. Os dois Serviços ficam localizados na região central de Santa Maria, o que dificulta o acesso dos usuários, que necessitam se deslocar dos bairros. O CAPS, mesmo estando na atenção secundária especializada, também se configura como uma porta de entrada, e pode ser ordenador do cuidado, ou seja, o usuário pode chegar primeiro neste serviço e depois estabelecer rede. Neste município, os CAPS II- AD, não se encontram com as portas abertas, por motivo da grande demanda atual.

Ademais, as redes atravessam e são feitas de equipes e equipamentos de saúde, visto que podem se articular de uma unidade básica para emergência ou desta para um hospital. Desse modo, os caminhos a serem percorridos são acionados e definidos a partir de um Projeto Terapêutico Singular, sempre inerente às necessidades dos usuários, e acordado junto com o mesmo, de modo a garantir sua autonomia e desejos, e também àquilo que está disponível para o seu cuidado.

E a realidade encontrada no município de Santa Maria, além da superlotação nos serviços de base comunitária, não dispõe de leitos para desintoxicação oferecidos a homens adultos, sendo necessário que os mesmos sejam encaminhados para hospitais localizados em quatro municípios vizinhos, conveniados com a Prefeitura local, a fim de que tenham acesso a essas ferramentas de tratamento, observando-se, assim, o distanciamento de suas relações sociais, de seu meio de convívio familiar, em desacordo com o proposto na política de saúde mental, e não trabalhando os conflitos territoriais.

Pois na cidade, existem dois hospitais públicos com leitos para saúde mental, a Unidade Paulo Guedes, localizada no Hospital Universitário de Santa Maria- HUSM, porém não aceita usuários de álcool e outras drogas, (anteriormente, existia uma unidade exclusiva para recuperação de usuários de álcool e outras drogas- SERDEQUIN, que encerrou suas atividades no final de 2014), e a Unidade de Internação Psiquiátrica da Casa de Saúde, que por questões estruturais está com a metade dos leitos fechados, e só recebe mulheres para a internação.

A Reforma Psiquiátrica, é compreendida como a luta por mudança dos modelos assistenciais, antes centrados no modelo hospitalar. Sendo a RAPS, a superação deste modelo, mas que precisa estar sendo fortalecida de forma articulada com os profissionais que dela fazem parte e todos os dispositivos da Seguridade Social. Os serviços de base comunitária, são substitutos e efetivos no acompanhamento e tratamento, porém na questão da dependência abusiva de álcool e outras drogas, em inúmeros casos são necessárias a internação para desintoxicação.

Um estudo realizado no ano de 2013, quando ainda existia o SERDEQUIN, e publicado na Revista Saúde (Santa Maria), traz a identificação de fluxogramas referentes ao trânsito dos usuários na rede de saúde mental. E um desses dados é em relação aos *demonstrativos “do fluxo na rede de saúde mental/álcool e outras drogas, no que tange à região de procedência dos indivíduos, constata-se que a grande maioria dos usuários (84,38%) que internaram no SERDEQUIM durante o período analisado são procedentes de Santa Maria”*. Outro dado interessante presente neste estudo, e que representa a comunicação da rede *“identifica-se que a maioria dos prontuários (75,63%) não possui registro de encaminhamento, fato que impossibilita uma análise precisa da situação. A falta desta informação não especifica se o usuário teve acesso a outro serviço, dificultando o reconhecimento do fluxo de pré internação.”* E *“que apenas 18,75% dos pacientes seguem o fluxo de encaminhamento via CAPSad ao SERDEQUIM. E uma pequena parcela de 3,12% e 2,5% dos usuários possui encaminhamento para internação, via Atenção Básica e outros serviços, respectivamente”* (ROSA, K.E. et al, 2013).

Quando existia este serviço no município já existia dificuldade do trabalho em rede e de identificar o fluxo. Hoje este serviço foi fechado, permanecendo só o supracitado, faz com que esta comunicação se torne mais difícil. E um estudo realizado a partir das vivências enquanto Residentes em Saúde Mental com atuação

específica no CAPS II- AD e publicado em 2015. Sendo os resultados observados que chamam atenção e que são de relevância para demonstrar esta questão: das 61 internações realizadas nesse período (junho de 2013- julho de 2014), 51 foram de usuários do sexo masculino e 10 do sexo feminino, sendo destes 1 menor de idade. Este estudo também mostrou que 47 internações ocorrem em locais distantes do meio social destes usuários, em outros municípios da região (MACHADO et.al.,2014) o que além de ir contra a premissa da política de saúde mental, impossibilita o acompanhamento das famílias e a comunicação entre ambas as partes, inclusive prejudicando a o acompanhamento do usuário na rede de atenção à saúde mental, durante e após o processo de internação e desintoxicação.

Estas questões e a falta de comunicação com a rede local e as instituições mais distantes, dificulta o planejamento que é feito, com a participação do usuário e seus familiares, para compreendê-los em sua integralidade. Necessário levar em consideração também, a questão do adoecimento dos profissionais que compõe as equipes multi, pela superlotação, a falta de investimento, a derrubada de direitos e a atual conjuntura de retrocessos. Lembrando também que na Portaria nº 3.088, que institui a RAPS, traz seus dispositivos integrantes, porém do cotidiano da instituição e junto com os usuários, identifica-se que existem outros dispositivos que envolvem educação, assistência, e até dispositivos do terceiro setor que acabam completando a rede.

Existem avanços, como afirmam Zambenedetti e Perrone (2008), no processo da construção desta rede no município de Santa Maria, levando em consideração a vinculação de novos dispositivos, incluindo por exemplo a atenção básica. Porém a rede de atenção à saúde mental, do município apresenta a limitação de profissionais de referência nos serviços especializados em relação à atenção básica. Os autores trazem ainda a questão de o fluxo da rede em saúde mental, ter se efetivado entre os trabalhadores dos serviços de saúde e saúde mental assumindo um caráter informal, ou seja, construiu se de acordo com uma perspectiva individual e não institucional. O que pode ser observado no município de Santa Maria, pela perspectiva da vivência no CAPS II AD, que quando o profissional entende a importância da referência e contra referência a rede é efetivada.

Sendo assim, é possível perceber que se faz necessário compreender que a rede é feita de profissionais, de serviços de todos os níveis de complexidade, de

familiares e de serviços não-governamentais mantendo interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas que necessitam apoiar-se mutuamente, alimentando-se enquanto conjunto, que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate a agravos e prevenção de possíveis, efetivando direitos e acesso aos melhores e mais indicados tipos de tratamento e informação.

3 O PROCESSO DE TRABALHO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - CAPS- AD II

3.1 Serviço Social e Trabalho

Sendo o campo das políticas sociais, o espaço privilegiado de atuação dos/as Assistentes Sociais, as intencionalidades deste trabalho se relacionam às mudanças econômicas, políticas, sociais e de entendimento da categoria profissional perante o mundo capitalista. Em uma sociedade regida pela ordem do Capital, o Estado mantém a sua funcionalidade, de acordo com o estágio de desenvolvimento deste sistema, em um Estado liberal, por exemplo, a intervenção no social, segundo Netto (2011) se desenvolve de forma altamente coercitiva e repressiva nas mazelas geradas pela acumulação.

O Serviço Social teve origem no final do século XIX, quando se intensificou a passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, sendo tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, esse processo, segundo informa Netto (2011), foi caracterizado por significativos impactos na estrutura societária, decorrentes do recrudescimento das contradições surgidas nesse sistema. E os profissionais serviam aos interesses da burguesia e da Igreja Católica, que em meio a uma crise societária, tinham o objetivo de amenizar os conflitos resultantes das Revoluções Industriais, às crises dos inúmeros meios de produção (o Fordismo, o Taylorismo, o Toyotismo), o pós-guerra e do capitalismo em ascensão.

A profissão, possuía um caráter filantrópico, que logo adquiriu os princípios e valores da igreja católica, assumindo um perfil profissional humanista. Yamamoto (1998) assinala que o Serviço Social surgiu como uma das estratégias concretas de disciplinamento, controle e reprodução da força de trabalho. Que vinha na intenção de acalmar os ânimos dos trabalhadores, em meio, a uma estrutura de crise e o desemprego estrutural. E os resquícios da crise de 1929, estando o mercado em risco, surge o chamado Estado de Bem-Estar Social, onde são adotadas medidas econômicas e sociais a partir das ideias de Keynes, o Keynesianismo. Sendo a intenção o retorno do crescimento econômico e a circulação no mercado, e, para que isto ocorresse, concedia-se necessidades básicas para a população na

intenção de incentivar o consumo, como nas palavras de Siqueira (2013), o “liberalismo democrático.”

Essas medidas propunham, segundo Netto (2011), a intervenção organizada, sistematizada e estratégica do Estado nas expressões da questão social, e no mercado. Ou como diz Marx; Engels (1997) em o Manifesto do Partido Comunista, “*O moderno poder de Estado é apenas uma comissão que administra os negócios comunitários de toda a classe burguesa*”, em outras palavras o “*Estado é o comitê executivo da burguesia*”. Desta forma, o surgimento das políticas sociais, para Netto (2011), só se desenvolvem como política social pública a partir do capitalismo monopolista. Entretanto não se pode desconsiderar o processo e todas os movimentos da classe trabalhadora, logo são resultado das lutas e concessões do Estado. Mézáros (2002), coloca que estas concessões não acarretam prejuízo ao capital, mas estas garantem ao trabalhador a sua subsistência e conseqüentemente o controle e a reprodução de sua força de trabalho.

No Brasil, o Serviço Social sofre influência da Europa, surgindo em 1936, com a primeira escola e tem sua expansão em 1945, com o objetivo de atender as necessidades do aprofundamento do capital no país, motivadas pelas mudanças pós-Segunda Guerra Mundial. No entanto, argumenta Silva, que:

O aprofundamento dessa ordem societária (necessariamente contraditória), marcada pela modernização conservadora do país ao longo das décadas de 40, 50, 60 e 70 do século XX, impôs à profissão uma revisão do ‘Serviço Social tradicional’, manifestada no chamado ‘processo de reconceituação’, que, com todos os seus limites, teve o mérito de recolocar questões centrais para o Serviço Social: a formação profissional (nos seus aspectos teórico, metodológico, técnico instrumental e interventivo), a interlocução com outras áreas do conhecimento, a importância da pesquisa e da produção de conhecimentos no âmbito da profissão, entre outros aspectos. Esse rico contexto permitiu um debate mais intenso sobre as diferentes orientações teóricas na profissão (para além da Doutrina Social da Igreja), desencadeando uma interlocução com matrizes do conhecimento presentes nas Ciências Sociais. (SILVA,2008)

Neste ano, de 2019, no Brasil comemora-se os 40 anos do Congresso da Virada, que se configura como um marco determinante na categoria profissional dos/as Assistentes Sociais, que em meio a ditadura civil e militar, de 1964-1985, afirmou o compromisso do Serviço Social com a democracia. O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais realizado nos dias 23 a 28 de setembro de 1979,

promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais – CFAS², em São Paulo. Com uma intenção de ruptura³, almejando-se novas perspectivas, onde a luta fosse por um estado democrático ao lado da classe trabalhadora e não mais sob o domínio da burguesia conservadora. Constituindo-se uma nova forma de atuação, em defesa dos direitos humanos, da democracia, constituindo, uma nova frente, articulada diretamente com os movimentos sociais. Segundo Netto (2007):

Este período marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional. É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que está denominado projeto ético político (NETTO, 2007, p. 142 - 143).

O Projeto ético político citado por Netto, rompe com o conservadorismo histórico da profissão em prol de um novo exercício profissional, comprometido com a justiça social e a liberdade. Também na década de 80 o Serviço Social, com o código de ética de 1986, que nega a base filosófica tradicional conservadora, que norteava a "ética da neutralidade", colocando a categoria profissional em compromisso com a luta de classe. E aproximando-se da tradição marxista (CFESS, 1993), o Código de Ética de 1993, que compõem o Projeto ético Político dos/as Assistente Sociais até a atualidade. Desta forma,

A dimensão política da profissão passa por uma compreensão e um aprofundamento teóricos no interior da tradição marxista a partir da década de 80. É somente na década de 90 que a dimensão ética da profissão adquire a fundamentação teórica plasmada na fundamentação filosófica ontológica que passa a sustentá-la (ABRAMIDES, 2006).

Tais preceitos foram incorporados ao Código de Ética Profissional em 1993. O Serviço Social recebia as influências da conjuntura social e de luta política. Barroco (2001) faz a leitura para conceituar o Projeto Ético-Político. Ética, agrega duas ideias, a primeira à reflexão teórica da própria categoria, ou seja, seus valores, e a segunda, o código de ética, sendo uma resposta consciente da categoria

² Hoje chamado de Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

³O Movimento de ruptura ou Reconceituação é um importante momento do Serviço Social, pois é partir daí que surge uma outra visão acerca da prática profissional, voltada a uma análise crítica da realidade social, buscando assim um melhor desempenho no agir profissional ao atender as demandas da questão social, pautado em bases teórico-metodológicas que buscam superar as práticas tradicionais do Serviço Social.

profissional, indicando um dever ser. E a palavra Político, é usada para referenciar a posição da categoria, ou seja, nenhuma profissão ou categoria é neutra, não existe neutralidade.

A partir disso, o Código de Ética das/os Assistentes Sociais, apresenta ferramentas fundamentais para o processo de trabalho. Destaca-se entre seus 11 princípios fundamentais: a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; a articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. Sendo assim, pensar em uma atuação do Serviço Social é estar articulado e em prol dos movimentos dos trabalhadores e usuários que lutam pela efetivação dos direitos universais e de qualidade.

