



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanisse Bernardes Bedim¹

Resumo: O artigo tem como finalidade discutir o Serviço Social na saúde mental, por meio de um relato de experiência. Para tal percorremos um caminho que vai da institucionalização da profissão no Brasil, onde discutimos o significado socio-histórico do Serviço Social, passando pela construção e pelos desafios postos ao projeto profissional, em tempos neoliberais, para chegarmos na inserção do Serviço Social na saúde mental, com destaque para os movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, sua relação com o projeto profissional e as possibilidades e demandas para intervenção do Serviço Social junto aos serviços substitutivos ao manicômio. Trata-se de um relato de experiência, contendo observações com escrita em portfólio, que tiveram como ponto de partida a observação, durante o período de vivência da autora nos serviços de atenção especializada de Juiz de Fora/MG, no período de março de 2017 à fevereiro de 2019.

Palavras-chave: Serviço Social, Relato de experiência.

Abstract: The article aims to discuss Social Work in mental health, through an experience report. In order to do so, we walk a path that goes from the institutionalization of the profession in Brazil, where we discuss the socio-historical meaning of Social Service, passing through the construction and challenges posed to the professional project, in neoliberal times, to arrive at the insertion of Social Service in mental health, emphasizing the movements of the Sanitary Reform and Psychiatric Reform, its relation with the professional project and the possibilities and demands for intervention of the Social Service with the services substitutive to the asylum. This is an experience report, containing observations written in portfolio, which had as a starting point the observation, during the period of the author's experience in the specialized care services of Juiz de Fora / MG, in the period from March 2017 to February or 2019.

Keywords: Social work, Experience report.

1. Introdução

A motivação em aprofundar a temática relativa à atuação do assistente social na saúde mental decorre também da sua insuficiente abordagem no Serviço Social, principalmente no âmbito acadêmico e da produção bibliográfica.

É um tema escasso de produção, principalmente no que tange a prática do assistente social na saúde mental. Com a minha inserção no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), identifiquei que as demandas mais requisitadas aos assistentes sociais estão relacionadas à perspectiva da participação e controle social e na concessão e

¹ Estudante de pós-graduação. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, E-mail: vanissebedim@hotmail.com.

renovação de benefícios socioassistenciais, especificamente a gratuidade ao transporte público. Porém, este profissional é capacitado para atuar na gestão da Política de Saúde, na elaboração, formulação e implementação destas, conforme é apontado nos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na área da saúde. (CFESS, 2010:60)

O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional.

É imperioso ressaltar que ainda há hegemonia dos “saberes psi”², conforme aponta Robaina (2010:144)

[...] o que se tem observado no Brasil é uma tendência à hegemonia dos saberes psi, identificáveis inclusive nas nomenclaturas dos dispositivos do campo como grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial, o próprio processo de cuidado ao usuário parte do que é chamado de “projeto terapêutico”. [...] os supervisores da equipe são majoritariamente psicólogos e psiquiatras com formação psicanalítica.

É imperativo sistematizar a prática profissional do assistente social na saúde mental, observando o conceito ampliado de saúde, sendo esta determinada por distintos fatores que englobam desde alimentação, habitação, emprego, dentre outros, o que também justifica a inserção deste profissional e de outros na referida área. Nesse sentido, compreende-se que os “saberes psi” não são totalmente suficientes para responder as demandas da saúde mental.

A ferramenta utilizada foi o portfólio reflexivo, construído ao longo da residência, sendo este um instrumento de ensino aprendizagem, que possibilita a descrição das atividades de forma reflexiva e analítica.

Ademais, como suporte teórico utilizamos o documento “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”³, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço

² “(...) em virtude de um forte apelo da Reforma para a atenção à subjetividade em contraposição à massificação/padronização do modelo asilar. (...) verifica-se um deslizamento do modelo psiquiátrico para um modelo psicológico, que interessa ao recorte neoliberal na medida em que as questões do campo podem ser tratadas como exclusividade da dimensão individual. Obviamente, essa afirmação não tem o propósito de desqualificar a matéria de que se ocupa as profissões do campo psi, mas de problematizar essa abrangência, bem como o quanto de perspectiva emancipatória pode ser contida no trato de uma dimensão das relações sociais esvaziada de seus determinantes macrosociais” (ROBAINA, 2010, p. 144).

