

O trabalho do Serviço Social nos CAPSs* (The work of the Social Service in the CAPSs)

Graziela Scheffer Machado*

Resumo – O artigo é fruto da dissertação de mestrado¹ embasada em uma pesquisa qualitativa realizada com os assistentes sociais que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) nas cidades do Rio de Janeiro e Porto Alegre. Neste trabalho destacamos a análise da percepção dos assistentes sociais sobre sua inserção no processo de trabalho em saúde mental nas equipes dos CAPSs. Nosso objetivo é apresentar o estudo sobre o processo de trabalho no CAPS e a interface com o Serviço Social nesta nova modalidade de atenção em saúde mental.

Palavras chave – Saúde mental. CAPS. Processo de trabalho. Assistentes sociais.

Abstract – The article is the result of the dissertation grounded in a qualitative study with social workers who work in Psychosocial Care Centers (CAPS) in the cities of Rio de Janeiro and Porto Alegre. In this study highlight the analysis of the perception of social workers about their integration into the work process in mental health teams in CAPS. Our goal is to present the study on the work process in CAPS and the interface with the Social Service in this new form of mental health care.

Key words – Mental health. CAPS. Social workers. Process of work. Social workers.

1 A direção do processo de trabalho: reforma psiquiátrica e Centros de Atenção Psicossociais (CAPSs)

O campo da saúde mental é marcado por um dilema que articula, de forma complexa, as conquistas no campo social e no campo psicossocial, com o desenvolvimento de processos de subjetivação que buscam a autonomia e a reinvenção da sociabilidade, trabalho, moradia, lazer, educação, etc. Porém, nos países latino-americanos e no Brasil, as reivindicações emancipatórias no campo da subjetividade se combinam necessariamente com lutas por garantias mínimas de cidadania social que nunca foram conquistadas pela população (VASCONCELOS, 2002). A Reforma Psiquiátrica está alicerçada no SUS e seus princípios norteadores: saúde, como um direito fundamental e dever do Estado, enfatizando o acesso universal na atenção em saúde mental com base em integralidade, intersetorialidade,

• Artigo recebido em 31.08.2009. Aprovado em 26.11.2009.

* Professora da graduação em Serviço Social e da Pós-Graduação em Responsabilidade Social da Universidade Veiga de Almeida (UVA-RJ), Rio de Janeiro/RJ - Brasil. Pesquisadora integrante do núcleo de pesquisa Transversões (UFRJ), Mestre em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da UFRJ, especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: grazi.email@ibest.com.br.

¹ A dissertação de mestrado foi apresentada na Universidade Federal do Rio de Janeiro, orientada pelo Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos.

equidade, universalidade, igualdade e no controle social (no sentido da participação popular dos usuários e familiares). Os CAPSs são considerados hoje um dispositivo estratégico da política de saúde mental, e um dos elementos centrais do que há de mais inovador nas propostas da Reforma Psiquiátrica. Os CAPSs têm como função: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica. O processo de trabalho em saúde mental está orientado na busca de ruptura do binômio isolamento social/cura, enfatizado pelo modelo biomédico de medicalização e focalização dos sintomas/patologias. Esse “novo” modelo está pautado em uma concepção ampliada de saúde com base no SUS, implicada numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país, ou seja, abrange situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e bens (BRASIL, 2005). Essa nova concepção busca abrir canais de democratização dos saberes profissionais, bem como das informações acerca do processo de saúde/sofrimento psíquicos.

O trabalho em equipe passa por mudanças que estão ancoradas na Reforma Psiquiátrica e na orientação da interdisciplinaridade e integralidade. Estas modificações no processo de trabalho em saúde mental estão sendo interpretadas por alguns setores da categoria como “crise profissional”, tendo em vista que as intervenções executadas “tradicionalmente” (alicerçadas na trajetória histórica) somente pelo Serviço Social (triagem, atendimento familiar e alta) atualmente são compartilhadas por outros integrantes da equipe. Frente à plasticidade e à transformação das “intervenções tradicionais”, se faz necessário que o profissional tenha maior clareza sobre suas atribuições, objeto profissional, saberes e contribuições, de modo que subsidiem a construção das fronteiras de competência em relação às outras profissões do campo.