Além dos fundamentos supracitados, o “*VIII - Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.*” Destacando-o aqui, pois o Serviço Social, pós reconceituação, busca romper com o sistema capitalista e seus processos de alienação e opressão. É evidente que inúmeros avanços ocorreram e direitos foram conquistados. Todavia na sociedade capitalista a efetivação do sujeito como cidadão de direitos, ocorre a partir ou por meio de políticas públicas. Se fazendo necessário os/as Assistentes Sociais que atuam nesta perspectiva, estar em constante questionamento e reflexão, tendo o compromisso, de sempre que possível estar informando os usuários, dos serviços, sobre as reais condições e contradições do mundo do capital.

Compreendendo também, que existem projetos profissionais, estes apresentam a imagem da categoria e determinam fundamentos teórico-metodológicos e prático-interventivos, que norteiam a atuação dos profissionais. Como coloca Netto (1996) o corpo profissional é uma unidade não-homogênea, podendo estar presentes projetos individuais e societários diversos e, portanto, configura um espaço plural do qual podem surgir projetos profissionais diferentes. Entretanto, pode-se trazer dois tipos de projetos societários: conservador e transformador, tendo o Serviço Social o segundo, e além disso coletivo, onde há

necessariamente uma dimensão política, que envolve relações de poder e que busca, conforme o Projeto Ético Político, uma transformação. O que não garante que todos os profissionais se identifiquem, se transformem e atuem em consonância com o mesmo.

Ademais, a compreensão do Serviço Social como uma forma de trabalho, foi tecida pela primeira vez em 1982, pelos autores Iamamoto e Carvalho, em as “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica” (2005), no qual apresenta o Serviço Social como trabalho, com base na leitura do Filósofo Karl Marx. Sendo esta a escolha, através do entendimento que o marxismo busca apreender o movimento histórico, e em sua metodologia tem o objetivo de compreender a maneira como determinada política, situação ou fato social está sendo ou foi produzido e não somente como funcionavam ou como funciona (CAMPOS, 2006).

Porém o debate se intensificou, principalmente, após a aprovação pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS)⁴ do currículo mínimo para os Cursos de Graduação em Serviço Social, em 1996, no qual o Serviço Social aparece como uma especialização do trabalho. Sendo a prática, definido como um processo de trabalho que possui como objeto “as múltiplas expressões da questão social” que surgem a partir das demandas e conflitos da relação capital versus trabalho. A partir disso, Iamamoto pensa a discussão do Serviço Social sob a perspectiva do trabalho. Para a autora,

O Serviço Social contribui para a produção e reprodução desta sociedade, ele participa deste processo enquanto trabalhador coletivo que, por meio de seu trabalho, garante a sobrevivência e a reprodução da força de trabalho. É desta forma, uma profissão socialmente necessária “[...] por que ela atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora” (IAMAMOTO, 2000, p. 67).

A autora se refere ao reconhecimento da “prática profissional’ como trabalho e o exercício profissional como importante para a sociedade e inscrito em um processo de trabalho” (IAMAMOTO, 2000, p. 57). Iamamoto apresenta a ideia de

⁴ ABESS, que surgiu em 1946, e que desde 1996 é conhecida como ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, sendo justificada a mudança em defesa dos princípios da dissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e da articulação entre graduação e pós-graduação.

que “o exercício profissional está inscrito em processos de trabalho” (IAMAMOTO, 2000, p. 262). Sendo assim, o exercício profissional dos/as Assistentes Sociais não possuiria seu próprio processo de trabalho, mas se inseriria em processos pré-estabelecidos.

A partir do pressuposto de que a instituição empregadora organiza o processo de trabalho do assistente social, lamamoto afirma que este profissional não tem um único processo de trabalho, este variaria de acordo com o campo no qual atua o profissional, o que há são processos de trabalho no qual se insere o assistente social (IAMAMOTO, 2000, p. 106).

Sendo assim, o trabalho das/os Assistentes Sociais não se desenvolve independentemente das conjunturas históricas e sociais que os determinam e estão inseridos, desta forma, estão implicados, como tantas outras profissões, a um conjunto de determinações sociais inerentes ao mundo do trabalho na sociedade capitalista, como o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras, sejam privadas ou públicas.

Como afirma Netto (2011) um mercado não se estrutura para o agente profissional mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática; antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho. Sendo assim, a inserção do Serviço Social se torna um desafio a ser conquistado no cotidiano das instituições, bem como a devida importância deste profissional integrante das equipes multiprofissionais no âmbito das políticas de Seguridade Social e seus serviços.

Todavia, não se trata de considerar apenas as imposições do mercado de trabalho. Segundo lamamoto (2008), o/a Assistente Social possui uma autonomia relativa, que lhe permite, e deve estar em constante busca, pela efetivação do Projeto Ético Político da profissão. Sendo esta autonomia, mais ou menos efetiva dependendo da correlação de forças presente na dinâmica da luta de classes, e da hierarquia presente nas instituições, e se expressa nos distintos espaços de trabalho de inúmeras formas particulares. lamamoto (2008) apresenta as/os Assistentes Sociais como profissionais imprescindíveis na participação dos processos de reprodução das relações sociais, de maneira a transformar, intervindo e agindo na totalidade dos processos sociais que ocorrem pela reprodução dos modos de vida. É que se torna transformador esse processo profissional, quando

interfere de maneira a auxiliar na emancipação coletiva dos sujeitos em busca de autonomia.

Os avanços ocorridos, tanto de efetivação de direitos, a partir da Constituição Federal de 1988, quanto a ampliação da Política de Segurança Social, que se dá pelo tripé, Saúde, Previdência e Assistência Social, podendo ser configurado como o “guarda-chuva” de atuação da/o Assistente Social, que independente da instituição ou campo que estiver trabalhando, acaba percorrendo de forma entrelaçada toda a Política.

3.2 Superar o imediato: O/A Assistente Social no CAPS II-AD

A saúde historicamente tem como imagem central a figura e a prática médica. Esta prática trata-se de uma das mais antigas intervenções técnicas, enquanto a maioria das profissões em saúde teve sua origem com o surgimento e o desenvolvimento do capitalismo monopolista (BRAVO, 2013). Com o processo de industrialização, amplia-se o cuidado em saúde. No século XX, com o surgimento do estágio monopolista do capitalismo, perpetuou-se ainda mais o caráter apenas biológico da saúde numa perspectiva de controle corporal e higienista. Merece evidenciar que a saúde se modifica de formas distintas conforme o nível econômico e político, principalmente nos séculos XVIII e XIX, em conformidade com a contradição capital versus trabalho em suas peculiaridades. Assim sendo, *“A saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social”* (BRAVO, 2013).

Sendo assim, ao analisarmos a evolução histórica das políticas de saúde, percebe-se que se organiza diretamente e a partir, ou em conformidade com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. A Saúde, a partir de imensas conquistas, dos vários movimentos supracitados, passa a ser compreendida não mais como a ausência de doença, mas como multicausal, ou seja, existem determinantes sociais, políticos e econômicos, que acabam influenciando o que é considerado saúde ou a falta dela, percorrendo assim todos os âmbitos da vida. Sendo possível observar, e a partir da contextualização, dos inúmeros determinantes sociais, se intensificam a partir da privação de acesso aos direitos básicos previstos na Constituição Federal de 88.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) atribui ao Assistente Social, enquanto profissional de saúde, pela Resolução CFESS N° 383 de março de 1999, a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos. Considerando que o/a Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas, além de facilitar o acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País. Para mais, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, traz o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde.

Sendo assim, se faz necessário compreender o campo, a instituição, a rede de trabalho, suas particularidades, seu funcionamento e limitações e desse modo, requalificar o fazer profissional, se desafiar de maneira crítica e reflexiva a novas alternativas de ação. Para Iamamoto:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2000, p. 20)

Na prática, o trabalho da/o Assistente Social muitas vezes não é tocável, pois trata-se de uma intervenção contínua, podendo ser muitas vezes burocrática, com encaminhamentos e pareceres, mas sendo necessário estar em constante tentativa de superar o imediato, além disso, as ações são realizadas a partir de um pensar reflexivo crítico da realidade e em conjunto com a equipe multiprofissional, configurando uma dimensão ídeo-política. Sendo esta dimensão uma possibilidade de promover nos sujeitos, que são alvo da intervenção profissional, reflexões que lhes proporcionem intenções e mudanças, das quais podem resultar processos de reivindicações, enfrentamentos e resistências coletivas das situações de sua vida cotidiana.

Como Iamamoto (2006) traz, o/a assistente social possui, na sua intervenção profissional, uma dimensão material, que se materializa através da prestação de serviços, dos benefícios, programas, projetos e entre outros, e também uma dimensão que não é material, e que influencia as formas de viver e de pensar dos sujeitos. De acordo com a autora,

[...] o assistente social não trabalha só com coisas materiais. Tem também efeitos na sociedade como um profissional que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que, por sua vez, têm efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos. (IAMAMOTO,2006)

O objetivo do Serviço Social na área da Saúde Mental passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O trabalho do Assistente deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e psiquiátrica, e pelo projeto ético-político da profissão.

Neste cenário, acentuam-se as exigências para o profissional Assistente Social. Mota (2008) traz que dentro deste cenário:

Cabe ao Assistente Social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao Assistente Social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção integração entre ações e serviços de saúde e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre ações e serviços de saúde.

Anteriormente, por volta dos anos 40 o Assistente Social, trabalhava pela lógica clientelista, enfatizando a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida dos sujeitos, em relação aos hábitos de higiene e saúde (BRAVO, 2009). As primeiras escolas em Serviço Social ainda com base nas doutrinas católicas, a década de 30, segundo Vasconcelos (2002) foram marcadas pelo movimento de higiene mental. Através das ações políticas do movimento de higienização mental, as Escolas de Serviço Social apoiam e desenvolvem de forma indireta nas grades curricular fundamentos higienistas, abrindo-se espaços para uma educação higienistas mais ampla e direta, que acabavam por auxiliar na exclusão e isolamento de pessoas com transtorno mental, ou que apresentavam qualquer característica que atrapalhasse a dinâmica social. Contudo, essas disciplinas vão se sustentar nos currículos da graduação de Serviço Social até 1970, quando acontece uma alteração curricular feita pelo Conselho Federal de Educação e que se inicia o movimento sanitarista. (VASCONCELO, 2002).

No início da profissão os/as Assistentes Sociais, não era notório a inserção desse profissional na área da psiquiatria. Segundo Bisneto (2011), devido à escassez de profissionais do Serviço Social no Brasil, nos primeiros 30 anos da profissão, houve um número reduzido dos profissionais trabalhando em áreas específicas da psiquiatria, em hospitais, manicômios, clínicas. Sendo chamados, para atuarem de maneira esporádica, para executarem trabalhos meramente burocráticos, principalmente voltados para entrada e saída dos pacientes psiquiátricos que eram internados em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos.

A presença direta do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil, e em especial no Rio de Janeiro, se inicia sob inspiração direta do modelo das “Child Guidance Clinics” proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, como estratégia de diagnóstico e tratamento de “criança – problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, principalmente através dos centros de orientação Infantil (COI) e juvenil (COJ), que tiveram papel fundamental na sistematização e difusão da tradição de Serviço Social clínico, em particular no verso do Serviço Social de casos da Escola Diagnóstica, de corte psicanalítico. (VASCONCELOS, 2002, P. 129-130)

Sendo assim, o caráter da intervenção dos/as Assistentes Sociais era ligado a valores morais, que contemplavam os ideais da burguesia, da igreja católica e o possuíam o interesse de corrigir de maneira higienista as demandas do próprio Estado. Eram chamados também para trabalharem em hospícios dos grandes estados brasileiros, de acordo com o entendimento da instituição, sem seguir um determinado fazer profissional, apenas para a educação higienista em situações ditas problemas.

Ademais, essas práticas desenvolvidas pelos/as assistentes sociais, reforçaram o modelo do “Serviço Social clínico”. Ressalta-se que com a expansão capitalista, o modelo psiquiátrico se modifica, pois, os operários das grandes fábricas, que viviam em péssimas condições no trabalho e em decorrência disso, inúmeros desses trabalhadores desenvolveram com o tempo problemas mentais. Então, como saída para o desemprego e os gastos por internação, muitos recorreram ao recebimento de pensões, aposentadorias e auxílio assistenciais da previdência.

Portanto, a necessidade de repensar a previdência social se deu principalmente para amenizar as contradições do sistema de saúde mental, sobretudo, diante das demandas dos trabalhadores (BISNETO, 2011), que com

internações recorrentes, iniciou o processo de mercantilização da saúde mental, onde o sistema previdenciário contratava leitos em hospitais privados para internação destes trabalhadores formais, que contribuem. Que após 1964, período do regime ditatorial civil e militar, os hospitais psiquiátricos no país tiveram um aumento significativo devido às reformas de saúde e da previdência. Com isso, foram abertas várias clínicas psiquiátricas particulares do qual os atendimentos eram pagos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Conseqüentemente, houve um aumento no emprego dos Assistentes Sociais na área da saúde mental (BISNETO, 2011). O INPS foi um dos grandes responsáveis pela inserção do Serviço Social nos hospitais psiquiátricos, pois exigia dos serviços pagos pelo Instituto, a contratação destes profissionais. Aumentando assim, o número de Assistentes Sociais no campo da psiquiatria (BISNETO, 2011). Sendo muitas vezes o/a Assistente Social o profissional, responsável por prevenir de forma moral que estes trabalhadores fossem novamente inseridos no mercado de trabalho e não retornassem aos hospitais, principalmente pelo déficit da previdência.

Contudo, as questões que emergem nesse período ditatorial, estavam relacionadas à pauperização, o desemprego, o abandono e a miséria das pessoas que estavam internadas nos hospícios. Com isso, e a partir de inúmeros movimentos internos a categoria profissional, o trabalho dos/as Assistentes Sociais nos hospitais psiquiátricos voltaram-se, sobretudo, para dar visibilidade às situações mais problemáticas do sistema manicomial. Sendo assim, o Estado direcionou para o serviço social a execução de políticas sociais na área da saúde mental (BISNETO, 2011).

