

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA GABRIELA LOUZADA CORDEIRO  
VALÉRIA FERMAL SOARES

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

VITÓRIA  
2024

MARIA GABRIELA LOUZADA CORDEIRO  
VALÉRIA FERMAL SOARES

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória – EMESCAM como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ma. Cláudia Gomes Rossoni

VITÓRIA  
2024

**MARIA GABRIELA LOUZADA CORDEIRO  
VALÉRIA FERMAL SOARES**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de graduação em  
Serviço Social da Escola Superior de  
Ciências da Santa Casa de Vitória –  
EMESCAM como requisito para obtenção do  
grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 15 de junho de 2024.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Cláudia Gomes Rossoni  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –  
EMESCAM

Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabrícia Maria Milanezi  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –  
EMESCAM

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Jaqueline da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –  
EMESCAM

Dedico este trabalho, primeiramente, aos meus pais, cujo apoio e dedicação foram fundamentais para que este sonho se tornasse realidade. Cada sacrifício feito, cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio fortaleceu minha determinação e inspirou minha jornada acadêmica.

Dedico também à minha parceira de TCC, Valéria, cuja dedicação, parceria e amizade foram fundamentais para a realização deste trabalho. Juntas, enfrentamos desafios e comemoramos cada vitória. Esta conquista é resultado do nosso companheirismo. *(Maria Gabriela)*

Agradeço imensamente aos familiares, amigos e professores, sem vocês eu não conseguiria chegar até aqui. Não posso deixar de agradecer a minha parceira de TCC Maria Gabriela, por compartilhar os momentos felizes, as angústias, e aprendizados ao longo dessa caminhada. *(Valéria)*

É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia nos horizontes de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda V. Yamamoto

## RESUMO

**Introdução:** O assistente social na saúde mental concilia as demandas de saúde da comunidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece vínculos com a rede socioassistencial. Sua atuação na saúde mental remonta à criação da Seguridade Social, mas evoluiu com a Reforma Psiquiátrica, que encara a loucura como fenômeno social, político e histórico.

**Objetivo:** Apresentar o trabalho do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** O método crítico dialético é utilizado para compreender as contradições sociais. As técnicas utilizadas nesta pesquisa bibliográfica são de natureza básica, de caráter descritivo e de abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de livros, artigos científicos, dissertações e teses produzidos nos últimos vinte anos e a análise conduzida com base no quadro teórico construído no projeto. **Conclusão:** A política de saúde mental no Brasil evoluiu ao longo do tempo, refletindo as transformações sociais e ideológicas do país. Inicialmente marcada pela institucionalização em hospitais psiquiátricos, caracterizados por condições desumanas, a abordagem começou a mudar com o movimento da Reforma Psiquiátrica a partir dos anos 1970. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 representou um marco ao garantir princípios de universalidade, equidade e integralidade, incluindo os cuidados em saúde mental como parte integrante dos serviços oferecidos. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil é estruturada para oferecer cuidado integral à saúde mental e às necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, dentro do SUS. Composta por diversos componentes a RAPS promove a integralidade do cuidado, respeitando os direitos humanos, combatendo estigmas e garantindo acesso equitativo a serviços de qualidade. Essa abordagem multiprofissional e interdisciplinar visa à inclusão social e à melhoria da qualidade de vida dos usuários. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de saúde comunitárias que oferecem cuidado acessível e multidisciplinar para indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, além de problemas relacionados ao uso de substâncias como crack e álcool. Esses centros visam evitar internações hospitalares desnecessárias, promover a reinserção social dos pacientes e articular a rede de saúde mental, desempenhando um papel estratégico na Política de Saúde Mental do país. O

trabalho do assistente social nos CAPS é fundamental para viabilizar o acesso dos usuários aos direitos sociais e promover sua reintegração social. Atuando de maneira interdisciplinar, além de orientar sobre benefícios e direitos, o assistente social desafia estigmas e promove a inclusão social, trabalhando em conjunto com a comunidade e outras redes de suporte para fortalecer o cuidado integral e a autonomia dos usuários dentro da Política de Saúde Mental. Concluímos que a atuação do assistente social no CAPS se baseia nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na defesa do acesso à saúde dos usuários, com uma perspectiva de defesa do Sistema Único de Saúde universal e integral. No entanto, nota-se uma intensificação do trabalho, consequência das abordagens neoliberais, privatização e focalização das políticas sociais e econômicas, o que impacta diretamente as ações do assistente social.