O CAPS caracteriza-se por uma ação psicossocial pautada no cuidado delineado entre o individual e o coletivo; uma experiência-limite do individual e do coletivo que não se separam, mas que se compõe entre si. Da mesma forma, a clínica e a política são domínios que não se distinguem na proposta da Reforma Psiquiátrica (PASSOS, 2006).

Dias (2001) aponta que a orientação do processo de trabalho da equipe de saúde mental está calcada em:

a) Interdisciplinaridade: a atuação da equipe em considerar os diferentes campos de saber e a abordagem do sujeito como um todo, atento ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A perspectiva interdisciplinar não opera uma eliminação das diferenças:

tanto quanto na vida em geral, reconhece as diferenças e as especificidades, convive com elas, sabendo, contudo, que ela se reencontra e se complementa, contraditória e dialeticamente. A interdisciplinaridade implica um plano prático operacional, que se estabeleça como mecanismos e estratégias de efetivação desse diálogo solidário no trabalho científico, tanto na prática da pesquisa, como naquela do ensino e na prestação de serviço (SEVERINO, 1998).

b) Integralidade da atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo. Para Mattos (2001, p. 41), “a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, pois a proposta da integralidade é uma ruptura com estruturas organizacionais dos serviços de saúde (centralidade no saber biomédico) e com as práticas fragmentárias e reducionistas”.

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

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

Merhy (2002) aponta que processo de trabalho em saúde é um território de práticas e técnicas produtoras de cuidado em saúde. Os atos de saúde são constituídos por dois núcleos:

a) O núcleo de atividade cuidadora: atravessa todas as profissões da saúde, está presente em qualquer prática e não sofre um recorte profissional muito definido.

b) O núcleo de problemas concretos: centrado nos territórios profissionais específicos que recortam o mundo das necessidades dos usuários, o que possibilita a significação do processo de saúde-doença com uma ênfase profissional singular. Todos os recortes das necessidades de saúde, como certos modelos de atenção, apresentam tensão entre a dimensão cuidadora e a profissional. Para o autor, a partir da missão institucional, podemos perceber as tendências na ênfase do núcleo cuidador (que cria maior possibilidade de práticas interdisciplinares) ou na dimensão profissional específica (que propicia práticas unidisciplinares de dominação, em relação aos outros saberes profissionais), sendo que a tendência que, na atualidade, opera nos serviços de saúde está dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, que subordina a dimensão cuidadora a um papel irrelevante. Nesse sentido, subordina os outros profissionais de uma equipe à lógica dominante, tendo em seus núcleos específicos profissionais submetidos à lógica médica e com núcleo cuidador empobrecido. Os processos de definição se organizam em modelos de atenção em saúde são

sempre implicados social e politicamente por interesses que impõem suas finalidades nesses processos de produção.

O trabalho na saúde mental coletiva, com base na concepção ampliada de saúde, gera impactos no trabalho das profissões, pois cria necessidade de intenso diálogo, planejamento em conjunto. Além disso, as fronteiras entre as profissões aparecem nesse modelo menos “rígidas”, pois o trabalho torna-se cada vez mais coletivo e plástico, exigindo a constante interação e comunicação. Essa situação atual das profissões provoca movimentos de tensão no seu mandato social historicamente circunscrito. Mas muitas vezes a ideia de trabalho em equipe vem carregada da concepção de que ao trabalhar em parceria, cria-se uma identidade entre seus integrantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais no trabalho coletivo. Entretanto, é necessário, nesse contexto atual, que os assistentes sociais desmistifiquem esta ideia, tenham cada vez maior clareza no trato da mesma e que cultivem sua identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto (IAMAMOTO, 2001).