Diante da superação da conjuntura, com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, encontram-se questões sociais sintonizadas ao resgate dos direitos e inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo exigidas novas práticas de atuação para essas demandas. Assim, no Brasil o Assistente Social no campo da saúde mental foi influenciado, sobretudo, pelo contexto dos movimentos sociais desenvolvidos durante a reforma psiquiátrica.

As questões sociais que emergem na saúde mental podem ser observadas a partir da exclusão das pessoas com transtorno mentais nos espaços sociais, principalmente quando envolve a questão álcool e outras drogas, gerando estigmas e discriminações por grande parte da sociedade que julgam essas pessoas como incapazes, criminosas e entre outros estereótipos. Sendo assim, são vistas como

improdutiva. Cabendo o/a assistente social intervir nessas situações expressas, através da busca por garantia da cidadania.

Para Bisneto (2011), o MRPB contribuiu com questões imprescindíveis para a deste profissional, dando ênfase aos aspectos políticos da assistência social a saúde, e a necessidade da interdisciplinaridade, pensando em ultrapassar os limites entre os conhecimentos e os saberes e a busca pela democratização do acesso. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica traz uma abertura para a atuação do/a Assistente Social na saúde mental, devido a formação social e política e ética desse profissional. Sendo assim, o movimento influencia e modifica, em consonância com as alterações no interior da categoria, o agir profissional, sendo possível a intervenção de forma efetiva nas expressões da questão social no campo da saúde mental (BISNETO, 2011).

Quando estes modelos começaram a ser superados, desde o movimento antimanicomial, como o modelo saúde-doença e médico centrado, instrumentos e serviços especializados começaram a ser implementados, um destes são os Centro de Atenção Psicossocial II, Álcool e outras Drogas - CAPS AD II, que na Portaria Nº 336, consta todos os profissionais que devem estar na equipe multiprofissional. A onde o/a Assistente Social compõe a equipe mínima deste equipamento. Sendo esta equipe, um médico psiquiatra; 1 médico clínico; um enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e como deve ser a assistência e tratamentos realizados nas unidades; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Além disso considera a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, cita também as atividades de apoio às famílias e atividades comunitárias com foco a integração do usuário na comunidade e na sua família.

Existem atribuições que são funções de todos os profissionais da equipe de saúde do CAPS, e possuem as que são privativas do Serviço Social, ou seja, todo o conteúdo que for a respeito do Serviço Social, matéria do Serviço Social, só poderá ser feito por um/uma Assistente Social, sendo esse um ganho da categoria conquistado com muita luta e reafirmação em inúmeros espaços, e que os

profissionais necessitam estar se reafirmando nos espaços de trabalho. (CFESS, 2012).

Sendo assim, as atividades exclusivas do/a Assistente Social, são fazer parecer social, estudo social, relatório social e supervisionar estágio em Serviço Social. Sendo necessário que o trabalho deste/a profissional tenha uma intencionalidade em suas ações e não seja tecnicista, apenas aplicando seus instrumentais, que assim, consiga compreender a trajetória e a conjuntura de forma crítica para superar o imediatismo e conseguir intervir na realidade do sujeito. Assim sendo, a maioria das atividades desenvolvidas no CAPS II AD, são comuns a todos os profissionais, como visita domiciliar, busca ativa, acolhimento, recolhimento, planejamento do Plano Terapêutico Singular (PTS), facilitações/coordenador de grupos, informação ao usuário, discussão de casos entre outras. Sendo assim, além das privativas, o que difere o atendimento do/a Assistente Social, é a instrumentalidade de suas ações. Como afirma a autora sobre a instrumentalidade:

É uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. (GUERRA, 2000, p. 02)

Essa categoria, a instrumentalidade deve estar alicerçada nos fundamentos do Projeto Ético-Político do Serviço Social e nas ideias da reforma psiquiátrica, que conforme o autor Vasconcelos (2008), resultou na ruptura com ideais conservadores, de forma que possibilitou a abertura de espaços para práticas multiprofissionais. O autor ressalta que, mesmo que cada profissão possua uma identidade própria, uma prática, suas estratégias e seus saberes diferenciados, as equipes vêm encontrando possibilidades de uma cultura profissional mais flexível ao trabalho multiprofissional, de forma a romper com a hierarquia profissional. E compreendo o sujeito como biopsicossocial, sendo assim necessita um cuidado transversal e integral.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica e médica. E associado no surgimento, à criminalidade, onde à oferta de “tratamentos” são inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

A partir do desenvolvimento e entendimento destas questões, como problema de saúde pública, relacionando com o campo da saúde mental, sendo as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas se fazendo evidentes, e devendo ser consideradas na compreensão integral da vida do sujeito.

Sendo assim, a atuação do/as assistentes sociais, além de conhecer e intervir na vida dos sujeitos, necessita durante o cotidiano da instituição, pensar e debater de maneira crítica, ressaltando os preceitos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, com toda a equipe multiprofissional, principalmente pois, por exemplo o momento de construção do PTS, e a intencionalidade desta, que é o primeiro contato do usuário com os profissionais do serviço, se tornando um momento talvez decisivo para o retorno ou não do indivíduo ao serviço, e deve ser articulado em conjunto com o usuário, e assegurado a autonomia e a liberdade nas escolhas, em seguir ou não os acordos firmados neste momento, sendo possível sempre que necessário fazer alterações.

A partir disto, o/a Assistente Social ao desenvolver o trabalho nos CAPS II AD, possui alguns objetivos, tendo como público alvo sujeitos com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que são: conhecer e desvendar a realidade social vivenciada pelo usuário e seus familiares, a fim de identificar, de maneira crítica e analítica, as expressões da questão social que se manifestam. E assim, desenvolver estratégias de intervenção no coletivo, buscando o fortalecimento dos vínculos familiares, a fim de identificar e fortalecer os fatores de proteção, buscando a reinserção social dos usuários, resgatando a cidadania e a vivência em comunidade de maneira saudável, estar em constante busca de recursos que permitam identificar os direitos dos usuários e que possibilitem a defesa e a universalização desses direitos.

Além do mais, o uso de substâncias psicoativas é a questão que une os usuários a um serviço, mas não é o objeto de trabalho das/os Assistentes Sociais, que necessitam superar o imediato para compreender, em conjunto com a equipe multiprofissional, o sujeito em sua integralidade e assim, conseguir de maneira efetiva intervir na realidade para conseguir auxiliar na conquista de autonomia, cidadania, sendo assim, exige uma análise que supere a aparência dos fenômenos, para um atendimento integral aos sujeitos, na observância dos princípios fundamentais do Código de Ética profissional que refletem diretamente na garantia dos direitos dos usuários (BANDEIRA, 2014).

Bisneto (2011) observa os desafios presentes nos dias atuais no processo de trabalho das/os Assistentes Sociais na área de saúde mental. A/o profissional precisa articular, não somente com a categoria profissional, mas também com a equipe multiprofissional, ampliando sua visão crítica do processo de trabalho em saúde mental. Exigindo-se a compreensão do campo, do serviço, da rede em que se atua, o sujeito em sua integralidade e principalmente o seu papel neste campo e nesta instituição.

A realidade contemporânea tem apresentado novos desafios no modo como o tema álcool e outras drogas têm sido abordado. Isto se dá pelo fato de que os objetos sobre os quais os/as Assistentes Sociais intervêm apresentam-se a cada dia mais complexos, exigindo esforços para evitar simplificações reducionistas e atitudes imediatas. Que exigem necessidades de uma ação não apenas ampliada, mas devem ser apresentados diferentes saberes e aportes teórico-técnicos. Sendo assim, a perspectiva transversalizada necessita estar presente, pois permite a apreensão do fenômeno do uso abusivo/dependência em álcool e outras drogas de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde. São demandas complexas tanto por efetivação de direitos como por cuidados específicos que exigem dos profissionais a análise das relações gerais/macro e particulares/micro dessas condições e do poder de enfrentá-las, o que implica trabalhar a correlação de forças (FALEIROS, 2013).

As práticas de saúde mental, devem levar em conta a diversidade dos sujeitos, sua historicidade. Devem acolher, sem juízo de valores, cada situação, com cada usuário, reconhecer o que é necessário, a demanda, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a participação e a autonomia do sujeito. A garantia do acesso aos serviços e à participação do usuário nas escolhas e no cotidiano dos serviços, são princípios assumidos pelo SUS e pela RP como direitos a serem garantidos. Isto pode ser efetivado através do estabelecimento de vínculos, da construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva de clínica ampliada, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas a questão álcool e outras drogas. Sendo necessário desmistificar tanto no interior da categoria profissional, quanto na equipe multiprofissional e perante a sociedade, a culpabilização do sujeito e todos os estigmas que permeiam este tema.

Além disso, a realidade concreta dos usuários que demandam os serviços públicos de saúde mental, necessitam ser compreendidas de maneira intersetorialidade com diversas outras políticas sociais, tais como, trabalho, habitação, educação, assistência e previdência social, tal fato exige de toda a equipe, e em especial o profissional do Serviço Social, que possui capacidade técnica, ética, e teórica para uma compreensão de totalidade da realidade a qual está intervindo, sendo necessário além de reconhecer as demandas, a historicidade, as contradições, conhecer a rede e o funcionamento dos serviços que a compõem, se mantendo sempre atualizado, para melhor orientar os usuários.

Ainda que as inúmeras dificuldades postas ao/a Assistente Social na área da saúde mental, que apesar do CAPS ser um serviço de base comunitária, ainda possui visivelmente a hierarquia médica, que muitas vezes é reafirmada pelos próprios profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Também o desafio do trabalho multiprofissional e intersetorial, a luta por uma política pública de saúde, e a efetivação de direitos dos usuários desta política e a superação dos estigmas envolvendo a questão álcool e outras drogas.

Sendo o CAPS a estratégia mais eficiente (ALVES, 2001) para romper com as amarras dos manicômios, que se organizam de maneira especializada para as diferentes demandas da saúde mental. Se torna um lugar onde as crises precisam ser enfrentadas, crises oriundas de complexas relações que resultam dos aspectos sociais, estruturais, de produção, do mercado de trabalho e também familiares e individuais.

Sendo assim, necessita-se romper este imediatismo, onde busca-se superar o aparente, através do desvendamento para conseguir ver e compreender de forma contextualizada, materializada, de forma dialética e concreta a/as realidade/es, refletindo para agir da melhor forma, para não atuar de forma tecnicista, se firmando em Instrumentos com a devida intencionalidade. Sendo necessário, o/a Assistente Social se afirmar e reafirmar enquanto profissional da área da saúde e seu valor dentro dos ambientes de trabalho.

E na contemporaneidade, mais do que nunca pois está em constante transformação, onde direitos são retirados todo os dias. Necessitando estar se atualizando e refletindo de forma crítica sua atuação, de modo a não cair no imediatismo e tecnicismo com todas as demandas que chegam à instituição, usuários e familiares que procuram ações e resultados no momento do acolhimento.

Onde é notório perceber o porquê destas situações que chegam ao serviço apenas no momento situação limite, pois já foram negados inúmeros outros direitos em outros serviços, porém é necessário compreender as relações de força, e todas os determinantes sociais envolvidos.

Outro desafio do trabalho do Assistente Social, é a lógica estabelecida pela gestão municipal voltada para a produtividade, e a lógica medicalocêntrica que historicamente necessita de ruptura, pois o sujeito a partir da reforma sanitária e psiquiátrica, é compreendido como biopsicossocial, e deve ser visto em sua integralidade, compreendendo todas as determinações. Estas questões refletem do novo modelo de atenção à saúde, o modelo neoliberal, que prioriza ações focalizadas e imediatas, em prol da precarização do trabalho e a privatização da saúde.

Sendo importante, com isso, estabelecer espaços importantes no centro dos debates da categoria profissional, tanto no cotidiano na instituição, junto a equipe multiprofissional, a construção de estratégias de resistência e de luta pela construção de uma nova forma de atuação, que indiquem a defesa de políticas sociais universais e que tenham impactos maiores na realidade de vida dos usuários e seus familiares. E tendo em vista que a construção e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, permanecem como desafios constantes na agenda contemporânea das políticas de saúde, e no cotidiano do trabalho do/a Assistente Social, junto a equipe multiprofissional e os demais serviços da rede.

Diante disto, percebe-se que não é apenas o saber profissional e o mercado de trabalho profissional que está nessa disputa de forças e interesses, mas todo o processo histórico de lutas da sociedade brasileira em busca do direito universal à saúde. Sendo de relevância esta discussão, pois necessitasse fomentar o debate sobre os novos impactos no espaço sócio ocupacional do Serviço Social, especialmente na área de Saúde Mental. Onde as alterações, cotidianas, tanto políticas e sociais, como de interesse do capital, sendo a conjuntura da qual faz parte a profissão e a atuação profissional, precisando ser de forma recorrentemente, expostas e analisadas como forma de não permitir que a imediatividade dos fatos predomine sobre a possibilidade de construir novas mediações e possibilidades em torno da realidade individual e coletiva.

4 PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL COM FAMÍLIAS NA SAÚDE MENTAL

4.1 Resgate Histórico do Trabalho com Famílias

Como supracitado, as políticas sociais e públicas são espaços privilegiado de atuação dos/as Assistentes Sociais, e as voltadas para a intervenção com famílias não seriam diferentes. Estas se estruturam conforme as mudanças estruturais e conjunturais. Porém historicamente a família não era reconhecida e trabalhada como uma unidade, como um todo que recebe influencia e é reflexo do externo, mas sim de maneira segmentada. Uma maneira de demonstrar isso, e que ainda se faz presente, são as políticas direcionadas para as crianças e os adolescentes, as do idoso, a da mulher e entre outras, sendo pensadas de maneira isoladas de um contexto e acabam por propiciar a individualizando da atenção. E quando é citada a estrutura família é para deixar em evidência suas obrigações e deveres, e não dando destaque aos seus direitos.