**Palavras-chave:** Serviço social. Saúde Mental. Atuação profissional. RAPS. CAPS. Assistente social.

## ABSTRACT

**Introduction:** The social worker in mental health reconciles the community's health demands with the principles of the Unified Health System (SUS) and establishes links with the social assistance network. Their role in mental health dates back to the creation of Social Security but evolved with the Psychiatric Reform, which views madness as a social, political, and historical phenomenon.

**Objective:** To present the work of the social worker at the Psychosocial Care Center.

**Method:** The critical-dialectical method is used to understand social contradictions. The techniques used in this bibliographic research are basic, descriptive, and qualitative. The bibliographic research was conducted through books, scientific articles, dissertations, and theses produced in the last twenty years, and the analysis was conducted based on the theoretical framework constructed in the project.

**Conclusion:** Mental health policy in Brazil has evolved over time, reflecting the country's social and ideological transformations. Initially characterized by institutionalization in psychiatric hospitals with inhumane conditions, the approach began to shift with the Psychiatric Reform movement starting in the 1970s. The establishment of the Unified Health System (SUS) in 1990 was a milestone, ensuring principles of universality, equity, and comprehensiveness, including mental health care as an integral part of the services offered. The Psychosocial Care Network (RAPS) in Brazil is structured to provide comprehensive mental health care and address issues related to psychoactive substance use within the SUS framework. Comprising various components, RAPS promotes comprehensive care, respects human rights, combats stigma, and ensures equitable access to quality services. This multidisciplinary and interdisciplinary approach aims at social inclusion and improving the quality of life of users. The Psychosocial Care Centers (CAPS) are community health units that offer accessible and multidisciplinary care for individuals with severe and persistent mental disorders, as well as issues related to substance use such as crack and alcohol. These centers aim to prevent unnecessary hospitalizations, promote the social reintegration of patients, and coordinate the mental health network, playing a strategic role in the country's Mental Health Policy. The work of social workers in CAPS is crucial for enabling users' access to social rights and promoting their social reintegration. Working

interdisciplinarily, social workers not only provide guidance on benefits and rights but also challenge stigmas and promote social inclusion, collaborating with the community and other support networks to strengthen comprehensive care and the autonomy of users within the Mental Health Policy. We conclude that the role of social workers in CAPS is based on the principles of the Psychiatric Reform and the advocacy for universal and comprehensive access to health for users, with a perspective of defending the Unified Health System. However, there is an intensification of work due to neoliberal approaches, privatization, and the focus on social and economic policies, which directly impacts the actions of social workers.

**Keywords:** Social Work. Mental Health. Professional Practice. RAPS. CAPS. Social Worker.

## **LISTA DE SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CNTSM - Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental

COI - Centros de Orientação Infantil

COJ - Centros de Orientação Juvenil

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

MR - Movimento de Reconceituação

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TR - Técnico de Referência

UBS - Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	13
1.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....	14
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL</b> .....	16
2.1 CONTRIBUIÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	19
2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) .....	24
<b>2.2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</b> .....	28
<b>3. O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE MENTAL</b> .....	30
3.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS .....	38
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso – TCC tem por objeto de estudo o trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. A escolha desse objeto deu-se a partir da necessidade de conhecer o trabalho do assistente social frente a saúde mental. O interesse surgiu diante da experiência no estágio obrigatório, onde foi possível identificar que é um tema que ainda se encontra em construção.

Diante do exposto definiu-se como objetivo geral descrever o trabalho do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, tendo como objetivos específicos: Contribuição da Reforma Psiquiátrica à Política de Saúde Mental: A Rede de atenção Psicossocial (RAPS): O trabalho do Assistente Social nos CAPS.

O Serviço Social é uma profissão que tem como objetivo viabilizar os direitos das pessoas e promover a qualidade de vida, em especial daquelas em situação de vulnerabilidade social (Albuquerque, 2021). Além disso, a Saúde Mental é uma área que apresenta desafios complexos e multifacetados, envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que afetam tanto o acesso aos serviços de saúde mental quanto o atendimento oferecido (Leandro, Giardini, 2014).

A reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 1970, buscou transformar o modelo de atenção à saúde mental, anteriormente centrado em grandes hospitais psiquiátricos, para um sistema baseado na comunidade. Esse movimento foi influenciado por reformas similares ocorridas na Itália, sob a liderança de Franco Basaglia, e visava promover a desinstitucionalização e a reintegração social dos pacientes psiquiátricos (Amarante, 1995).

A Lei nº 10.216, sancionada em 2001, foi um marco importante desse processo, estabelecendo diretrizes para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e promovendo a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2001).