Cabe ressaltarmos, que a interdisciplinaridade não pode ser reduzida à polivalência, flexibilidade, multifunções e à diluição das especificidades, pois isso corresponde diretamente à tendência de flexibilização resultante do processo neoliberal de reestruturação produtiva adaptada ao setor de serviços. O trabalho “interprofissional” exige que os profissionais trabalhem na *lógica de interdependência, da integralidade e com plasticidade*, o que significa reconhecer que seus conhecimentos específicos e suas práticas correspondem a uma parte da totalidade. Esta perspectiva rompe com posturas “unidisciplinares” onipotentes, cedendo espaço para estabelecimento de relações mais horizontais e democráticas entre os saberes e intervenções das diversas profissões.

2 **Assistentes Sociais do trabalho nas equipes do CAPS**

[...] é importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do Serviço Social, como precondição para que possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrir alternativas de ação (IAMAMOTO, 2001).

Nesta parte do estudo, apresentamos o resultado da pesquisa qualitativa sobre o trabalho dos assistentes sociais nas equipes interdisciplinares da rede de atenção psicossocial (CAPS) do município do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, realizada em 2006, que teve como

base entrevistas semiestruturadas com sete assistentes sociais, sendo cinco do município do Rio de Janeiro e dois de Porto Alegre.

O trabalho do assistente social nas equipes profissionais de saúde mental não é novidade. Segundo Soares (2006), as primeiras intervenções do chamado Serviço Social Psiquiátrico surgiram nos EUA, aproximadamente por volta de 1905, mesmo antes do reconhecimento da profissão na sociedade. O trabalho dos assistentes sociais “psiquiátricos” se baseava no modelo denominado “after-care”, destinado a preparar os pacientes psiquiátricos para alta e acompanhar na pós-alta. “After-care”² é um termo do campo médico que se refere aos cuidados com os convalescentes, inclusive no puerpério.

Na verdade, desde muito cedo ambas as disciplinas reconheceram seus elementos comuns, revelados inicialmente através do interesse mútuo nos fatores ambientais e a tendência a reunir o maior número de dados possíveis sobre a história do paciente. A preocupação da psiquiatria com o ajustamento do indivíduo a si mesmo e ao meio ambiente desenvolveu-se de forma relativamente vagarosa, cujos avanços mais significativos remontam à segunda década do século XX. Os assistentes sociais já estavam familiarizados com o problema de reajustamento enfrentado pelo doente mental após a alta, pois além dos fatores ambientais que contribuíram adversamente para o desencadear da doença, ele tinha que encarar as dificuldades que o estigma da loucura acarreta para as pessoas. Afinal de contas, desde a época de seus predecessores, os assistentes sociais entraram em contato com o problema da doença mental, pois tradicionalmente a assistência ao louco indigente, antes de ser uma incumbência médica, foi prestada pelas instituições de caridade. É evidente que o trabalho com o usuário tinha que continuar após a alta, pois ele precisava de ajuda para realizar um reajustamento satisfatório. Muitas vezes, não conseguia suportar as pressões decorrentes do estigma e do ambiente pouco sadio para o qual retornava, entrando novamente em crise e sendo reinternado (SILVA, 1993).

A inserção do assistente social na saúde mental coletiva levanta questionamentos acerca do objeto, da especificidade e da legitimidade profissional, que nos revelam um lado “saudável” na tentativa de superação da intervenção calcada numa concepção de sociedade e homem funcionalista e higienista.

² A ideia de prestar assistência temporária ao doente mental após a alta hospitalar foi mencionada pela primeira vez em 1905 na *National Conference of Charities and Correction*. Na Europa, esta ideia teve uma longa história desde sua introdução, no ano de 1829, pelo médico alemão Dr. Lindpainter. Em 1841, foram fundadas na França as Sociedades de Voluntários de *after-care*, o mesmo ocorrendo alguns anos mais tarde na Inglaterra. Nos Estados Unidos, durante a última década do século passado diversos psiquiatras e também assistentes sociais defenderam vigorosamente a organização de sociedades parecidas em seu país (SILVA, 1993).