Percebe-se que a família só é vista como um núcleo, ou uma rede, conforme se faz necessário para a ordem do capital, sendo esta estrutura responsabilizada pelo bem-estar social de seus membros, ou seja, em um estado neoliberal, onde ocorre a minimização da intervenção estatal, assim desresponsabilizando em certa maneira os deveres do Estado. E sendo necessário a intervenção profissional, que inúmeras vezes era feita pelo/a profissional Assistente Social nas relações familiares, que historicamente era desenvolvida a partir de educação comportamental, de policiamento, separação e reafirmação de papéis socialmente estabelecidos.

Inicialmente, a questão família, também era pensada pela lógica Previdenciária, sendo assim quem possuía trabalho formal e eram feitas contribuições ao sistema previdenciário da época, podiam contar com acesso a determinados serviços, e quem não contribuía, tinha que recorrer a filantropia, onde a culpabilização do indivíduo ou do cuidado eram mais evidentes, principalmente para as mulheres integrantes da família. Estas mulheres que buscavam ajuda para suas famílias, eram vistas como negligentes, sabendo que o acesso a informação, do porquê de tal pensamento não era efetivado, sendo necessário apenas corrigir

comportamentos, em uma lógica higienista, como famílias incapazes, sem nenhum tipo de reflexão sobre as circunstâncias que a família se encontrava no mercado e na sociedade.

Em 1939 Vargas assina o “Estatuto de Família”, um projeto que tinha como objetivo dar proteção à família brasileira. Este documento, resultou em consequências na política de previdência social, algumas que são visíveis até os dias de hoje, como o papel da mulher na sociedade. Este Estatuto tinha a intenção de aumentar a população do país, e de consolidar e proteger a família em sua estrutura tradicional.

Ademais este documento deixa em evidência a importância de uma família estruturada e bem organizada, para que a sociedade se estruture também de forma efetiva, como se a sociedade fosse reflexo das relações familiares, e não o contrário como pode-se perceber hoje. Sendo assim os/as Assistentes Social deveriam buscar ações educativas junto às famílias, em sua maioria de operários, onde está intervenção não seria só no ideal curativista, mas na prevenção de retorno destes problemas sociais aos serviços. Nesta perspectiva, seguindo o pensamento que as relações intrafamiliares refletem na sociedade e se faz necessário uma solução urgente, como Rosseto apresenta

Diante do papel que a família representa na organização da sociedade, o problema da sua desorganização ou inexistência se apresenta em toda sua gravidade; se for tão grave assim cumpre que sua solução seja iminente. (ROSSETO, 1940)

Sendo assim, a atuação profissional do/a assistente social junto às famílias surge como uma das primeiras expressões da profissão. O objetivo dessa atuação era, através de ações educativas, estimular os membros destas famílias a independência para que se organizassem sozinhas, de preferência sem auxílio de qualquer ação do governo, sem levar em consideração as dificuldades presentes na sociedade e todas as desigualdades entre as mais diversas famílias. O trabalho era desenvolvido de maneira moral, com o objetivo de enquadrar os sujeitos a maneira que o capital impõe, ajustando as famílias a industrialização, que necessita da classe trabalhadora como operários.

Para pensar histórica e metodologicamente, utiliza-se o pensamento de Mioto (2010), que traz duas perspectivas relacionadas ao trabalho com famílias no

âmbito das políticas públicas, onde se encontra o/a profissional Assistente Social. A primeira seria uma visão conservadora, positivista e funcionalista, a qual a família é vista como sendo o problema, e os mecanismos de atendimento estavam pautados no que a instituição esperava e não nas demandas que as famílias apresentavam. Sendo feito de maneira psicologizante e moralizadora, centrado nos membros que compõe aquela família, e na família, sem levar em consideração todos os condicionantes externos, que envolvem como os políticos, econômicos, culturais e sociais que afetam toda a sociedade capitalista.

A segunda perspectiva é o Referencial Marxista, histórico- dialético, que parte da concepção histórica, *nesta a totalidade é uma unidade de contrários, portanto é dialética* (TEIXEIRA, 2018). Sendo assim esta perspectiva histórica permite interpretar e compreender os fatos a partir das relações sociais de produção e reprodução que são fruto da questão social e da luta de classes. Como afirma Miotto (2010) esta visão, ligada a uma perspectiva crítica, destaca-se a *delimitação de determinada concepção de família*, que supere o modelo conservador de pensar todas as famílias como iguais, que não se modificam, e que devem estar em constante harmonia interna e externa com a sociedade. Ainda conforme a autora, a família se constrói e reconstrói nos limites do público e do privado. Sendo assim a família se constitui como uma instituição histórica e social, que se modificam com o passar dos tempos, e são diversas, sendo necessário os profissionais e as políticas levarem em consideração estas modificações que ocorrem de maneira dinâmica e suas diversidades.

Em outras palavras, existia um tipo de família considerada normal, que seria a padrão mononuclear, heteropatriarcal. Onde o trabalho social, para aquelas famílias que não se enquadravam neste padrão, era feito pela lógica pragmática, de maneira autoritária, sem negociações e de maneira verticalizada, sendo o profissional com o seu saber absoluto a autoridade. De maneira educativa, sendo as informações unidirecionais e sem problematizações e reflexões, e a mulher como centro do cuidado e das responsabilizações/culpabilizações. E quando estas medidas educativas não funcionavam, ocorriam institucionalizações por negligências, tanto de idosos, crianças, pessoas com transtorno mental. Sendo assim tirava-se a responsabilização das famílias e se passava para o Estado, de maneira a isolar estes membros problemas do restante da família.

Pensar o hoje, esta estrutura se modifica, a responsabilidade é da família, ocorrendo a desresponsabilização do Estado, porém as políticas são de respostas residuais, temporárias, são focalizadas nas famílias em situação-limites. As políticas possuem a centralidade na Família e não na instituição, sendo esta estrutura protagonista no cuidado, ocorrendo de maneira reformista coloca o Estado, a Família e o Mercado como parceiros. Estas modificações ocorrem em consonância com o desenvolvimento do capital, e as investidas neoliberais, onde ocorre uma redução nos gastos públicos, e o 3º setor ganha força, para suprir estas demandas, ocorrendo desta forma medidas considerada por vários autores/as sobre o tema, como medidas familistas.

Pensando o campo da saúde mental, não é diferente. Quando as pessoas que tinham, ou não, um transtorno mental e perturbavam a dinâmica do cotidiano, eram enviadas tanto pelas famílias, quanto por instituições para os manicômios, nesse contexto, a família era percebida de duas maneiras. De um lado, como agente que propicia enfermidades ou favorece patologias e maus comportamentos, por não saber dar limites adequados. De outra maneira, seria também vítima da enfermidade, pois estava exposta a comportamentos e doenças que desconhece e sobre os quais não consegue ter controle, ficando em situação de perigo, como toda a sociedade, tendo em vista a figura do “louco”. E também o usuário de substâncias psicoativas, que era, e ainda é pelo senso comum, associado como um perigoso e incapaz, sobretudo de discernimento para tomar decisões e para conviver em sociedade, o que justifica a sua segregação social.

Conseqüentemente, o Estado, por meio de suas políticas e equipamentos assume o cuidado integral dessas pessoas, oferecendo como resposta a internação integral, a institucionalização. Ocorrendo assim, a suspensão dos direitos civis destes grupos, ao mesmo tempo em que se dá o afastamento quase, quando não ocorre total, das relações familiares tanto de responsabilização quanto de ligação e afeto, só sendo chamada para atuar em momentos que as instituições necessitam de alguma informação ou de algum dispositivo ou mantimentos/produtos para o seu membro que está institucionalizado.

A retomada da centralidade na família é marcada pela Reforma Psiquiátrica, que se lutava pela desinstitucionalização das pessoas que estavam em manicômios, e a inserção dos mesmos na comunidade e na família. Os profissionais desse campo, sobretudo os/as assistentes sociais, viram-se impulsionados a

trabalhar com as famílias na perspectiva de que elas deveriam se preparar para receber seus membros que estiveram hospitalizados por longo período ou que viviam a rotina de breves, porém frequentes, internações. Retornando a responsabilização para a família, sendo o Estado o responsável por prover a Saúde, a Assistência e a Previdência, não excluindo as responsabilidades individuais, familiares e do mercado. Assim cria-se dispositivos substitutivos, que estes também encontram, por inúmeras questões, dificuldades em prover o cuidado integral aos usuários e familiares.

Estes avanços do Movimento da Reforma Psiquiátrica são de extrema importância tanto para a sociedade, quanto para os usuários e seus familiares, porém por outro lado, na retomada da família como cuidadora, volta a ocorrer a naturalização do cuidado e de quem tem o dever de cuidar. Este cuidado normalmente é exercido por mulheres que possuem ou não laços consanguíneos (ROSA, 2018). Pois os serviços, que na realidade cotidiana da instituição, possuem poucos profissionais e a destinação de recursos financeiros vêm sofrendo alterações como já citado, não conseguem dar conta de atender de forma completa todos os usuários referenciados e suas famílias. Estes fatos podem reforçar o cuidado como exclusivos das famílias, dando destaque em uma lógica familista e instrumental (MIOTO, 2010).

O/A Assistente Social, está presente no trabalho social com família desde seus primórdios, e esta atuação se modifica conforme o desenvolvimento e os ideais políticos da categoria e com o desenvolvimento do mundo do capital. Envolvendo também aspectos presentes, como as diferentes formações e concepções de família, as relações de força que se estabelecem dentro da própria família, quanto às relações que esta instituição estabelece com as outras esferas da sociedade, como Estado e Mercado. Sendo assim, estão envolvidos os aspectos inerentes à própria história e desenvolvimento das profissões que se propõem a pensar e realizar o trabalho com famílias.

O Estado possui o interesse de instaurar a ideia de uma estrutura familiar forte, sendo assim, conseguiria facilmente superar crises internas. Sem levar em consideração que estas são, na maioria dos casos, reflexos dos conflitos inerentes à sociedade, ou seja, externos as famílias. E esta ideia repercute nos serviços e políticas para as famílias, ressaltando a lógica de responsabilização e culpabilização de seus membros. O trabalho com famílias na atenção psicossocial

é bastante novo. Pois as mudanças nos paradigmas de saúde mental necessitam uma nova forma de cuidar das pessoas com sofrimento psíquico, pautado no trabalho humanizado, que prioriza a reabilitação psicossocial; por outro lado, também revelou diversos desafios importantes, especialmente no que diz respeito ao lugar e à função dos familiares na sustentabilidade do projeto psicossocial. A instituição familiar que, anteriormente, situava-se em total exterioridade ao processo de cuidado, passou a lidar mais direta e cotidianamente com o familiar com sofrimento psíquico (DELGADO, 2014).

Contudo à permanência de características que indicam que as ações ainda são desenvolvidas por uma lógica arcaica nas instituições, do que pela lógica racional estabelecida pelo arcabouço teórico-metodológico da profissão pós movimento de reconceituação.

Assim, a atuação profissional do/a assistente social com famílias, se movimenta pautado em padrões de normatividade e estabilidade, ações calçadas na perspectiva, que se pensava já ter sido superada, funcionalista e relacionada aos processos de integração social e controle social. Desta maneira, é tirado o foco da discussão dos processos que envolvem a família no contexto de uma sociedade desigual, e busca o fortalecimento da *“pacificação artificial”* (SOUZA, 2000). Ou seja, *espera-se uma nova maneira de funcionamento de desenvolvimento das famílias, independentemente de suas diversidades, e dos lugares em que estão localizadas na linha da estratificação social, padrão este calcado em postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paterno e materno, principalmente.* (MIOTO,2001).

Principalmente quando se trata da questão saúde mental, álcool e outras drogas, onde esta atuação junto as famílias se configura como um desafio, ainda maior, para os/as assistentes sociais. Onde o estigma presente neste tema, ligado às condições macroestruturais, acarretam relações de forças ainda maiores, e situações que só chegam no serviço no limite. Sendo necessário o/a profissional estar em acordo e na responsabilidade com o processo de apropriação do projeto ético-político da categoria profissional, que já foi supracitado, para saber de que maneira atuar, tentando sempre superar a lógica imediatista e tecnicista para não reforçar parâmetros que já foram, teoricamente, superados.

Os serviços estabelecem uma lógica, mesmo que o CAPS- II- AD, não seja homogêneo em seus usuários, com questões de renda e condições sociais, de

pensar em atendimentos orientados para famílias mais pobres, onde esta intervenção possui uma perspectiva de interesses, tanto políticos, culturais como sociais, que recaem no senso comum de que os usuários/dependentes de substâncias psicoativas são marginais e apenas patológicos, e com esta justificativa se reforça o atendimento de maneira terapêutica, voltando para práticas educativas e funcionalistas. Podendo dizer, que tais procedimentos estão atrelados a uma concepção de reparação de danos e a família é tomada cada vez mais como objeto de intervenção terapêutica. (MIOTO, 2000).

Inúmeras ações são desenvolvidas pelo/a profissional assistente social, entre elas estão, as ações socioeducativas, que possuem a intencionalidade de passar informações e refletir com o intuito de algum tipo de mudança. As ações sócias terapêuticas, são aquelas realizadas a partir de alguma situação de sofrimento, expressas em seu conjunto com seus membros, ou em decorrência de situações conflitos. Existem as ações periciais, que a partir de um estudo é feita uma avaliação da situação familiar, e que resultam em um parecer social para algum outro serviço ou órgão. Também as ações sócio assistenciais, se relacionam a toda ação de provimento e de sustentação para atendimento de necessidades das famílias usuárias. E por fim, o acolhimento e o apoio sócio institucional. Conforme a autora, Miotto (2004), estas trocas permitem ao usuário dos serviços *“o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem”, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida”*.

Foi no processo de reconceituação da profissão, na década de 1970, que o Serviço Social teve a intenção de romper com o passado profissional de responsabilização dos sujeitos e das famílias, pelas determinações impostas pelo mundo do capital. Ressalta-se a importância dessa discussão, que também se dá pela necessária compreensão de que a família vem sendo chamada com a obrigação de amortecer os efeitos danosos produzidos por determinações estruturais e políticas, que têm como prioridade o aumento da competitividade capitalista.