³ Esse documento teve como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Constituiu-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS.

Social (CFESS), para referenciar a prática profissional na saúde mental. Trabalhamos a definição de cada parâmetro e a partir dela uma reflexão sobre a vivência proporcionada nos espaços da residência.

Esperamos com esse trabalho contribuir para o debate acerca da atuação do assistente social na saúde mental, pois ainda é incipiente produções que tratem desse tema.

2. Saúde mental em seu contexto histórico e sua interface com o Serviço Social: notas para reflexão

A fim de darmos sequência à discussão e adentrarmos nas particularidades da trajetória e atuação do Serviço Social na saúde mental, faz-se necessário, primeiramente, situar o campo da saúde mental enquanto uma área da política de saúde em geral, destacando a forma como os loucos e a loucura foram tratados pelos modelos de assistência à saúde mental instituídos socialmente.

Segundo Bisneto (2007), o Serviço Social vem intervir efetivamente na Saúde Mental nos anos de 1960, embora a literatura registre que esta relação surge em meados de 1946. As primeiras instituições a terem Assistentes Sociais foram os Centros de Orientação Infantil e os Centros de Orientações Juvenil (COI/COJ). Porém, Vasconcelos (2002) destaca, que a ação deste profissional nestas instituições, neste período, era reduzida e seu trabalho profissional, apresentava-se de modo subalternizado em relação aos outros profissionais, onde o assistente social atuava de maneira totalmente acrítica, exercendo seu trabalho sob uma visão “assistencialista”.

Na década de 1970, há uma ruptura com o paradigma clássico, bem como “o paradigma da desinstitucionalização que prevê a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária” (ROBAINA, 2010, p. 143). Assim, a efetivação de assistentes sociais vai se apresentar nessa década, quando o Instituto Nacional de previdência social (INPS) passa a exigir equipes multiprofissionais nestas instituições e a contar dentre estes profissionais a presença do assistente social (BISNETO, 2007). Porém, a inserção deste profissional nas instituições psiquiátricas apresentava um objetivo, que não estava centrado na problemática da saúde mental, mas na atuação frente aos problemas relacionados à pobreza.

A partir de meados da década de 1980 o país vivia a transição política de um regime ditatorial-militar para um possível regime democrático, bem como a emergência dos novos movimentos sociais na defesa por direitos de cidadania. A base que criou as condições necessárias à construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira está na luta pela democratização da saúde, realizada por profissionais, intelectuais, movimentos sociais e

estudantes que elaboraram crítica ao modelo de sociedade vigente e ao conceito de saúde em vigor até aquele momento que era restrito ao aspecto curativo, biológico e individual, não considerava o aspecto preventivo e muito menos reconhecia os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Parte da categoria profissional atuou diretamente junto ao Movimento de Reforma Sanitária, no Brasil, defendendo princípios democráticos, expansão de direitos e gratuidade no acesso à saúde. No campo específico da saúde mental, é no bojo do movimento pela Reforma Sanitária que nasce o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) reivindicando mudanças nas políticas de assistência psiquiátrica vigentes até então, dentre elas a humanização dos hospitais psiquiátricos, melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde mental e a criação de serviços de caráter ambulatorial para o atendimento das pessoas com transtorno mental.

No período de 1982 a 1987, algumas lideranças do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ocuparam cargos políticos dentro das secretarias estaduais de saúde, o que permitiu a implementação de algumas mudanças significativas no que tange às políticas de saúde mental daquele momento.

Em 1987, no Brasil, nasce o Movimento da Luta Antimanicomial com o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”, espalhando o pensamento antimanicomial entre técnicos, familiares, usuários e vários segmentos da sociedade civil. Este movimento ganha apoio parlamentar resultando na formulação do Projeto de Lei nº 3657 de setembro de 1989⁴, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que:

Prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e reordena a assistência em saúde mental no país; proíbe a construção em todo o território nacional de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico (BRASIL, 1989).