Em nosso ponto de vista, o componente gerador de desconforto no Serviço Social não é a diluição do social nos aspectos "psicológicos", mas sim a ampliação da democratização do debate do "social" na equipe e nas diversas intervenções de outros profissionais da saúde mental. Ou seja, atualmente, passamos por uma mudança no campo da saúde mental, em que se busca um aprofundamento dos aspectos sociais na desinstitucionalização, enfatizando a cidadania e inclusão social dos portadores de transtornos mentais. Este aspecto tem repercussões sobre os demais profissionais que compõem esse campo, pois, transforma os capitais culturais, econômicos e simbólicos, resultando em transformações profundas nas relações e posições dos vários profissionais.

Todas as entrevistas apontam que o "social" no campo da saúde mental está incorporado no próprio modelo de atenção atual. Acreditamos que esta visão tem como base a incorporação do social no modelo do CAPS, que visa à inserção social dos portadores de transtorno mental, gerando uma ampliação do debate e da intervenção no "social" pela equipe. Esta perspectiva é produto da história de luta do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial que ampliou o debate dos direitos dos portadores de transtorno mental. Todas as entrevistas apontam que o "social" no campo da saúde mental está incorporado no próprio modelo atenção atual.

Neste sentido, podemos observar que existe uma "aproximação" de valores éticos e políticos da profissão com o campo da saúde mental e com os outros profissionais em relação à dimensão "social". Os relatos abaixo ilustram essa aproximação:

Na própria missão do CAPS, já tem essa concepção maior da saúde. A saúde não fica restrita ao sintoma e à doença. A saúde é uma relação que abrange vários aspectos da vida da pessoa. Então, o viés econômico já é visto na equipe como fator que influencia diretamente na saúde: como o emprego, a falta de renda, a falta de recursos, as faltas culturais. [...] Essa coisa também do usuário como sujeito do tratamento, isso vai ao encontro com a direção do nosso código atual, de nossa profissão. A questão da liberdade, da autonomia, do respeito ao sujeito, isso tudo é bem viabilizado na saúde mental e no próprio contato com outros profissionais (Entrevistada 4).

Um aspecto importante que pudemos constatar na pesquisa é que o assistente social se "diferencia" e se legitima na equipe a partir dos seus conhecimentos acerca das políticas públicas e dos direitos sociais. Desta forma, contribui para o enfrentamento da questão social imbricada no processo de saúde/sofrimento psíquico, que vem ao encontro da concepção de saúde "ampliada", presente na Constituição de 1988. Em relação à legitimidade do trabalho do assistente social na equipe, as entrevistadas apontam em sua maioria como algo a ser

conquistado, sendo que o conhecimento das políticas públicas e dos direitos sociais fornece as bases de sua legitimidade.

Eu acho que o assistente social consegue sua legitimidade na equipe, se usar no seu dia a dia toda a base de sua formação profissional e tiver postura de defesa de direito e cidadania da população, e pensando a Seguridade Social como inclusão e não como assistencialismo. A gente sabe que existe um preconceito de que o assistente social é assistencialista. Portanto, se profissional não seguir essa linha de defesa do direito e da cidadania, acho difícil conseguir a legitimidade de seu trabalho na equipe e com os usuários (Entrevistada 4).

As assistentes sociais apontam para a especificidade em dois sentidos, que aparecem sempre entrelaçados: no seu saber e na intervenção. As entrevistadas apontam como específico em seu saber: direitos sociais e políticas públicas, família e ambiente social, e somente uma aponta a questão social. A maioria que identifica os conhecimentos sobre os direitos sociais e políticas públicas como algo específico indica, implicitamente, a ideia que isso seria o objeto profissional.