O Serviço Social avançou no trabalho realizado junto às famílias, porém na saúde mental necessita caminhar além, pois esta lacuna ainda é bastante presente no arcabouço teórico do Serviço Social, o que influencia no processo de trabalho nas instituições junto às equipes multiprofissionais. E também motiva trazer as questões da própria política de Assistência Social para a saúde. Sendo assim,

acaba desenvolvendo trabalhos muito burocráticos, sendo chamado pela própria equipe para resolver questões comuns a todos.

A subjetividade dos sujeitos e de cada família é algo que também necessita ser levada em consideração no trabalho social com famílias, pois como afirma Bisneto (2011) a realidade social abarca uma série de características que envolvem as relações, como o imaginário social, a organização de vínculos sociais, valores ideais e estéticos, símbolos culturais, as interiorizações das normas, as repressões de atos e as relações sobre o que pensa e o que faz, o que acarretam sofrimentos e se manifestam de diferentes maneiras em cada sujeito, conforme seus desejos, pensamentos e oportunidades. Pois a subjetividade reflete o ser com a sociedade e o ser nada mais é que o reflexo da sociedade, e isso deve ser considerado em todos os processos, principalmente de saúde mental, em que as cobranças do mundo capitalista, refletem e adoecem aqueles que não conseguem ou cansaram de tentar se encaixar em padrões, que são impostos sem levar em consideração as desigualdades encontradas, tanto de acesso quanto de partida.

E o/a Assistente Social, conhecendo, criando vínculo com os usuários e suas famílias, pode ir desvendando estas expressões e características para melhor trabalhar e intervir nestas realidades. Apesar dos avanços com a reforma psiquiátrica, ainda existem práticas arcaicas e conservadoras que necessitam e muito avançar. O trabalho do/a Assistente Social necessita ser menos burocrático e mais interventivo, reflexivo e propositivo. Ou seja, mais político-organizativo. Mesmo sendo difícil desacomodar, levando em consideração as relações de forças existentes, e as hierarquias nos serviços que se encontram.

4.2 Projeto Fortalecer: a partir da vivência durante o estágio em um grupo de familiares no CAPS II-AD

4.2.1 A Vivência de Estágio

O estágio, compreende-se como o lugar em que a/o acadêmica/o vivenciará a práxis, fazendo assim a articulação com o projeto pedagógico ofertado pelo curso, sendo o primeiro momento teórico-prático do currículo acadêmico do curso de Serviço Social. Para além dessa reflexão, o estágio tem por finalidade fazer com

que a/o acadêmica/o visualize e compreenda as competências específicas nas atividades profissionais, além de observar as relações que rodeiam os demais profissionais que estão inseridos na instituição, proporcionando assim, ao/a estagiária/o, desenvolver sua visão crítica reflexiva frente a realidade exposta.

Ademais, o estágio é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão é feita pelo professor supervisor e pelo/a Assistente Social, profissional do campo, que possuem o objetivo de acompanhar todo o processo, tendo como referência o Projeto Ético Político do Serviço Social, que é composto pelo Código de ética em vigor, de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão Nº 8.662, de 7/ Junho/1993, e as diretrizes curriculares de 1996 da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Para pensar o estágio em Serviço Social, é necessário recorrer a Política Nacional de Estágio (PNE) que a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, 2010), conectada ao contexto socioeconômico e político, elaborou esse documento que se reflete como um instrumento de luta contra a precarização do ensino superior e, a partir disso, define o estágio como sendo: *“instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do/a estudante”*. Este momento em questão é de grande importância na construção do perfil profissional do/a estudante. Além disto o estágio curricular obrigatório regulamentado pela PNE, proporciona ao estudante de Serviço Social a proximidade da realidade social, visualizar as diferentes maneiras que se manifestam as expressões da questão social.

Nas décadas de 1990 e 2000, a supervisão de estágio passa a configurar-se como atividade privativa prevista na lei de regulamentação da profissão, bem como consolida-se como requisito à formação profissional, prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Serviço Social. E em 2008, delibera-se, a Resolução CFESS nº 533/2008 a qual, entre outros aspectos, contribui para a definição de papéis entre os sujeitos envolvidos no processo de supervisão de estágio em Serviço Social, quais sejam: o/a estudante, o/a supervisor/a acadêmico/a o supervisor/a de campo, cada um com sua função, formando a tríade de estágio. Sendo o momento em que o/a acadêmico/a deve ser provocado e orientado a relacionar dialeticamente os pressupostos teóricos introduzidos ao

longo dos anos anteriores e no cotidiano da formação acadêmica, com a finalidade de formar-se um profissional capaz de relacionar o cotidiano da ação profissional de forma crítica, propositiva e qualificada.

A vivência no campo de estágio, se configura como substrato da atuação no espaço profissional, efetivando o processo de aprendizagem para o/a estagiário/a. Diante das mudanças no mundo do trabalho, e aumento do padrão de produção flexível e do capital, observa-se a racionalização do trabalho e a perda das garantias sociais através do desmonte do Estado a partir do avanço ofensivo neoliberal. Com isto, torna-se mais que necessário defender os avanços do Serviço Social no campo da formação e do exercício profissional. A partir disso, o estágio obrigatório supervisionado se torna um dos espaços de legitimação da profissão ao contribuir para a construção de um perfil profissional crítico e propositivo, capaz de viabilizar propostas profissionais frente ao agravamento das expressões da questão social, e reafirma os fundamentos do Projeto ético- político da profissão.

Sendo assim, é oportunizado ao/a acadêmico/a, dois semestres de vivência na realidade do cotidiano institucional e da atuação do/a Assistente Social, onde o primeiro estágio se configura como o momento de observação, e o segundo o de intervenção, sendo possível começar a intervir antes, de acordo com a autorização e consentimento do supervisor de campo. A partir disto, este processo torna-se um importante momento na formação do/a estudante, e também os/as estagiários/as tornam-se importantes no cotidiano da instituição junto ao supervisor, pois cumprem justamente esse papel de troca, possibilitando a “oxigenação profissional do/a assistente social supervisor/a” (LEWGOY, 2009, p. 157), pois assim, o supervisor de campo necessita estar se atualizando e compartilhando seus conhecimentos com os supervisionados e em inúmeras vezes refletindo questões, que por estar todo o dia na instituição já se tornaram corriqueiras, possibilitando assim, outras ações e discussões.

No decorrer do Estágio Supervisionado I, que ocorreu na segunda metade de 2018, no 7º semestre do curso, além do contato com o processo de trabalho do Assistente Social, o cotidiano da instituição, o funcionamento do serviço, a vivência em uma equipe multiprofissional, o reconhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, foi oportunizado experienciar também o trabalho do Assistente Social no grupo para familiares dos usuários em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II AD. E a partir dessa participação, foi

pensado um projeto de intervenção para ser aplicado e desenvolvido no primeiro semestre do ano de 2019, no Estágio Supervisionado II e 8º semestre do curso.

O Grupo de Familiares, completa alguns anos de atividade, e desde sua criação é coordenado pelo Assistente Social da instituição e possui a mesma dinâmica. No começo, em setembro de 2018, no primeiro estágio supervisionado, quando iniciei a participação no grupo, os familiares não me reconheciam, enquanto estagiária, mesmo apresentando-me em todos os encontros. Passando o semestre, com o avançar dos encontros, ocorreu a criação de vínculo com a maioria dos familiares, principalmente com aqueles que frequentavam todas as semanas.

É um Grupo majoritariamente feminino, sendo composto de mães, irmãs, esposas, amigas, tias, e em alguns encontros faziam-se presentes homens, pais, filhos, maridos. Demonstrando as afirmações das relações de gênero atribuídas às mulheres, e que socialmente e culturalmente são aceitas e reproduzidas. Conforme é possível demonstrar, através desta tabela de frequências, conforme o livro ata do grupo, que em todos os encontros era passado para ser assinado e fica arquivado na instituição.

GRUPO DE FAMILIARES CAPS-II-AD “CAMINHOS DO SOL”		
Frequência 2018/2 (Encontros que a estagiária estava presente)		
04 de Setembro	8 participantes	7 Mulheres – 1 Homem
11 de Setembro	7 participantes	4 Mulheres – 3 Homens
18 de Setembro	4 participantes	4 Mulheres
02 de Outubro	9 participantes	8 Mulheres – 1 Homem
09 de Outubro	5 participantes	5 Mulheres
16 de Outubro	6 participantes	6 Mulheres
23 de Outubro	7 participantes	7 Mulheres
30 de Outubro	7 participantes	7 Mulheres
06 de Novembro	6 participantes	6 Mulheres
13 de Novembro	3 participantes	3 Mulheres
20 de Novembro	11 participantes	11 Mulheres
11 de Dezembro	8 participantes	8 Mulheres
18 de Dezembro	10 participantes	8 Mulheres – 2 Homens

Sendo assim, com o avançar dos encontros, foi possível perceber que alguns assuntos não eram abordados, podendo ser pelo motivo de a maioria dos/as participantes serem mulheres, e o profissional que coordenava o grupo ser homem, ou também por não ser incentivado, tanto pelo Assistente Social, quanto pela própria instituição.

Ademais, os encontros tornavam-se narrações descritivas de como havia sido a semana da família, em relação a situação que unia aquelas mulheres ali, ou seja, a centralidade era no seu familiar que faz uso de algum tipo de substância psicoativa, ou está em tratamento e abstinência. Sendo assim o grupo não se cumpria muitas vezes sua intenção, que era para atender, desvendar as demandas

das famílias, sendo o grupo o único momento de atenção aos familiares, pois os outros momentos no serviço são pensados e desenvolvidos para os usuários.

E a partir desta vivência e de algumas percepções, foi pensado um Projeto de Intervenção para ser aplicado junto a este grupo. O Projeto Fortalecer, onde os objetivos, que serão apresentados de melhor forma junto com os resultados e outras percepções no próximo item, de tentar gerar e despertar o autocuidado nestas mulheres, para que assim não continuasse ocorrendo a anulação da identidade e da vida das mesmas, em prol do outro familiar que estava em acompanhamento.

4.2.2 O Projeto Fortalecer

No segundo estágio supervisionado, com o desvendamento do cotidiano da instituição, o seu funcionamento, com um maior contato com a equipe multiprofissional, e a criação de vínculo com o supervisor de campo. Também se fazia presente um sentimento de liberdade e confiança para conseguir falar abertamente com ele, e me sentir pertencente aquele serviço, mesmo que temporário, alguns usuários já me reconheciam como Estagiária do Serviço Social.

Na primeira semana, ao retornar ao campo de estágio, em março de 2019 já com o objetivo de dar início ao Projeto Fortalecer, que tem o objetivo de autocuidado dos familiares de usuários em acompanhamento no serviço, e partir deste o fortalecimento das relações familiares. Que através de algumas dinâmicas iriam ser trabalhadas as questões de gênero presentes nas relações familiares, entre outras relacionadas ao autocuidado e a não anulação. Os objetivos do projeto foram desenvolvidos, a partir da vivência no grupo, porém algumas questões não foram percebidas e assim não levadas em consideração, o que resultou na não efetivação do projeto como havia sido planejado. Podendo afirmar também, que antes de fazer o planejamento e pensar um projeto de intervenção, é necessário estudar as famílias de maneira individual, mesmo que estando em um grupo, pois a partir deste reconhecimento, a efetivação do projeto seria melhor feita, porém esta questão não foi percebida pela estagiária e sim a observação do grupo como um todo.

Para contextualizar, na terça-feira, dia que ocorre os encontros do grupo, o sentimento era de empolgação e medo, porém chegou o horário do grupo e não havia nenhum familiar. Na outra semana compareceram 6 participantes, o

Assistente Social Supervisor de Campo, entrou junto na sala onde ocorre o encontro. As mulheres que se fizeram presentes neste encontro, eram as mesmas que frequentavam o serviço no ano anterior, sendo assim já as conhecia e elas a mim, o que resultou em uma melhor aproximação e diálogo. Iniciei o encontro, e a partir da primeira fala de um familiar, pegou o mesmo rumo que já estavam habituados. Foi tentado de maneira sutil modificar a fala, com algumas perguntas, com a intenção de que a resposta fizesse refletir, porém a fala retornava para a descrição e a centralidade no usuário, que estava em outro grupo, em outra sala com a Médica Psiquiátrica. O que se fazia possível perceber o adoecimento e as relações de dependência, pois mesmo o membro estando em outra sala, ele se tornava a centralidade do assunto no grupo.

No final do encontro, ficou acordado que no próximo, cada integrante iria trazer uma foto da família, ou do que representava família. E entre o Supervisor de Campo e eu, decidimos que na próxima semana eu iria conduzir o grupo sozinha, para criar mais vínculo e conseguir trabalhar algumas outras questões. Chegando no encontro, na terça-feira seguinte, nenhum familiar havia lembrado de trazer a foto. E assim aconteciam as dinâmicas dos grupos, nas duas primeiras semanas, no final dos encontros ficavam algo combinado para o próximo, que não era lembrado, seja por diversos motivos. Sendo assim, percebi que a fala era e deveria continuar sendo a centralidade, pois estavam a bastante tempo daquela maneira, não seria fácil modificar e também por entender que era o único espaço, e que havia uma necessidade de falar bastante grande entre os/as familiares. O que necessitava era tentar de alguma maneira modificar a fala, trazendo um pouco mais para o pessoal da vida destas mulheres, para despertar o interesse pelo autocuidado.