Sendo assim, o assistente social é requisitado a atuar em novos dispositivos socio-ocupacionais da saúde mental, conforme o Projeto de Lei nº 3.657 de 1989 do deputado Paulo Delgado, que representa um avanço significativo nas práticas em Saúde Mental, em que os assistentes sociais são requisitados a trabalhar no sentido de promover a reabilitação social das pessoas com transtorno mental, pela via de programas em áreas de trabalho, lazer, habitação, com vistas a estabelecer a cidadania dos usuários.

⁴No entanto, foi apenas no ano de 2001, após onze anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei 10.216, foi aprovada, a partir de um projeto substitutivo ao inicial. Esta lei *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*, mas não estabelece o fim dos manicômios, como proposto pelo projeto de 1989. Apesar de outras leis estaduais terem sido aprovadas ao longo desses onze anos o que possibilitou a abertura de serviços substitutivos ao hospital e o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é apenas a partir de 2001 que o Brasil tem regulamentado uma Política Nacional de Saúde Mental.

Entre essas novas instituições destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, os Núcleos de Atenção Psicossocial, os NAPS, o CAPS é uma “[...] rede assistencial externa intermediária, não-cronificante e não-burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade, quando é ressaltada a cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos”. (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 29). E o NAPS, baseado nas concepções de Franco Basaglia, se apresenta como “[...] um novo projeto de Saúde Mental que se constitua numa instituição que não segregue e não exclua. Tendo o manicômio como lugar de violência, sua desconstrução implica uma ética que permeia o trabalho” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 30).

A Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) institui os direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo de atenção, priorizando serviços comunitários, para aquelas pessoas com sofrimento, seja decorrente do transtorno mental e/ou problemas relacionados ao uso de drogas. Conforme Assis et al. (2014) a Política Nacional de Saúde Mental, de forma a superar o modelo asilar e promover direitos, destaca-se a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD) e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i). Engloba ainda a redução do número de leitos e de hospitais psiquiátricos, criação do Programa de Volta pra Casa, com o auxílio a reabilitação psicossocial pela Lei nº 10.708/2003. A Lei nº 336/2002 institui os CAPS em cada modalidade como um modelo técnico-assistencial e estratégico, a Lei nº 3.089/2011 dispõe sobre o financiamento destes dispositivos. Ademais, com a Portaria nº 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pautada nos princípios do respeito aos direitos humanos; pela garantia de autonomia e liberdade, além da promoção da equidade, da cidadania e inclusão social, pelo enfrentamento de estigmas e preconceitos.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica propõe valores similares ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, tornando-se catalisador uma metodologia atual em Serviço Social e Saúde Mental. Tendo como norte Rosa e Melo (2009) o assistente social, a partir de sua formação generalista, tem competência para desenvolver uma série de atividades no campo da saúde mental, que venham contribuir para a efetivação dos princípios e das diretrizes presentes na Lei Orgânica da Saúde, bem como dos direitos previstos na Lei nº 10.216, tais como a garantia de um tratamento digno, humano, desprovido de qualquer forma de abuso ou exploração, que visem sua inserção na família, no trabalho e na comunidade; ter a garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, quando

houver; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Sendo assim, o relato de experiência a seguir tem como finalidade discorrer sobre a prática profissional, com ênfase nas atribuições do assistente social e suas respectivas ações no espaço da saúde mental.

3. Relato de experiência

O “Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde” referencia o exercício profissional do assistente social a partir das seguintes áreas: Ações Socioassistenciais; Ações em Equipe; Ações Socioeducativas; Ações de Mobilização, Participação e Controle Social; Ações de Investigação, Planejamento e Gestão; Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional. Dessa forma organizamos neste texto as atividades referentes ao Serviço Social desenvolvidas nos CAPS através destas áreas apontadas no referido documento.

a) Ações socioassistenciais – tais ações envolvem avaliação socioeconômica, entrevistas, orientação social (individual e coletiva), demandas referentes às condições reais de vida dos usuários que são apresentadas como: desemprego e subemprego, ausência de local de moradia, violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho, abandono ao usuário (CFESS, 2010). Também envolvem visitas domiciliares, instrumento esse que possibilita uma compreensão acerca das condições de vida dos usuários e encaminhamentos.