Em nosso ponto de vista, esta percepção está alicerçada no que aparece de concreto no dia a dia, que são as respostas à questão social experimentadas pelos usuários. Observamos que há uma inversão entre objeto (questão social) e objetivo (garantia dos direitos sociais). Também acreditamos que o destaque conferido aos direitos sociais está ligado à construção do Projeto Ético-Político da profissão e pela orientação da Reforma Psiquiátrica.

Nessa percepção (especificidade ligada aos direitos sociais), as assistentes sociais afirmam que as orientações sociais (benefícios, programas sociais, direitos sociais e previdenciários) são algo “privativo” da profissão. Uma das entrevistadas apontou a questão social, e outra a abordagem familiar. É importante ressaltar que não é só uma percepção dos assistentes sociais, mas de toda a equipe. Todas as entrevistas apontam que o “social”, no campo da saúde mental, está incorporado ao próprio modelo de atenção atual. Neste sentido, podemos observar que existe uma “aproximação” de valores éticos e políticos da profissão com o campo da saúde mental e com os outros profissionais em relação à dimensão “social”.

As entrevistas nos revelaram uma dificuldade na identificação da questão social como objeto profissional. A pesquisa aponta que existe uma confusão importante neste momento entre objeto e objetivo, havendo uma inversão entre ambos. A orientação pelos direitos sociais, presente no dia a dia, tende a aparecer como o objeto principal e o orientador da profissão, obscurecendo a questão social como a verdadeira “gênese” da demanda, já que finalmente não há como garantir direitos sociais sem ter em conta a questão social como o objeto profissional mais abrangente e relevante.

Também no que se refere à questão social, observamos um tensionamento entre o objeto profissional e o objeto do campo. Um dos aspectos que favorece essa dificuldade é o próprio alargamento e democratização do debate e da intervenção do/no “social” na diretriz do CAPS e no SUS, no processo de trabalho em saúde mental. Como já indicamos, a orientação do CAPS favorece que os profissionais da equipe (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e enfermeiros) tenham “sensibilidade” e reconheçam a questão social, porém eles não têm bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa que lhes permitam intervir de forma “qualificada”. A trajetória histórica da profissão do Serviço Social está sem dúvida ligada à questão social. Podemos considerar que o Serviço Social no processo de trabalho em saúde mental vem contribuindo quotidianamente no enfrentamento do “miúdo” da questão social na interface saúde/sofrimento psíquico.

Nos relatos das entrevistadas, na sua maioria absoluta, apontam que a lógica do processo de trabalho no CAPS é diferente de outros locais de trabalho em saúde mental, pois é fortemente marcado pelo que Merhy chama de núcleo cuidador. Daí, sua construção se apresenta mais coletiva e democrática, onde as relações entre saberes e poderes profissionais aparecem de forma horizontal e menos compartimentada. Como já havíamos abordado anteriormente, na perspectiva de Merhy (2002), a missão institucional organiza as tendências do processo de trabalho que, podem favorecer abordagens interdisciplinares ou unidisciplinares. Para o autor, quando o serviço de saúde prioriza o núcleo cuidador como orientador das práticas profissionais, proporciona a valorização de outros saberes e cria maior possibilidade de práticas interdisciplinares. Quando um serviço de saúde prioriza um saber dominante, ou seja, ressalta o núcleo profissional específico, acaba por propiciar práticas unidisciplinares de dominação em relação aos outros saberes profissionais.

Também nesses relatos as atividades profissionais aparecem mais “plásticas”, porém mantendo o “núcleo” profissional preservado, no sentido de respostas às demandas. Vejamos como se manifesta uma das entrevistadas:

[...] *Enfrentar a questão social é objeto do serviço social.* O enfrentamento da questão social se dá só se tiver uma profissional do Serviço Social nesse lugar. [...] Essas coisas tão fáceis estão entranhadas na assistente social, que a gente estranha como o outro não se tocou. O cara não tem renda, não tem nada, não tem pai, não tem mãe, não tem filho, daí a gente fala da LOAS. Isso é o que toca pra gente. Eu acho que isso é específico do assistente social, o enfrentamento da questão social (Entrevistada, 5).