A fala aos poucos foi-se modificando, tornamos os grupos mais dialogados entre todos os presentes, não mais apenas relatos individuais, onde era trazido e compartilhado de maneira mútua informações, conhecimentos e reflexões sobre os processos e serviços oferecidos no município e fora dele. Não se perdia o objetivo de fortalecimento, principalmente das pessoas novas que chegavam, que com a ajuda daquelas mais antigas, que passavam seus conhecimentos e práticas, de como lidar com determinadas situações. Mas agora conversamos também, diálogos com caráter informativo sobre o funcionamento da rede de saúde mental, sobre internação compulsória, sobre os mitos de medidas drásticas funcionarem a longo prazo, sobre demandas próprias de cada família, mas que se tornavam do grupo.

Eram encontros, momentos de conversas informais. Que com o passar dos encontros, podia ser observado que estavam fazendo a diferença no dia daquelas pessoas, compartilhamos saberes, nós enquanto técnicos, as famílias enquanto vivências e formas de lidar. E com a criação de vínculo, familiares após o encontro procuravam o Serviço Social, para outras demandas que haviam conseguido perceber durante os encontros e necessitavam de orientação de como proceder e entre outras informações.

Um ponto que foi possível perceber durante a vivência no segundo semestre na instituição, é a dinâmica da própria instituição que da 2º metade do ano para 1º parte do ano se modifica bastante, em questões de demanda numérica, tanto dos usuários, quanto dos familiares. Sendo bastante perceptível também, tanto pela frequência do Projeto quanto pelo dia a dia institucional, que as mulheres são familiares e os homens são os usuários do serviço, em aproximadamente 85% dos casos. E a partir disso, várias reflexões se fazem necessárias, tanto nas discussões que eram desenvolvidas no grupo, como também, com a equipe multiprofissional, que vezes pela rotina cotidiana, e a grande demanda, a superlotação pode não perceber estas questões presentes.

PROJETO FORTALECER		
Frequência 2019/1		
26 de Março	6 participantes	5 Mulheres – 1 Homem
02 de Abril	4 participantes	4 Mulheres
09 de Abril	5 participantes	5 Mulheres
16 de Abril	6 participantes	6 Mulheres
23 de Abril	2 participantes	2 Mulheres
30 de Abril	2 participantes	2 Mulheres
07 de Maio	7 participantes	7 Mulheres
14 de Maio	4 participantes	4 Mulheres
21 de Maio	5 participantes	5 Mulheres
28 de Maio	4 participantes	4 Mulheres
04 de Junho	5 participantes	5 Mulheres
11 de Junho	6 participantes	6 Mulheres
18 de Junho	3 participantes	3 Mulheres
25 de Junho	7 participantes	6 Mulheres – 1 Homem

Os 14 encontros do Projeto, dão sequência às observações da questão de gênero. Onde reflete a sociedade capitalista, patriarcal e hierárquica que se divide por classe e gênero, se distribui em funções e papéis distintos para cada indivíduo, e a família não seria diferente. Sendo assim, conforme as ideias de Rosa e Alves (2012), que o estigma que permeia as questões de gênero é devido ao estereótipo de que cabe às mulheres, atividades relacionadas ao cuidado: maternidade, tarefas domésticas, família, o que acaba por excluir mulheres que não adotam esses hábitos e as culpabiliza e responsabiliza pelos conflitos internos as famílias. Desta forma, o papel que a figura feminina ocupa nessas famílias, nesse grupo, e na

obrigação do cuidado, acaba reforçando os conjuntos de crenças baseados em um sistema de pensamento patriarcal, que permanece no imaginário contemporâneo, trazendo e acentuando desigualdades, além de diversos percalços ao estabelecimento de políticas públicas mais coerentes voltadas para as mulheres (SOUZA, OLIVEIRA, NASCIMENTO, 2014).

Além disso, as mulheres em sua maioria, só frequentam o serviço enquanto cuidadoras da população masculina, como foi observado, mas o mesmo não acontece tão comumente na situação inversa, como já supracitado. O que se pode observar durante os encontros e nos relatos dessas mulheres, o papel que elas ocupam, e/são ensinadas e influenciadas a ocupar, refletem exatamente essa falta de discussão e reflexão nas inúmeras instituições sociais, como também nos serviços de saúde psicossociais. Essa realidade é permeada, pelas desigualdades de gênero construídas socialmente, configurando as identidades de masculino e feminino, bem como os espaços a serem ocupados pelos sexos, ou seja, a definição do espaço privado para as mulheres e a esfera pública para os homens. A construção social das relações de gênero se fundamenta no patriarcado que, segundo Santos et al. (2007, p. 68), embasa “a organização da vida de muitas sociedades, norteadas pela ideia de que existiria uma superioridade física [...], produtiva e intelectual dos homens em relação às mulheres”, sendo assim, cabe às mulheres o cuidado com a família e ao homem o prover o sustento da casa.

Dentro da família que cuida, a mulher exerce papel fundamental, como assinalam vários estudos (Gonçalves e Sena, 2001), ou seja, a mulher ganha destaque como representante da família do usuário de serviços públicos de saúde mental no Brasil. E o CAPS é um local de apoio por meio do cuidado proporcionado pela equipe multiprofissional e da interação com os usuários, portanto trabalhar a reflexão de homens e mulheres no que tange às questões de gênero e o papel social desses torna-se essencial. E esse ponto torna-se ainda mais importante, por ser um grupo de familiares, fundamentalmente ocupado por mulheres, podendo trabalhar essas questões de anulação da figura feminina em prol do cuidado ao dependente de seu membro que faz acompanhamento neste serviço, referente ao uso de substâncias psicoativas, e que reforçam papéis sociais e culturais construídos historicamente. Sobrecarregando e adoecendo a/as mulher/es desta família, que ficam responsabilizadas por cuidar, acompanhar e se fazer presente na vida do indivíduo que necessita cuidado.

Pesquisas na área do uso abusivo/dependente de substâncias psicoativas, revelam a importância da família como fator de proteção e prevenção à recaída (CARVALHO; ALMEIDA, 2003), porém para esta efetivação a família deve estar fortalecida, e necessariamente os membros devem estar individualmente e coletivamente fortalecidos, sendo que a estrutura externa a família se faz bastante importante e influencia de forma direta as relações intrafamiliares. O desemprego estrutural, a fome, o não acesso a bens de consumo, ao lazer, a serviços públicos de saúde de qualidade e que compreendam os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, assistência e entre outros influenciam e modificam relações familiares.

As possibilidades de acompanhamento voltadas para as famílias, tanto no CAPS II- AD, quanto na RAPS do município de Santa Maria são pouquíssimas, o que dificulta uma abordagem e acompanhamento integral daquelas realidades. Entretanto, a literatura existente acerca da temática tem referido a importância do enfoque familiar para o tratamento (Schenker; Minayo, 2003). Ressaltando-se a importância da inclusão da família no tratamento e acompanhamento, oportunizando na tentativa de ações também de cuidado e fortalecimento para a família como um núcleo que precisa ser considerada em seu todo, seja em relações consanguíneas, de afeto, ou de relações de dependência. De acordo com Payá (2011) a família que em sua concepção tem membro/os que são usuários e dependentes químicos, pode ser considerada uma rede de inter-relações na qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos, influenciam os membros da família e são, por ela, influenciados, ou seja, ocorre um adoecimento conjunto, sendo assim necessita-se atender as demandas de todo o núcleo familiar.

E a família pode ser pensada como, a partir da concepção proposta no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC). (BRASIL, 2006, p. 130):

Um grupo de pessoas que são unidas por laços de consanguinidade, de aliança e de afinidade. Esses laços são constituídos de representações, práticas e relações de obrigações mútuas. Por sua vez, estas obrigações são organizadas de acordo com a faixa etária, as relações de geração e de gênero, que definem o 'status' da pessoa dentro do sistema de relações familiares.

Em consonância com esta concepção a autora Mioto apresenta a família como:

Como base natural e núcleo fundamental da sociedade. Nessa perspectiva, ela é assumida como a estrutura através da qual pode ser garantida a educação, a assistência, à segurança e a felicidade dos sujeitos que compõem o todo social (MIOTO, 2015).

Já a dinâmica familiar pode ser compreendida, segundo Minuchin e Fishman (1990), considerando a estrutura, os subsistemas e as fronteiras do funcionamento da família. A estrutura familiar pode ser definida como “um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem” (Minuchin, 1982, p. 57). Estas relações familiares não são de fácil percepção, sendo expressa através dos subsistemas, da hierarquia, dos papéis e das fronteiras, dentre outras dimensões do funcionamento familiar. Em contrapartida, as fronteiras difusas revelam famílias emaranhadas, já que seus subsistemas desenvolvem um sentimento de apoio mútuo, que inúmeras vezes dificulta ou anula a autonomia de seus membros, principalmente das mulheres cuidadoras.

Portanto, o Projeto pode ser considerado como um importante passo para a reflexão do grande espaço que já vem sendo oportunizado para familiares. Não foi realizado exatamente da maneira que se esperava. Pois o esperado era trabalhar, essas questões, como a de gênero de forma dinâmica, o que não foi aceito pelos participantes, como supracitado. Mas foi satisfatório no ponto que foi conseguido modificar de forma inicial, necessitando continuidade, a intenção de fala dos familiares, e mostrar também para o Assistente Social e para o restante da equipe multiprofissional da instituição a intenção da modificação para que assim, consiga prosseguir dessa maneira. A dinâmica do grupo, durante o projeto e até os dias de hoje, segue a centralidade na fala, o que é de bastante importante, visto que há esta necessidade por parte dos familiares, e também a importância da experiência ser trocada e compartilhada entre familiares, e sendo possível reconhecer demandas a partir delas, agora que não se tornou apenas descritiva, mas também reflexiva e de acesso a informações e orientações por parte do profissional.

É possível classificar duas hipóteses do porque o projeto não ocorreu da forma esperada: a primeira pela própria dinâmica da instituição e grupo, que já está bastante arraigada a costumes já estabelecidos, e mudar nem sempre é confortável, o que torna mais desafiador, tanto para quem propõe algum tipo de mudança, quanto para quem é proposto a mudança. Levando em consideração também, o

tempo de funcionamento do grupo, a dinâmica já estabelecida e o adoecimento dos familiares. E a outra, seria o não pensar de forma qualificada o planejamento, pois o tempo de permanência na instituição é bastante curto, não sendo possível observar e perceber todas as relações de força que envolvem o cotidiano, e também o que o supracitado, de conhecer de fato as famílias que faziam parte do grupo, em suas individualidades. Sendo assim, nesta segunda, entraria também a questão de acreditar que todas as ideias propostas aos familiares seriam efetivas e eles iriam gostar, sendo assim, o trabalho anterior ao pensar o projeto deveria ter sido melhor conversado com estas mulheres, que muitas vezes vão ao grupo depois da carga horária de trabalho, ou de cuidados excessivos aos demais membros da família.

Outro ponto bastante importante que só foi observado no segundo semestre de estágio, a partir de algumas vivências no interior da instituição como também no meio acadêmico, é a questão de porque a família, historicamente é “problema” do/a Assistente Social, que deve trabalhar, reconhecer e modificar realidades? Se a equipe do serviço é composta de multiprofissionais e as demandas são de múltiplos conhecimentos. O que dificultava esta interação da família com as demais áreas profissionais do serviço, é o horário do grupo, às 19 horas, onde o CAPS-II- AD, já estaria fechado. Entretanto é o que facilita o acesso dos familiares que trabalham, mas dificulta a participação dos demais profissionais, que não possuem disponibilidade de permanecer no serviço neste horário.

Sendo assim, se faz necessária a utilização de uma categoria bastante importante, tanto no cotidiano da instituição, junto a equipe multiprofissional, quanto durante os encontros, e o profissional, Assistente Social, é qualificado para fazer seu uso, é a categoria Mediação. E a autora Martinelli (1993) ressalta a necessidade de o profissional realizar a interpretação da realidade a partir das relações estrutura, conjuntura e cotidiano, pois,

Instituem-se como formas de acesso às múltiplas determinações da realidade, pela mediação dos contextos, acontecimentos, atores, forças sociais em presença, os quais podem ser alcançados pela análise de conjuntura como um recurso metodológico para apreender dialeticamente o movimento do real e penetrar em suas tramas constitutivas. (MARTINELLI, 1993)

Portanto, a partir da ressalva da autora, pode-se compreender o grupo operacional de familiares como um conjunto de relações de força (familiares,

usuários e equipe multiprofissional) que possuem interpretações, necessidades e entendimentos diferentes. E a/o profissional possui o desafio de atuar sem perder de vista que se trata de um processo dinâmico e muitas vezes conflituoso. O processo de alcance da essência ocorre mediatizada pela aparência, pelo fenômeno, porém, se faz necessário visualizar os fenômenos sociais como complexos sociais ao invés de fatos isolados, pois esses, que são estruturas históricas, vivas e reais, que compõem o ser social, encontram-se em permanente movimentação (PONTES, 2000), a sociedade e a família são dinâmicas, e o que se exige e o que é exigido também, sendo necessário uma mediação para não propiciar um maior adoecimento.

Sendo assim, o superar o aparente, conseguindo de forma contextualizada e materializada, compreender a/as realidade/es, não acontece no imediato, necessita-se de tempo, de reflexão. Como também já mencionado, o grupo é o único momento de fala dos familiares, sendo assim, logo que chegam, no primeiro encontro, é perceptível a necessidade de demonstrar para o grande grupo todos os conflitos, muitas vezes em busca deste imediato, e cabe ao profissional, mediar, e usar alguns instrumentos com intencionalidade para conhecer a realidade daquela família, a fim de não cair no tecnicismo e conceder/propor atitudes drásticas. Inúmeras vezes, tanto durante os grupos quanto no cotidiano da instituição a família, ou até mesmo o usuário em poucos casos, procura a instituição esperando encontrar a superação técnica imediata, quase instantânea, isso ocorre principalmente na questão álcool e outras drogas, pois só é procurado os serviços em situações limites, ou seja, quando se esgotam as outras tentativas, tanto internas na própria família ou na comunidade a que pertencem.