Essas ações têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social e se localizam no bojo das novas contradições criadas com a contrarreforma na saúde. Inúmeras são as dificuldades postas no contexto atual e que dificultam viabilizar o SUS constitucional, configurando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas como: demora no atendimento, precariedade de recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários (CFESS, 2010).

Esse cenário de precariedade e sucateamento das políticas públicas rebatem em nosso fazer profissional nos diversos campos, principalmente na saúde mental.

Tais debilidades do atual cenário têm rebatimentos diretos em minha prática enquanto residente. A maior parte dos profissionais dos CAPS estão submetidos a contratos temporários de 1 (um) ano, que impossibilita um trabalho contínuo e a criação de vínculos com a população. Há um acúmulo de profissionais na instituição, porém a estrutura física não comporta, não há salas suficientes para toda a equipe, sendo necessário trabalhar em esquema de rodízio. Faltam materiais para a execução das oficinas, sendo estas como componentes dos CAPS e fundamentais para tal (BEDIM, V. B., portfólio reflexivo, 2017-2019, p. 08).

São inúmeros os desafios, e que também perpassam o sigilo profissional como apontado a seguir:

(...) não apresenta estrutura física adequada, sem uma sala do Serviço Social, sendo o serviço contemplado por meio de mapas de sala. A dificuldade também perpassa o telefone da instituição, que conta apenas com 1 (um) para todos os profissionais, localizado na recepção, que implica na exposição do assunto tratado com o usuário ou numa articulação com a rede (...) (BEDIM, V. B., portfólio reflexivo, 2017-2019, p.21).

Conforme a Resolução CFESS nº 493/2006, é condição obrigatória para a realização de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico adequado, para abordagens individuais ou coletivas, garantindo privacidade ao usuário, bem como espaço adequado para colocação de arquivos de material técnico de caráter reservado.

A Resolução CFESS 556/2009 da regulamentação profissional expressa que toda a documentação sigilosa produzida deve ter conhecimento restrito, pois envolvem informações privilegiadas, cuja divulgação comprometem a imagem, a dignidade, a segurança, a proteção de interesses econômicos, sociais, de saúde, de trabalho, de intimidade e outros, que perpassam o direitos dos usuários e é em defesa dos mesmos que devemos atuar. O que ainda podemos ponderar acerca do prontuário único nos serviços de saúde:

Torna-se relevante pontuar sobre o prontuário único, tendo em vista que trabalhamos numa equipe multiprofissional, sendo necessário ter a dimensão do que é importante compartilhar com a equipe e o que é de caráter sigiloso. (...) cabe a cada profissional compreender que o prontuário não se trata de algo meramente descritivo sem discernimento do que registrar, pois compõem aspectos éticos e legais. O Prontuário é um direito da família usuária da política de assistência social, mas é de guarda da unidade e do profissional responsável pelo acompanhamento familiar. O profissional deve estar ciente, segundo legislação profissional vigente e respectivos Códigos de Ética, que deverá manter algumas informações em sigilo. O sigilo é um dever de todos os profissionais (BEDIM, V. B., portfólio reflexivo, 2017-2019, p. 23).

Não obstante, é nesse contexto que identificamos uma das atividades socioassistenciais mais realizadas pelos assistentes sociais: os atendimentos aos usuários e seus familiares, principalmente no que tange o direito à concessão do benefício de vale transporte, conforme a Lei Municipal Nº 13.515 de 26 de maio de 2017, que dispõe sobre passe livre no transporte coletivo urbano para pessoas com deficiência no Município de Juiz de Fora. Nesse sentido, no contexto neoliberal, cada vez mais há um refluxo das políticas sociais que culminam em benefícios eventuais, com seu caráter seletivo, focalizado, e ações que apresentam um viés emergencial e burocrático. O atendimento da demanda do vale transporte não é uma atribuição privativa dos assistentes sociais, mas se torna primordial para a escuta qualificada como forma de identificar demandas além das imediatas.