O assistente social desempenha um papel crucial ao conciliar as demandas de saúde da comunidade com os princípios e orientações do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu propósito é assegurar que as necessidades de saúde dos usuários sejam atendidas de maneira abrangente. Além disso, estabelece vínculos com a rede socioassistencial (Costa, 2000).

Cabe destacar que o campo da saúde mental é amplo, que há diversos dispositivos e serviços propostos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dentre os quais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses são dispositivos destinados ao cuidado das pessoas com transtornos mentais voltado à reabilitação psicossocial, sendo os primeiros a ofertarem o cuidado em ambiente não hospitalar.

O trabalho abordará a evolução e os desafios da política de saúde mental no Brasil, destacando marcos históricos e legais que moldaram o atual sistema de atendimento. Será discutido como a reforma psiquiátrica contribuiu para a transformação da política de saúde mental, promovendo a desinstitucionalização e a criação de serviços. A estrutura e a função da RAPS serão exploradas, destacando como esta rede organiza e integra diferentes serviços e dispositivos de atenção psicossocial. Detalhará o papel e a importância dos CAPS dentro da RAPS, incluindo seu funcionamento e os serviços oferecidos.

Será abordado o papel do assistente social na área da saúde mental, enfatizando as suas funções e responsabilidades e escreverá as atividades realizadas pelos assistentes sociais, os desafios enfrentados e as contribuições para a reabilitação psicossocial dos usuários.

### 1.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa é fundamental para o Serviço Social, pois permite a produção de conhecimento científico e aprimoramento teórico-metodológico da profissão. A partir das pesquisas, é possível identificar e analisar as demandas sociais, entender as dinâmicas e processos que os produzem e desenvolvem estratégias de intervenção mais efetivas.

Segundo Guerra (2009), a pesquisa assume, assim, um papel decisivo na conquista de um estatuto acadêmico que possibilita aliar formação com capacitação, condições indispensáveis tanto a uma intervenção profissional qualificada, quanto à ampliação do patrimônio intelectual e bibliográfico da profissão.

Para Araújo (2020), é importante destacar que a pesquisa científica no campo do Serviço Social desempenha um papel fundamental no aumento do conhecimento e no fortalecimento da atuação profissional para lidar com diversas manifestações da Questão Social.

A pesquisa científica no campo do serviço social possibilita o conhecimento e o fortalecimento da mobilização em prol da luta e defesa dos direitos. Além de estar comprometida com a qualidade dos serviços prestados à população, a pesquisa rompe com análises discriminatórias e contribui para a construção de uma sociedade verdadeiramente emancipada e humanizada (Araújo, 2020).

Por fim, a pesquisa contribui para o fortalecimento da identidade profissional do Serviço Social, ao possibilitar a construção e difusão de conhecimentos específicos da área, assim como a valorização e reconhecimento da profissão pela sociedade (Raichelis, 2010).

Este trabalho foi respaldado no método crítico- dialético que conforme Netto (2011), é um processo de investigação que parte da análise das contradições presentes na realidade social e busca compreendê-las em sua totalidade, levando em conta tanto os aspectos objetivos quanto subjetivos da vida social. Esse método é baseado na ideia de que a realidade social é dinâmica e está em constante transformação, e que a compreensão dessa realidade deve levar em conta as relações de poder e as lutas de classe que ocorrem dentro dela.

Em relação as técnicas de pesquisa utilizaram-se a pesquisa qualitativa de natureza básica. A pesquisa descritiva foi utilizada devido seu objetivo primordial que é descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de

coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática, tendo como a pesquisa bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica deve ser conduzida de forma crítica e sistemática, selecionando as fontes mais relevantes e confiáveis. É importante uma leitura atenta e crítica para identificar argumentos, conceitos e teorias. A pesquisa bibliográfica não é um fim, mas uma preparação para outras etapas da pesquisa, como a formulação de hipóteses, coleta e análise de dados, e elaboração de conclusões e recomendações (Lima e Miotto, 2007).

Assim, a coleta dos dados foi realizada através de livros, artigos científicos, dissertações e teses. Os artigos científicos pesquisados de acordo com as palavras-chaves foram: Serviço social; assistente social; saúde mental; atuação profissional; RAPS; CAPS.

A análise dos dados foi feita à luz do quadro teórico construído no projeto. O presente trabalho está organizado em dois eixos: a Política de Saúde Mental e o Trabalho do Assistente Social nesse campo, seguido das considerações finais.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

O sistema de proteção social para trabalhadores, no Brasil, é marcado pela Lei Eloy Chaves, de 1923, que deu origem às Caixas de Aposentadorias e Pensões, incluindo assistência médica.