As assistentes sociais percebem seu trabalho valorizado e sua identidade profissional “preservada”, mas na maioria dos relatos ficaram implícitos conflitos interprofissionais no

processo de trabalho em saúde mental. Acreditamos que essa percepção de “não haver um explícito conflito” interprofissional no CAPS se deve ao fato de as relações entre os poderes profissionais serem mais horizontais e igualitários, o que possibilita a “disputa” entre visões de mundo/sociedade e de homem/loucura na própria tomada de posições, pois, estão orientadas por uma abordagem interdisciplinar que visa à integralidade na atenção em saúde mental.

Nesta direção, as entrevistadas fazem algumas comparações com suas experiências profissionais anteriores, apontando que no “hospital” as relações profissionais são verticais, impossibilitando articulação, valorização e até construção de abordagens profissionais compatíveis com o que acreditam ser suas atribuições profissionais. Neste sentido, há um espaço “limitado” para o diálogo, para o questionamento dos processos instituídos e, o processo decisório se caracteriza como “autoritário”. A organização do processo de trabalho no hospital aproxima-se do que Merhy chama de “modelo médico neoliberal”, que subordina a dimensão cuidadora e os outros saberes profissionais da equipe à lógica dominante da Medicina/Psiquiatria, tendo os núcleos específicos profissionais e o núcleo cuidador empobrecidos.

Podemos perceber a construção de “novas” relações de forças sociais no campo, impulsionando uma lógica descentralizada dos poderes profissionais através da abordagem interdisciplinar.

Segundo Eduardo Vasconcelos (2005), as práticas interdisciplinares têm uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os membros e campos de saber que, gradativamente, pactuando problemáticas, saberes, valores e um projeto ético-político e assistencial comuns, que deverão reger todo o serviço ou programa, introduzindo a noção de finalidade maior, aos poucos tendem a questionar e redefinir a formação, as práticas e as identidades profissionais dos campos originais envolvidos.

No CAPS, a dinâmica do processo de trabalho favorece as abordagens que caminham no sentido da interdisciplinaridade, orientadas pelo projeto terapêutico que busca viabilizar a equidade, integralidade e intersetorialidade no atendimento das necessidades dos usuários e/ou grupos. Dessa forma, apesar da forte presença histórica da “Psiquiatria” como detentora do mandato social mais amplo no trato da loucura, esta nova modalidade de atenção abre inúmeras possibilidades de valorização e de disputas de outros profissionais das equipes. Conforme o relato abaixo:

O que acho interessante no campo da saúde mental é em primeiro lugar a interdisciplinaridade, que você não tem em outros campos. [...] Eu só tenho essas

duas experiências, mas aqui (no CAPS) é completamente diferente, você está em contato com as pessoas o tempo inteiro. Aqui o trabalho é interdisciplinar, aqui não tem muito essa coisa descolada, só o Serviço Social faz, tem coisas que são muito práticas, que ficam comigo, como as coisas referentes à renda e os encaminhamentos aos benefícios, mas não sem discutir sobre a situação do usuário [...] (Entrevistada 3).

As principais queixas estão relacionadas às condições de trabalho e envolvem falta de infraestrutura, recursos financeiros, materiais e humanos.

[...] O que acontece é que o CAPS funciona como o ordenador do território, acaba atendendo tudo. O paciente que não consegue entrar na rede ambulatorial acaba caindo no CAPS, sem necessidade, porque no CAPS as portas estão sempre abertas (Entrevistada 3).

Outro aspecto importante que indica precarização do trabalho é o número reduzido de assistentes sociais. Somente um dos CAPSs tem dois profissionais, sendo que três serviços do Município do Rio de Janeiro não têm profissional de Serviço Social. Também revela a persistência de um traço histórico da trajetória do assistente social no campo da saúde mental, iniciada no hospital psiquiátrico: pouquíssimos profissionais para uma enorme demanda, que leva à tendência da realização de um trabalho no varejo e com dificuldades para planejamento das ações. Observemos no depoimento abaixo:

Essa coisa de faltar pessoas para trabalhar, faz com que a gente não tenha tempo para sistematizar, para fazer um contato. Falta tempo para ti pensar naqueles que não estão fazendo barulho. Eu queria fazer, sistematizar e até organizar trabalhos para apresentar em congressos, mas não consigo. Eu faço trabalho que na verdade é meu carro-chefe, sobre Oficina de Trabalho e Cidadania [...] É a mais cheia do CAPS (Entrevistada 4).