(...) as ações a serem desenvolvidas devem transpor o caráter emergencial e burocrático, tendo uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação as condições socio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para

participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde (CFESS, 2010, p. 43).

Sendo assim, é fundamental a formulação de estratégias para viabilizar aos usuários e seus familiares o acesso aos seus direitos, na perspectiva de incentivá-los a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (CFESS, 2010).

b) Ações de articulação com a equipe de saúde – Tais ações envolvem esclarecer as atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde, elaborar junto com a equipe propostas de trabalho como debates, grupos, seminários, construir e implementar junto à equipe capacitação do pessoal técnico-administrativo para qualificar as ações, garantir a inserção do serviço social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde, realizar em conjunto com a equipe de saúde atendimento à família e usuários, participar em conjunto com a equipe de saúde de ações socioeducativas (CFESS, 2010).

Para o planejamento do trabalho em equipe, são realizadas reuniões de equipe, uma vez por semana, em que são discutidos assuntos administrativos e também discussões de caso; e as reuniões de miniequipe, que ocorrem duas vezes ao dia, são discutidos casos, a necessidade de acompanhamentos dos usuários, etc.

Em alguns serviços aconteciam reuniões específicas do Serviço Social, que visam à discussão de casos, definição de ações e planejamento do Serviço Social, bem como o alinhamento de condutas e fortalecimento da categoria.

As ações em equipe proporcionam a análise de demandas e situações subsidiando traçar estratégias de intervenções conjuntas.

Compreendendo a importância destes espaços, consideramos que necessitam ser potencializados continuamente, visto que permitem trocas entre as diferentes categorias profissionais em relação ao planejamento e avaliação do trabalho, discussão de casos e organização das atividades propostas, desencadeando uma reflexão e tomada de decisões compartilhadas. Conforme é sinalizado por Iamamoto “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade a equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando as diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

É válido ressaltar que o profissional precisa ter clareza de seu fazer, suas atribuições e competências, para não diluir seu saber perante a equipe multiprofissional diante do “técnico de referência”, Bisneto destaca:

O assistente social pode fazer muita coisa em saúde mental – assistência social, benefícios previdenciários, cuidado, oficinas, atuar terapêuticamente, ser técnico de referência, outras tarefas – desde que faça a conexão entre intervenção e a totalidade das relações sociais que afetam o problema, isto é, unindo o singular e o

particular ao universal, recolocando as demandas do mundo “psi” na sua própria referência profissional, sem perder de vista os conteúdos políticos da saúde mental e a perspectiva histórica e social de sua atuação (BISNETO, 2005, p. 127).

Assim, fomentar o trabalho em equipe torna-se fundamental para o trabalho profissional de Serviço Social, tendo em vista que o assistente social pode ser um interlocutor entre usuários e equipe de saúde, visto que o respeito a diversidade é um princípio que deve fundamentar a prática profissional (CFESS, 2010).

c) Ações socioeducativas – “consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2010, p. 54).

Dentre as principais atividades socioeducativas desenvolvidas destacamos os grupos, realizados com usuários e familiares.

O exercício de dinâmica de grupo trata-se de um trabalho socioeducativo, informativo, realizado grupalmente, não se resume em propor ao grupo atividades, é uma relação dialógica construída com os participantes. Como primeiro elemento é imprescindível entender à demanda institucional, compreendendo a Política de Saúde no Brasil. (...) Neste ínterim, em consonância com nosso Projeto Ético-Político profissional e por meio de arcabouço teórico-metodológico crítico, o assistente social tem instrumentos para atender tanto aos quesitos institucionais de intervenção, quanto à demanda colocada pelo usuário. O grupo é uma ferramenta estratégica político-pedagógica, o desenvolvimento envolve a construção de uma primeira hipótese sobre a temática que se expressa nas condições recorrentes dos usuários quando utilizam os serviços de saúde. É relevante compreender nesse viés os determinantes sociais que implicam no processo saúde-doença. Por se tratar de um espaço dialógico, as pautas podem ser construídas com os usuários, de acordo com as suas curiosidades, interesses e demandas apresentadas (BEDIM, V. B., portfólio reflexivo, 2017-2019, p. 23).