Com Getúlio Vargas no poder a partir de 1930, o Estado adotou uma política mais intervencionista e populista como resposta às expressões da “Questão Social”. Esse período originou industrialização e o crescimento da mão de obra operária, intensificando as tensões econômicas devido à exploração do trabalho, levando a condições de vida precárias, salários baixos e falta de regulamentação trabalhista (Carvalho; Iamamoto, 2014).

Em resposta, a classe operária aumentou sua mobilização e organização política, levando o Estado a incorporar algumas de suas demandas como forma de manter o controle social. A formação da política de saúde de caráter público está associada a essa dinâmica de mobilização que emergiu na necessidade de

assegurar condições mínimas de bem-estar para a classe trabalhadora no que concerne à saúde (Bravo, 2006).

As ações do Estado relacionadas à saúde funcionaram como um mecanismo de integração e controle social. Além disso, nesse período, a Política de Saúde estava dividida em dois setores distintos: Saúde Pública e Medicina Previdenciária (Bravo, 2006).

A Saúde Pública tinha como foco a criação de condições sanitárias para a população e devido à rápida urbanização, houve um aumento significativo de doenças, o que demandou a implementação de medidas de saúde mais abrangentes. Nesse sentido, campanhas sanitárias foram realizadas e serviços para combater doenças endêmicas foram estabelecidos (Bravo, 2006).

Nos anos 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, houve uma centralização das políticas de saúde com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, e esforços foram concentrados na erradicação de doenças infecciosas e endêmicas, como malária, febre amarela e varíola, liderados por sanitaristas como Carlos Chagas (Hochman, 1998).

Na década de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em parceria com os Estados Unidos, houve uma ampliação dos serviços de saúde para áreas rurais e regiões Norte e Nordeste, focando em programas de saneamento básico e controle de doenças endêmicas (Teixeira, 1989).

Já nos anos de 1950, a política de saúde no Brasil começou a se estruturar de forma mais sistemática, marcando a transição de um modelo centrado em ações de combate a doenças infecciosas para a criação de uma infraestrutura de saúde pública. Este período foi influenciado pela criação do Ministério da Saúde em 1953, que centralizou as ações e políticas sanitárias e pela expansão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões que começaram a oferecer serviços médicos aos trabalhadores urbanos. No entanto, a cobertura ainda era limitada e desigual, predominantemente voltada para as áreas urbanas e trabalhadores formais, deixando a população rural desassistida (Paim; Hochman, 1998).

A partir dos anos 1960, durante a ditadura militar, houve uma expansão da rede hospitalar e dos serviços médicos, mas as políticas de saúde eram marcadas pela centralização e pela falta de participação popular. A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977 buscou unificar os serviços de saúde para os trabalhadores com carteira assinada, mas perpetuou a desigualdade de acesso.

Na década de 1980, com o movimento pela reforma sanitária, começa-se a delinear um sistema de saúde mais inclusivo. Esse movimento culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que estabeleceu as bases para o SUS, promovendo a universalização, integralidade e descentralização dos serviços de saúde (Paim, 2011).

Em 1990, a Lei Nº 8.080 instituiu o SUS, que estabelece princípios orientadores para o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde. Entre esses princípios, estão: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade de acesso garante a todos o direito de utilizar os serviços de saúde necessários, sem quaisquer barreiras de ordem física, cultural, econômica ou social (Brasil, 1990).

A equidade na saúde pressupõe que todos devem ter acesso aos serviços de saúde, sem discriminação por origem, raça, classe social, gênero ou outras características, visando garantir tratamento diferenciado onde as necessidades são mais prementes, investindo mais onde há maior carência (Brasil, 2012).

De acordo com Paim (2009) a integralidade da assistência está vinculada a uma abordagem abrangente que contempla todas as necessidades de saúde do usuário, englobando a realização de ações que abarcam prevenção, promoção e recuperação da saúde. Além disso, o conceito de integralidade implica na coordenação entre os serviços, assegurando a continuidade do cuidado nos diversos níveis de complexidade do SUS.

O SUS se organiza sob o modelo de uma rede regionalizada e hierarquizada. Nesse contexto, os serviços de saúde são distribuídos de acordo com o nível de

complexidade<sup>1</sup> e atendem áreas geográficas específicas, mantendo uma coordenação entre eles (Brasil, 2002).

A política de saúde é fruto do contexto histórico e político do país e, em se tratando da política de saúde mental não seria diferente. Nas décadas de 50 e 60, a política de saúde mental no Brasil começou a se delinear com a criação de hospitais psiquiátricos, que eram os principais locais de tratamento. No entanto, essas instituições eram frequentemente marcadas por condições precárias e tratamento desumano dos pacientes.