Esta falta de profissionais do Serviço Social produz tendências e tensões no trabalho. Em nosso ponto de vista, podemos descrevê-las da seguinte forma:

* Tendência a um trabalho “individual, burocrático e rotineiro”, atendendo às necessidades “institucionais” e com pouca apreensão das reais demandas dos “usuários”.

* Redução na realização de atendimentos e trabalhos interdisciplinares, pois, todos os profissionais da equipe acabam sendo requisitados para atender “emergências sociais”.

* Falta de tempo para realizar o planejamento do trabalho e a implementação de propostas inovadoras em consonância com o projeto da Reforma Psiquiátrica e do Projeto Ético-Político da categoria.

A nosso ver, a falta de planejamento do Serviço Social repercute diretamente na qualidade dos serviços prestados e indiretamente na legitimidade profissional, pois as intervenções aparecem revestidas no cotidiano por um senso comum, não demonstrando a

sustentação teórico-metodológica que justifique os seus objetivos nas abordagens. O planejamento das atividades cotidianas é fundamental, principalmente em intervenções que buscam criar novas formas de abordagens (ligadas à arte, à pintura, ao teatro, à música), pois “previnem” contra a lógica de “entretenimento” e da simples “ocupação” de tempo ocioso.

Amarante & Giovanella (2002) afirmam que a noção mais simples de planejamento é a não improvisação. Fazer planos é uma coisa conhecida pelo homem, pensar antes de agir, estando relacionado a todo processo de trabalho e, conseqüentemente, a toda vida humana, pois o trabalho é condição inerente à vida humana. Para os autores, o planejamento em saúde mental tem três características que devemos considerar: o saber da instituição psiquiátrica, o conceito de desinstitucionalização e a discussão sobre invenção de novas “tecnologias” de cuidados.

O respeito às divergências de orientação política do trabalho mais global, conforme a fala abaixo:

[...] Aqui você trabalha com profissionais diversos e com pessoas diferentes. Você tem que estar o tempo inteiro discutindo o projeto do CAPS, o projeto terapêutico daquele paciente, porque algumas decisões em relação àquela situação precisam de tomada de posição. Isso é bastante difícil (Entrevistada 1).

Nos relatos das assistentes sociais podemos constatar que estão explícitas no cotidiano as lutas políticas e profissionais materializadas nas disputas de orientações no processo de trabalho mais geral em saúde mental, tendo como pano de fundo as propostas tencionadas da Reforma Psiquiátrica, dos diversos capitais simbólicos dos profissionais e do projeto neoliberal. Também percebemos o impacto “ideológico” dos objetivos neoliberais, que trazem consigo as propostas de reduzir o gasto social público e suprimir a noção de direitos sociais.

Considerações finais

Conforme os resultados da pesquisa, os profissionais do Serviço Social apontam que incorporam a direção da Reforma Psiquiátrica em seu cotidiano. O processo de trabalho no CAPS favorece as abordagens no sentido da interdisciplinaridade, orientadas pelo projeto terapêutico que busca viabilizar a equidade, integralidade e intersetorialidade no atendimento das necessidades dos usuários e/ou grupos. Dessa forma, abrem possibilidades de valorização e de disputas de outros profissionais das equipes. Acreditamos que a orientação do CAPS proporciona que os profissionais da equipe (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e

enfermeiros) tenham “sensibilidade” e reconheçam a questão social. Em nosso ponto de vista, o assistente social é um profissional habilitado no trabalho em saúde mental para abordar a questão social na relação saúde/sofrimento psíquico com conhecimentos das políticas públicas e dos direitos que vão ao encontro da concepção de saúde ampliada, ou seja, que saúde abrange situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e a bens.