Os assistentes sociais, historicamente, já atuavam com o trabalho em grupo, porém, com suporte teórico-metodológico de base conservadora, conforme Moreira (2017). Deste modo, apesar de ser uma prática presente na profissão desde seus primórdios, ela ainda é pouco explorada e elucidada pelos profissionais. Para Guerra (2007), esse instrumental técnico-operativo está articulado à dimensão pedagógica e socioeducativa do trabalho do assistente social. Sendo assim, na saúde mental, uma das possibilidades de atuação deste profissional é o trabalho com grupos, seja com os familiares ou com os próprios usuários.

Nos CAPS esta abordagem coletiva é utilizada pelo Serviço Social com ambos os sujeitos. No caso do Grupo de Família, são abordadas temáticas relacionadas à política de seguridade social; direitos sociais; benefícios socioassistenciais; participação e controle social e também temas sugeridos pelo próprio grupo. Já o grupo com os usuários, tem-se o grupo “Cultura e Cidadania”, o qual trata de temas como preconceito; *bullying*; direitos reprodutivos e sexualidade; machismo; racismo; dentre outras demandas de interesse dos usuários. Como metodologia são utilizados recursos lúdicos e socioeducativos como

dinâmicas; filmes; documentários; confecção de cartazes; músicas; dentre outros. Portanto, nota-se que o trabalho em grupo possibilita o fortalecimento da participação e controle social dos usuários e suas famílias nas políticas públicas e também no seu tratamento. Além do exposto, promove a reflexão crítica sobre diversos temas e socializa informações acerca das políticas e programas sociais.

d) Mobilização, participação e controle social – envolve conjunto de ações voltadas para “mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde, dentre outros)” (CFESS, 2010, p. 57).

Nos CAPS, as ações desenvolvidas nesse sentido são oficinas e assembleias, por exemplo. As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

As assembleias são espaços coletivos, são compostas por profissionais dos serviços, usuários e familiares, geralmente realizadas uma vez ao mês. É o momento de sanar dúvidas, apresentar sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver de forma ativa no processo terapêutico.

Tais iniciativas acerca do controle social não podem estar distantes ou descoladas de nossa prática profissional. Por meio dos grupos com usuários e familiares há possibilidades viáveis de uma atuação no sentido de fortalecimento do controle social. Destacamos que:

(...) O controle social também se torna um assunto de interesse individual e comunitário. No exemplo da saúde mental, reiterar a importância de participação dos familiares e usuários na Assembleia Geral, como um mecanismo para problematizar questões, esclarecer sobre o Estatuto do CAPS, dentre outros. Nessa perspectiva, os grupos tem uma função pedagógica da prática do assistente social, sendo possível redimensioná-lo num sentido emancipatório, no contexto da prestação de serviços e benefícios sociais, mediante a construção de estratégias de efetivação de direitos, a partir da incorporação das necessidades dos usuários como parte da dinâmica dos serviços institucionais, sejam públicos estatais, privados, filantrópicos, e a participação dos mesmos na gestão dos serviços e politização de problemáticas. Como exemplos: ouvidorias; orçamento participativo – controle social, acesso ao fundo público (BEDIM, V. B., portfólio reflexivo, 2017-2019, p. 23-24).