O que deve ser trabalhado e desmistificado tanto por todos os profissionais nos momentos de encontro com os usuários, quanto no grupo operacional para familiares. A explicação, sobre os tipos de internação, sobre o mito de que a compulsória é mais rápida e efetiva, como inúmeras outras informações que os usuários e seus familiares tem o direito de acesso. E a realidade encontrada no município de Santa Maria, não dispõe de leitos para desintoxicação oferecidos a homens adultos, como já supracitado, sendo assim, necessário que os mesmos sejam encaminhados para hospitais localizados em quatro municípios vizinhos, conveniados com a Prefeitura local, a fim de que tenham acesso a essas ferramentas de tratamento, observando-se, assim, o distanciamento de suas

relações sociais, de seu meio de convívio familiar, contrapondo o proposto na política de saúde mental, e não trabalhando os conflitos territoriais.

Outras questões que foram orientadas aos familiares é a participação no controle social, articulando assim com o projeto ético-político do Serviço Social, mobilizando estes familiares, que também são trabalhadores para participar das decisões do município, para os conselhos, as conferências em todos os âmbitos, principalmente da área da saúde e saúde mental, que os atingem diretamente. E que devem ser mobilizados e incentivados a estar em movimentação, conforme suas disponibilidades e condições físicas e mentais de estar se inteirando dos assuntos que envolvem a comunidade, o acesso a direitos, e estes processos deliberativos.

O Serviço Social, trabalha também na perspectiva da reabilitação⁵ psicossocial também em conformidade com o projeto ético-político da categoria, que perpassa pela necessidade de implementação e fortalecimento da RAPS. E para efetivação desta, que compõem a RAPS, é necessário a construção do vínculo entre equipe do CAPS- II- AD e familiares, que proporciona aos profissionais do serviço maior atenção à família, diminuindo a sobrecarga desta e potencializando, ainda mais, o cuidado dos usuários dependentes de substâncias psicoativas, além de favorecer a troca de experiências em lugares acolhedores e facilitadores de ações entre a família, a comunidade e a equipe de saúde (ANDRADE et al., 2013). Estas questões de troca de experiências são evidenciadas por Rosa (2018), pois o saber adquirido no cotidiano do cuidado em saúde mental ainda é pouco valorizada, sendo destacada mais as perdas, os erros, as limitações o que não fez ou deixou de fazer, sendo assim ficando em evidência que o técnico e o profissional é superior a vivência cotidiana.

Nessa direção, pode-se perceber que uma atuação junto às famílias pode ser benéfica para o cuidado ao usuário, incidindo na diminuição das internações, na redução de conflitos familiares e diminuindo a sobrecarga sentida pelos cuidadores (BANDEIRA et al., 2011), que em sua maioria são familiares e são mulheres. Desta forma, a família passa a ser considerada agente ativo, coresponsável, já que é

⁵ A Reabilitação Psicossocial que é componente da RAPS, corresponde à: iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais; Fortalecimento do protagonismo de Familiares e usuários.

chamada a isso, após movimento da reforma psiquiátrica e do estado neoliberal que diminui sua área de cobertura e necessita de colaboradores.

Sendo necessário ressaltar a importância do acesso à informação como um direito assegurado por lei, em tudo que diz respeito ao tratamento de seus membros e de conhecer as políticas de saúde e saúde mental. E vivenciando o contexto institucional e o grupo com familiares, pode-se perceber que estes serviços se fazem pouco efetivos no acompanhamento cuidadoso que a política de saúde mental propõe, e isso, em certa medida, contribui para a sobrecarga das famílias, já que cabe a elas a maior parte do cuidado. Esta percepção pode ser pela falta de uma equipe maior de cuidado, tanto nos serviços especializados, quanto na atenção básica e a superlotação destes mecanismos, o que acarreta o cuidado para a família, e a família acaba por ficar sem ser cuidada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da saúde como um direito, que se deu em decorrência dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica desencadeou uma série de transformações nos modelos de atenção e cuidado em saúde mental. Essas transformações teórico e práticas resultaram na criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na formulação e efetivação da atual Política de Saúde Mental brasileira. Além disso, promoveram a construção de uma ampla rede de serviços de saúde de base territorial e comunitária, superando a lógica manicomial, entre inúmeros dispositivos, encontrasse os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS- AD, como é o caso deste que serviu de vivência para a parte empírica deste Trabalho de conclusão de Curso.

Estes processos reformistas permitiram não somente a estruturação de novos serviços, mas principalmente a constituição de mudanças nas ações e estratégias de cuidado em saúde mental e nas concepções que orientam esse cuidado. E uma das profissões que acompanharam todo este processo foi a de Assistente Social, pois está também sofre alterações, em decorrência dos avanços do capitalismo e dos ideais contrários a este sistema, que a profissão adota e se coloca a favor e em prol da classe trabalhadora e assume também no seu processo de trabalho os avanços destes movimentos.

A trajetória do processo de trabalho dos/as Assistentes Sociais, após movimento de reconceituação, superou inúmeros fazeres arcaicos e conservadores. Porém há muito que desenvolver ainda. Como é o exemplo do trabalho com famílias na saúde mental. Historicamente um núcleo que se torna responsabilidade do Serviço Social, que mudou suas intencionalidades, porém com as inúmeras relações de força e as investidas do capital, se torna um grande desafio, para não retornar às práticas já superadas teoricamente.

O processo de trabalho do/a Assistente Social no CAPS-II-AD, enfrenta outras questões que necessitam de enfrentamento e diálogo, tanto com os usuários e a equipe quanto com a comunidade, sobre os estigmas manifestados ao usuário de álcool e outras drogas, o que acarreta também um adoecimento em toda a família de modo geral. E também, como observado durante o cotidiano da instituição e o convívio com o grupo de familiares, que o estigma influencia a situação de só procurar o serviço nas situações limites, sendo assim, ocorre a não percepção das questões envolvendo a saúde mental, e a dependência química, só quando esta causa divergência e conflitos na rotina dos membros destas famílias.

Estas atitudes culturais de só procurar o serviço no limite, acarretam atitudes extremas, imediatistas e burocráticas, ou seja, só chegam ao CAPS quando todas as alternativas se esgotam, pois, procuram soluções no interior da família, nas redes locais, na igreja, em outros parentes, e quando chegam ao contato profissional, a internação já se faz idealizada, como solução.

Necessitando que o profissional, que faz o acolhimento, que muitas vezes é o/a Assistente Social, e pensando o grupo operacional, onde é apenas o/a Assistente Social que tem contato neste momento e faz esta mediação entre toda a equipe multiprofissional, a família e o usuário. E a partir disso se faz mais que necessário romper estas atitudes imediatistas, tentando desconstruir que a internação não é a solução efetiva para os conflitos. Por outro lado, é possível perceber que a família muitas vezes, adoecida, com relações de dependência adoentadas, com o desgaste, a pobreza, o desemprego, com necessidade de descansar, projeta na internação o que está precisando no momento.

Porém quando se efetiva a internação, ou quando se faz realmente necessário, a família que está bastante adoecida, mesmo conseguindo o que era a intenção inicial, a família continua adoecida, com a cabeça junto ao membro que está distante, não conseguindo descansar e reorganizar sua vida neste período,

que seria necessário para o autocuidado e o fortalecimento, para o retorno pós internação, seja para desintoxicação, ou as de período mais longo.

As famílias muitas vezes ressaltam a cultura do isolamento, onde a fala demonstra que as famílias deixam de sair, de fazer as coisas que faziam normalmente e proíbem seus membros de fazer ou seguir a vida como já eram acostumados em função do medo do contato com determinadas substâncias químicas, e o afastamento de todos os meios e relações de afeto e sociais, em função da abstinência total, tendo este isolamento como a solução. Sendo mais uma vez reforçada a perda de identidade e a anulação destas mulheres em prol da família. E a mulher como provedora do cuidado, mesmo com a entrada, e se mantendo no mercado de trabalho, acarretando uma dupla ou tripla jornada de trabalho, o formal e o informal, levando a um adoecimento mental e físico muitas vezes, por não conseguir descansar ou refletir sobre estas relações.

Sendo assim, se faz desafiador o trabalho com famílias, onde necessitasse criar ou transformar espaços de cuidado para a família e não mais uma obrigação a ser cumprida, como ocorre com a presença para visita em comunidades terapêuticas, que a família é obrigada a comparecer no serviço, não pelo entendimento da importância, mas sim como uma condição, mesmo que estejam cansados/as ou esgotados/as. Precisando superar a lógica de ver o grupo e o processo de trabalho do/a profissional Assistente Social, como um expositor de conteúdo, mas como um compartilhamento de conhecimentos. E o/a Assistente Social, precisa ver a família como um ser que é detentor de inúmeras vivências, e a partir delas adquire um conhecimento efetivo, onde o conhecimento das famílias é mais que importante. O profissional tem conhecimento técnico e a família tem a vivência.

A tentativa de relações menos verticalizadas e mais horizontalizadas entre usuários, familiares e profissionais do serviço, tanto para o fortalecimento de vínculos quanto de compartilhamento de aprendizagem e abordagens criativas, trariam resultados positivos para este trabalho com a família que se torna, e é considerada por vários autores participante do tratamento/acompanhamento do usuário de álcool e outras drogas. Sendo necessário estudar e conhecer de maneira efetiva e integral às demandas, conflitos e relações de forças presentes nas famílias de maneira individual para poder intervir de maneira coletiva no grupo.

E como os processos de saúde mental não são visíveis como as questões de saúde física, se tornam mais complexos, o que acontece de a família chegar ao grupo ou ao serviço procurando atitudes imediatas e curativas, remédios e internações, sendo necessário o/a Assistente Social ficar atento e saber lidar com estes conflitos, compreendendo de maneira concreta, histórica e dialética as dinâmicas familiares ocorrentes neste período da vida da família e da ordem do capital. O que configura, caracteriza e também modifica relações familiares a partir dos conflitos externos e os internos de geração, de desigualdade, de não acesso a bens e serviços, ao mercado de trabalho e o lazer, entre outros.

Estes e outros desafios acarretam, perguntas que nem sempre são fáceis de serem respondidas e resolvidas, como quem cuida do cuidador? O que fazer em situações limite para fugir da burocracia, em serviços que sofrem diariamente com o retrocesso e o corte de financiamento e incentivo? Sendo necessário um trabalho conjunto a equipe multiprofissional, aos familiares e aos usuários, também junto à comunidade para tentar de maneira efetiva e proativa pensar atitudes para modificar essa lógica do isolamento, da solução imediata, da cultura de procurar os serviços de saúde mental apenas em situações limites.

Portanto o/a Assistente Social não deve se configurar como professor da família, que educa a família, que chama atenção ou puni, sendo o/a profissional não como um conselheiro, mas sim como um técnico que presta orientação. Sendo os resultados micros importantes processos para causar mudanças no macro. E compreendendo a dependência de substâncias psicoativas, como algo também biológico, mas muito mais social, onde pode-se perceber e esperar mudanças e evoluções na vida dos usuários e suas famílias, pois nenhum indivíduo nasce e morre da mesma maneira, mas se modifica ao longo da vida, e suas experiências, oportunidades e profissionais que cruzam seus caminhos são capazes de interferir nos rumos e resultados destes processos de adoecimento e formação cidadã.

O objeto de atuação do/a Assistente Social, que são as expressões da questão social, que no início eram vista como caso de polícia, principalmente nas questões que envolvem álcool e outras drogas. E no capitalismo com a evolução a profissão, passou a ser entendida como o conflito capital versus trabalho, mas que ainda em muitos casos, no senso comum em notícias de jornais ainda o usuário de substâncias psicoativas é visto como marginal, não alterando o estigma. E nestes espaços ocupacionais de saúde, necessitam pensar as questões social e a loucura

e as relações com a questão álcool e outras drogas. Onde o mundo exige relações de poder, entre o Mercado que é responsável pela medicalização, estado que em um contexto neoliberal atende as demandas do mercado e a família responsável pela reprodução e cuidado de seus membros, sendo necessário o entendimento destes conflitos para intervir nestas realidades sociais.

Sendo assim, os/ as Assistentes Sociais, que se colocam ao lado da classe trabalhadora e, conseqüentemente, das famílias, com o objetivo de defender, promover e lutar pelos seus direitos, em uma perspectiva não mais culpabilizadora, mas de efetivação dos acessos, dos direitos, no apoio, no cuidado e motivando-as a participar das decisões institucionais, políticas e de controle social.

A Saúde mental é bastante complexa e deve ser vista em todos os âmbitos. Sendo necessário o/a Assistente Social compreender mais áreas do saber, relacionadas a este tema, para assim poder intervir de maneira integral na realidade da vida e no cotidiano do usuário e da instituição, até para se relacionar melhor com a equipe multiprofissional e a RAPS. Ou seja, compreender algumas especificidades que fazem parte do cotidiano institucional e da vida dos usuários e suas famílias, de maneira a compreender estes sujeitos de forma social, biológica e psíquica, sendo assim um sujeito biopsicossocial.

Ademais o trabalho interdisciplinar, que é desenvolvido nas equipes multiprofissionais, deve ser voltado a aumentar a sua especificação e reafirmar sua importância enquanto profissional naquele serviço, ou seja, há a discussão de casos, nas reuniões de equipe, mas cada área compartilhando o seu saber. O que não impede o/a Assistente Social, de adquirir certos conhecimentos que não são da sua formação de origem, cuidando para não cair no ecletismo de saberes, ou seja, não é o saber um pouco de tudo e conhecimentos que não conversam com a sua profissão, mas adquirir conhecimentos que facilite o seu processo de trabalho no cotidiano da instituição de saúde mental. Reafirmando assim a importância do Serviço Social nas equipes e no trabalho social com famílias e saúde mental.

Nos diversos campos de atuação do/a assistente social, é notória a complexidade das questões que se apresentam cotidianamente. As demandas, advindas de um processo de exclusão social cada vez mais agudizados, decorrente sobretudo do desemprego e da precarização do trabalho que exigem respostas que estejam embasadas na análise da articulação entre os processos econômicos,

políticos e culturais preponderantes na sociedade naquele dado momento, aos qual a população está submetida e, portanto, vivendo seus reflexos.