A especificidade e legitimidade aparecem enquanto uma construção social e como produto do trabalho cotidiano profissional. O que podemos observar é que existe uma “luta” diária por garantia de legitimidade, pois não é dada *a priori*. Também observamos que o saber profissional sobre direitos sociais é base da legitimidade e imprime no dia a dia uma forma de especificidade diante dos integrantes da equipe.

Em relação à especificidade, as entrevistadas apontaram em dois sentidos, que aparecem sempre entrelaçados: no seu saber e na intervenção. As entrevistadas colocam como específico em seu saber: direitos sociais e políticas públicas (5), família e ambiente social (1), e somente uma aponta a questão social (1). Neste sentido, a maioria que identifica os conhecimentos sobre os direitos sociais e políticas públicas como algo específico indica, implicitamente, a ideia que isso seria objeto profissional.

Também verificamos que o assistente social se “diferencia” e se legitima na equipe a partir dos seus conhecimentos acerca das políticas públicas e dos direitos sociais. Desta forma, contribui para o enfrentamento da questão social imbricada no processo de saúde/sofrimento psíquico que vem ao encontro da concepção de saúde “ampliada”, presente na Constituição de 1988. Desta maneira, a imagem da profissão está ligada a determinadas demandas que se dirigem somente ao assistente social.

Contudo, as entrevistas nos revelaram uma dificuldade na identificação da questão social como objeto profissional. A pesquisa aponta que existe uma confusão importante neste momento entre objeto e objetivo, havendo uma inversão entre ambos. A orientação pelos direitos sociais, presentes no dia a dia, tende a aparecer como o objeto principal e o orientador da profissão, obscurecendo a questão social como a verdadeira “gênese” da demanda, já que finalmente não há como garantir direitos sociais sem ter em conta a questão social como o objeto profissional mais abrangente e relevante.

Referências

- ALVES, Domingos. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; GIONELLA, Lígia. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo et al. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 113-148.
- BISNESTO, José. A. Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 82, jul. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- DIAS, Miriam. Saúde mental: é possível uma política pública, coletiva, integral e de cidadania. *Revista de Divulgação em Saúde para Debate – Efetivando o SUS com descentralização e o controle social*, Rio de Janeiro, Fiocruz, dez. 2001.
- IAMAMOTO, Marilda V. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social – ensaios críticos*. 5. ed. São Paulo. Cortez. 2000.
- _____. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade. In: Conselho Federal do Serviço Social (CFSS). *Atribuições privativas do(a) Assistente Social*. Brasília: CFSS, 2002.
- JUSTO, José. Saúde mental em trânsito: loucura e a condição de itinerância na sociedade contemporânea. In: *Desafios na atenção a saúde mental*. Maringá, PR: Editora da Universidade de Maringá, 2002.
- MATTOS, Ruben. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. A. *O sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- MERHY, Emerson. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: *Saúde e democracia – a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.
- _____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PASSOS, Eduardo. *O CAPS*. Disponível em: <www.saude.rio.rj.gov.br>. Acesso em: dez. 2006.
- PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- SEVERINO, Antônio J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Jeanete Martins (Org.). *Serviço Social e interdisciplinaridade: fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão*. São Paulo: Cortez. 1998.
- SOARES, Adriana O. S. *Serviço Social e saúde mental: a formação de uma prática ou uma prática em formação?* Rio de Janeiro: PUCRJ. Dissertação de Mestrado, 2006.
- SILVA, Maria Luiza Campos. *Da higiene à psicanálise*. Rio de Janeiro: PUCRJ. Dissertação de Mestrado. 1993.

VASCONCELOS, Ana Maria. *A prática do Serviço Social – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo. M. et al. *Saúde mental e Serviço Social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar – epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes, 2005.