Porém, ainda é necessário fomentar essa prática profissional, conforme apontado a seguir:

(...) na Oficina de Cidadania introduzimos com os usuários sobre: o que é cidadania? SUS, trajetória da saúde; assistência; previdência; com ênfase em como os direitos sociais, políticos e civis foram conquistados. A intenção nos demais encontros é abordar e aprofundar questões que os próprios usuários trazem (preconceito, direito do idoso, etnia, racismo) e aprimorar sobre “o que é controle social?”, com o objetivo de realizar visitas à Câmara, ao Conselho Municipal de Saúde e Ouvidoria Municipal de Saúde. (...) assuntos como controle social, participação popular, visitas institucionais são pouco exploradas (...) as assembleias são pouco exploradas e realizadas (BEDIM, V. B., portfólio reflexivo, 2017-2019, p. 52).

As atividades voltadas para mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais tem por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários dos serviços de saúde enquanto sujeitos políticos para que possam atuar diretamente nas reivindicações da agenda pública de saúde.

Compreendemos esse eixo de ações como prioritário para os profissionais do Serviço Social, que possuem como norteador dessa profissão um projeto ético-político de inspiração marxista que traz consigo princípios visceralmente ligados à luta política. Portanto, devemos atentar para os princípios de nossa profissão e as atividades desenvolvidas no cenário de prática.

e) Investigação, planejamento e gestão – esse eixo envolve a perspectiva de fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010).

Podemos identificar planejamento das ações; construção do perfil socioeconômico dos usuários para estabelecer estratégias de intervenção coletivamente, reunião de planejamento; avaliação de ações/projetos; reuniões com tutores; planejamento da preceptoria.

Identificamos pouca inserção de assistentes sociais nas ações que envolvem a investigação, o planejamento e a gestão, mesmo sendo estas ações estratégicas para o fortalecimento da gestão democrática e participativa nos espaços da saúde.

f) Assessoria, qualificação e formação profissional – envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes (CFESS, 2010).

As principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais nessa perspectiva são: reuniões com preceptoria/tutoria; supervisão de estágio; participação em eventos da saúde ou do Serviço Social. Esses espaços de discussão se colocam como importantes para a aprendizagem, auto-percepção, reflexão e debate acerca das expressões da questão social

enfrentadas no cotidiano profissional, troca de saberes e possibilita a construção de novas formas de intervenção.

4. Considerações Finais

O trabalho do assistente social tem como objetivo o acesso aos direitos sociais. Porém, a existência dos direitos sociais não determina que se tenha acesso a ele como tal. No entanto, como desafios, aponta-se a setorialização da política social e dos recursos que impõe limites para a atuação do assistente social na saúde mental, e, neste cenário, situamos a importância das redes intersetoriais. As redes são uma possibilidade concreta de intervenção profissional sobre a questão social em um contexto de setorialização de políticas públicas. Através dela o assistente social potencializa a possibilidade de responder às expressões da questão social identificadas na vida de cada pessoa com transtorno mental, a partir de uma visão de integralidade das políticas e de respostas construídas coletivamente, em rede, com uma direção única.

Assim, embora o profissional projete uma dada finalidade ao seu trabalho, as possibilidades de materializá-las estabelecem mediações com políticas sociais, inseridas na lógica da seletividade em detrimento da universalidade.

Portanto, é imperioso fomentar a mobilização e organização dos usuários e familiares em torno do movimento de defesa de direitos, através da criação ou inserção em associações que representem os interesses desse segmento.

5. REFERÊNCIAS

BISNETO, J. A. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n° 82: Trabalho e Saúde. São Paulo: Cortez, 2005.

BRASIL. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/l8080.pdf

_____. **Lei n. 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/l8142.pdf

_____. **Lei n. 10.216** de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 de abril de 2001.

CFESS. **Código de Ética do Serviço Social**. 10ª ed. Revisada e atualizada. 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

MINAS GERAIS, Juiz de Fora. **Lei n. 13.515**, de 26 de maio de 2017. Dispõe sobre o passe livre no transporte coletivo urbano para pessoas com deficiência no município de Juiz de Fora. Diário oficial da União. Brasília, DF, 12 de junho de 2017.

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Serv. Soc. Soc, n. 102, p. 339-351, 2010.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. **Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?** Revista Serviço Social & Saúde. Campinas, SP v. 11 n. 1 (13), p. 27-50 jan./jun. 2012.