Sendo necessário, continuar colocando em evidência no cotidiano institucional, e em espaços como o do grupo operacional de familiares, as discussões e reflexões, sobre o cotidiano e suas manifestações da questão social, e também os direitos dos usuários e suas famílias, às políticas públicas que continuam responsabilizando a família, principalmente a mulher e o cuidado. Pois na conjuntura atual, onde há um enxugamento das intervenções estatais, mercantilizam-se as relações e os serviços, e a partir disso, é mais difícil garantir direitos e acesso. Pois o que pode ser percebido é que a cada dia, temos menos intervenção e garantias vindas do Estado, colocando a família como responsável pelo cuidado, e assim acarretam-se mais desigualdades. Sendo que o direito ao cuidado é universal, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado.

Portanto, tanto as questões de gênero, presentes nos processos de cuidado, nas relações familiares e nos números de usuários/as do serviço, quanto na superação dos estigmas, o acesso aos direitos, a reflexão e a orientação junto as famílias se configura como um desafio para este profissional, que deve sempre na tentativa de superar as medidas tecnicistas e imediatistas, compreender de maneira concreta, dialética e histórica os processos, para assim junto a equipe multiprofissional, e nos espaços que têm oportunidade, estar ressaltando em consonância com o projeto ético- político da profissão, a reflexão destas relações, para que elas não caiam no cotidiano e sejam deixadas de lado, de maneira a intervir, tentando mobilizar e promover dispositivos que permitam os sujeitos e suas famílias modificarem estas realidades conflituosas que envolvem questões biológicas e sociais complexas de saúde mental e o consumo de álcool e outras drogas.

6 REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M. B. C. **O projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro**. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/17800/1/Maria%20Beatriz%20Costa%20Abramides.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.
- ALVES, D. S. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 167-176.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, 2011.
- ANDRADE, R. C; et al. **Concepções dos familiares de usuários acerca do cuidado oferecido em centro de atenção psicossocial**. Cogitare Enferm, v. 18, n. 1, p. 56-62, Jan/Mar 2013.
- ASSIS, Jaqueline et al. **Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes**. Divulgação em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro, n. 52, p 88-113, out. 2014
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Política Nacional de Estágio**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, maio de 2010. Disponível em: Acesso em: 09 out. 2019.
- BANDEIRA, Gabrieli de Souza. **O trabalho do assistente social na política de atenção aos usuários de drogas**. 2014. 114 fls. Dissertação (mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social – PUCRS. Porto Alegre. 2014. Disponível em https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180076/101_00280.pdf?sequence=1&; Acesso em: 27 maio 2019.
- BANDEIRA, M. et al. **Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 284-93, 2011.
- BARROCO. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2001.
- BEHRING, E. R. **Contra-reforma do Estado, Seguridade Social e o lugar da filantropia**.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. – 3. ed.– São Paulo: Cortez, 2011.
- BRAGA, José C.S.; PAULA, Sergio G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: Hucitec. 1986.
- BRASIL. **Decreto N° 4.682 de 24 de janeiro de 1923**. Lei Eloy Chaves, 1923.

_____. **Decreto Lei Nº 72 de novembro de 1966.** Cria o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), 1966.

_____. **Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências, 1976.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.** 6. ed. atual. até 31.01.2005. São Paulo: RT, 2005.

_____. **Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 julho. 2019.

_____. **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União** 2001; 9 abr.

_____. **Portaria Nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília: DF. 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em: 06 maio. 2019.

_____. **Decreto no 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Diário Oficial da União 2002.BRASIL. **Lei 6.439 de setembro de 1977.**A implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), 1977.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde 2004.

_____. **LEI Nº 11.754, DE 23 DE JULHO DE 2008.** Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nºs 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências, 2008.

_____. **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União** 2001.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências, 2010.

_____. **Portaria GM/MS Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.** Financiamentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2011.

_____. **Portaria GM/MS Nº 3.099, de 26 de dezembro de 2011.** Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, 2011.

_____. **Portaria GM/MS Nº 1.966, de 11 de setembro de 2013.** Altera a Portaria nº 1.554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, 2013.

_____. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil:** módulo 1- 5.ed.-Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2014.

_____. **Resolução CIT (Comissão Intergestores Tripartite) Nº 32 de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 2017.

_____. **Portaria Nº 3.588 de 21 de Dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, 2017.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 9761 de 11 de abril de 2019.** O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea a, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/697347259/decreto-9761-19>. Acesso em: 08 mai. 2019.

_____. **Lei Nº 13.840 de 5 de Junho de 2019.** Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas, 2019.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social:** elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social.** [Org]. 4º ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2009

BRAVO, M.I.S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo:** fundamentos Sócio-histórico. 1. ed. São Paulo, Cortez, 2013.

CAMPOS, G. W. S. de. **Reflexões sobre a construção do SUS.** Um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

CARVALHO, I. M. M., & ALMEIDA, P. H. (2003). **Família e proteção social.** São Paulo em Perspectiva, 17(2), 109-122.

CEBES. **Centro Brasileiro De Estudos De Saúde.** Editorial. Rio de Janeiro, Saúde em Debate, v. 1, n. 1, 1976.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS N.º 383 de 29 de Março de 1999.** Ementa: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde, 1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 18 de set. 2019.

CFESS (Org.). **Atribuições privativas do/a assistente social em questão.** Brasília: CFESS, 2012b. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes_2012-completo.pdf> Acesso em: 26 maio 2019.

_____. **Resolução CFESS nº 533/2008.** Regulamenta a Supervisão Direta de Estágio no Serviço Social. Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social. Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: . Acesso em: 11/nov. 2016.

_____. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.** A questão democrática na área de saúde. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1980.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República.** Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 15 de mai.2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N.º 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997.** Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; Terapeutas Ocupacionais. 1997. Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf acesso em: 18 de set. 2019.

DELGADO, P. G. **Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial.** Physis, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126. 2014.

DUARTE, P. C. do **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras.** Conselho Federal de Psicologia, 1º edição, Brasília, Df, 2010.

FALEIROS. **Globalização, correlação de forças e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2013.

FOUCAULT, M. **História da Loucura:** na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** contextualização e reflexos com o cuidado do doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social.** In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

GUIMARÃES, A. A de; ROSA, L. C. S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019:** análise de uma conjuntura antirreformista. O Social em Questão, Rio de Janeiro, Ano XXII - noº 44, 2019.

IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional! Villela Iamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V, CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 10 ed. São Paulo: Cortez; Lima (Peru): CELATS, 2005.

IAMAMOTO. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

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

LEWGOY, A. **Supervisão de estágio em Serviço Social**: desafios para a formação e o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

MACHADO, B.V *et al.* **“Quem São?”** Caracterização de Usuários de CAPS ad que realizaram internação para desintoxicação-Santa Maria/RS. In: OLIVEIRA, G.N.F. et al (Orgs.). Modelos e experiências de uma rede de atenção em saúde mental. Santa Maria editora CRV, 2015. cap.1.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Notas sobre mediações**: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. Serviço Social e Sociedade. N.º 43,1993

MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. 2. ed. 1997. Disponível em:https://www.pcp.pt/sites/default/files/documentos/1997_manifesto_partido_comunista_editorial_avante.pdf Acesso em: 29 Set. 2019.

MÉSZÁROS. Estván. **Para Além do Capital**: Rumo a uma teoria da transição. Tr. Paulo Cesar Castanheira/Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo. 2002.

MINUCHIN, S. **Famílias**: Funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 1982.

MINUCHIN, S., & FISHMAN, C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1990.

MIOTO, R.C.T. **Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis**. Capacitação em Serviço Social e Política Social, Brasília: UnB/CEAD, mod. 4, 2000.

MIOTO, R. C. T. **Novas Propostas e Velhos Princípios: subsídios para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar**. Revista Fronteras, Montevideo, n. 4, p. 93-102, 2001.

MIOTO, R.C.T. **Famílias**: trabalho com famílias e Serviço Social. Serviço Social em Revista, Londrina, v.12, n.2, 2010.

MIOTO, R. C. T. **A produção acadêmica sobre trabalho social com famílias**. Florianópolis, 2015, mimeo.

MIOTO, R.C.T. **Trabalho com Famílias**: um desafio para os Assistentes Sociais. Revista Virtual Textos & Contextos, no 3, dez. 2004. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/search?q=ESTAS%20REFERENCIAS%20EST%C3%83O%20NO%20REFERENCIAL%20TEORICO:%20TRABALHO%20COM%20FAM%C3%8DLIAS:%20UM%20ESAPIO%20PARA%20OS%20AS> acesso em: 04 de Nov. 2019

MOREIRA, M. S. S. (2004). **Dependência familiar**. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, 5(5). 2004

MOTA, A. E [et.al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. ed. - São Paulo: Cortez, Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html, Acesso: 06 mai. 2019

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS; 1996.

_____. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, dá outras providências e inclui procedimentos de Tratamento em Psiquiatria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, 2018.

_____. **Nota Técnica de n.º 11/2019**, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: . Acesso em: 03.mai. 2019.

NETTO, J. P. **Transformações societárias e Serviço Social**. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, 1996. n. 50.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto Ético- Político do Serviço Social**. In: MOTA, A. E. et.al (orgs). Serviço Social e Saúde. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, V. M. R. **Assimetrias e tendências da seguridade social brasileira**. Serviço Social e Sociedade nº. 65 São Paulo, Cortez, 2001.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAYÁ, R. (2011). **Terapia familiar**. In A. Diehl, D. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.). Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas (319-326). Porto Alegre: Artmed.

PEREIRA, Potyara A. P. **A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da assistência social**. In: Serviço social e sociedade, nº 56 ,ano XIX. São Paulo; Cortez, 1998.

PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. (2.ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: EPSJV. 2008 Disponível em <http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic_profissoes_saude.pdf> Acesso em: 03 julho. 2019.

PONTES, R. N. (2000). **Mediação: categoria necessária para a prática do assistente social**. (1a. ed.). Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social; Conselho Federal de Serviço Social; Universidade de Brasília - CEAD. (Org.).Capacitação Em Política social e Serviço Social. V. 3.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. **(Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços**. Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei N° 9.716, de agosto de 1992**. Rio Grande do Sul: 1992. Disponível em http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281> Acesso em: 15 de maio. 2019

ROSA, K.E. *et al.* **“Reconhecimento do fluxo dos usuários de saúde mental do município de Santa Maria”**. Revista Saúde (Santa Maria), Jul./Dez. 2013. Banco Periodicos UFSM, <http://cc.bingj.com/cache.aspx?q=Reconhecimento+do+fluxo+dos+usu%C3%A1rios+de+sa%C3%BAde+mental+do+munic%C3%ADpio+de+Santa+Maria&d=5028431794475267&mkt=pt-BR&setlang=pt-PT&w=HfOvWQO928vuquiznhJMfGgoV5esEE8k>, Acessado em: 02 Out. 2019

ROSA, L. C. S.; MASCARENHAS, ALVES. F. **Afinal, O Que Faz O Serviço Social Na Saúde Mental?**. Serviço Social & Saúde (UNICAMP), v. 13, p. 43-66, 2012

ROSA, L.C.S. Trabalho com Famílias na Perspectiva da Política de Saúde Mental Brasileira. In: **Trabalho com Famílias: No âmbito das políticas públicas**. Papel Social, Campinas. 2018

ROSSETO, Natalina N. Z. **“Ensaio de aplicação de um plano de proteção familiar: centro familiar e sociedade Ponte Pequena”**. São Paulo, 1940.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus. 1994.

SANTOS, G. *et al.* **Gênero e Economia Solidária: as mulheres rumo à IV plenária da economia solidária**. In: Rumo à IV Plenária Nacional de Economia Solidária. Caderno de aprofundamento aos debates. FBES, 2007.

SCHENKER, M., & MINAYO, M. C. S. (2003). **A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica**. Ciência & Saúde Coletiva, 8(1), 299-306. doi: 10.1590/S1413-81232003000100022

SILVA, José Fernando Siqueira da. **Serviço social e contemporaneidade: afirmação de direitos e emancipação política?** Revista Ciências Humanas, UNITAU, v. 1, n. 2, 2008.

SIQUEIRA, Luana. **Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos**. 1ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SOPHIA, Daniela de Carvalho. **O Cebes e o movimento de reforma sanitária: história, política e saúde pública** (Rio de Janeiro, 1970-1980). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2012a.

SOUZA, M.R.R.; OLIVEIRA, J.F; NASCIMENTO, E.R. **A Saúde de Mulheres e o Fenômeno das Drogas em Revista Brasileiras**. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 92-100, jan.mar.2014.

SOUZA, Marli Palma. **A Publicização da Violência de Pais contra Filhos: um estudo das implicações da denúncia**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2000.

SUDS. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987**, que dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 26 de agst. 2019.

SUDBRACK, M. F. O. (2001). **Terapia familiar sistêmica**. In S. D. Seibel & A. Toscano Junior (Orgs.), Dependência de drogas (pp. 403- 415). São Paulo: Atheneu.

TEIXEIRA, S.M. **Trabalho com Famílias: No âmbito das políticas públicas**. Papel Social, Campinas, p. 214- 236. 2018

TEIXEIRA, Mário. **Hospício e Poder**. Brasília, 1993.

TEIXEIRA, S.M. **Fundamentos Teórico- Metodológicos do Trabalho Social com Famílias**. In: TEIXEIRA, S.M. Trabalho com Famílias: No âmbito das políticas públicas. Papel Social, Campinas, p. 45-62. 2018

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez. Parte II. 2002 (p.127- 180).

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. In: ROSA, Lúcia Cristina do Santos et al. (orgs.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4. Ed. – São Paulo: Cortez. 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo and PERRONE, Claudia Maria. **O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica**. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.2, pp.277-293. ISSN 0103-7331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000200005&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em: 02.out.2019