A Política de Saúde Mental, até fim dos anos de 1970, seguiu a tendência do século anterior centrada no tratamento em hospitais psiquiátricos. No entanto, uma mudança significativa ocorreu com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira que influenciou as abordagens de saúde mental no século XXI. É nesse contexto que se evidencia a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, conforme estabelecido na legislação (Ribeiro, 1999).

## 2.1 CONTRIBUIÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil desde a década de 1970 demanda a formação de profissionais com capacidade de reflexão crítica e competência técnica. Esses profissionais devem se engajar em práticas de cuidado que resultem em transformações para todos os envolvidos: usuários, profissionais e as redes sociais em torno deles. Somente dessa forma é possível manter a esperança de construir uma nova abordagem epistemológica e ética diante do fenômeno da loucura (Patriota, 2011).

O Brasil assistiu ao surgimento da Reforma Psiquiátrica, um movimento que coincidiu com a ascensão do "movimento sanitário" que buscava promover

---

<sup>1</sup> Os níveis de complexidade da atenção à saúde se dividem em três categorias: a atenção primária (que integra a assistência em saúde com atividades de promoção e prevenção), a atenção secundária (onde são prestados serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial) e a atenção terciária (responsável por procedimentos de alto custo). É importante ressaltar que a política de saúde mental se insere na política de saúde em geral e, portanto, segue seus princípios e diretrizes (Brasil, 1990).

mudanças nos modelos de cuidado e administração em saúde, defendendo a saúde pública, a justiça na distribuição de serviços e o envolvimento ativo dos profissionais e usuários dos serviços de saúde na gestão e no desenvolvimento de novas tecnologias de assistência (Brasil, 2005).

No início dos anos 80, esses dois movimentos convergiram, ocupando espaços de poder e decisão públicos como meio de implementar reformas no sistema de saúde (Schwiderski, 2012). Essa convergência refletiu não apenas a necessidade de transformação no tratamento dos transtornos mentais, mas também uma abordagem mais ampla em relação à saúde pública e ao papel dos profissionais e usuários na gestão e na formulação de políticas de saúde.

A Reforma Psiquiátrica representa um processo político e social intrincado, formado por uma diversidade de participantes, instituições e forças de múltiplas procedências. Este processo tem impacto em uma ampla gama de territórios, abrangendo os níveis de governo federal, estadual e municipal, além de envolver universidades, o setor de serviços de saúde, conselhos profissionais e associações de indivíduos com transtornos mentais e seus familiares (Brasil, 2005).

Segundo Hirdes (2009), o avanço para além do modelo manicomial ecoa nas políticas de saúde do Brasil, marcado por eventos teóricos e políticos significativos, dentre os quais: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987 e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (CNTSM), em Bauru, São Paulo, realizado no final de 1987. Esse último marca a inserção de usuários e familiares na luta contra os manicômios.

Outra marca do CNTSM foi a deliberação da transformação do movimento dos trabalhadores em um movimento social, denominado de Movimento da Luta Antimanicomial, visando uma sociedade livre de manicômios. Deliberou-se também que o dia 18 de maio fosse designado como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial alcançando um ponto culminante da Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 2007; 2021).

A origem dos primeiros serviços de saúde mental fora do ambiente hospitalar no Brasil é resultado das críticas ao sistema psiquiátrico tradicional e das considerações advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Impulsionados por essas críticas e reflexões, os primeiros serviços extra-hospitalares foram implantados, buscando proporcionar um tratamento mais humanizado e integrado para as pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, foi inaugurado em 1986 na cidade de São Paulo. Ele surgiu no espaço anteriormente ocupado pela extinta Divisão de Ambulatório da Secretaria Estadual de Saúde (Ribeiro, 2004).

Além da experiência de São Paulo outro município paulista foi precursor de um novo modelo de cuidado em saúde mental. Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) realizou a reforma da Casa de Saúde Anchieta, que era conhecida pelos maus-tratos e mortes de pacientes. Esta ação teve um impacto significativo em todo o país, evidenciando a viabilidade de tratamentos fora dos hospitais psiquiátricos tradicionais. Paralelamente, em Santos, foi inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), um serviço inovador disponível 24 horas por dia, todos os dias da semana, com um foco especial no acolhimento de crises (Melo, 2012).

Melo (2012), ainda refere que foram estabelecidas residências terapêuticas para acolher pessoas que haviam sido desinstitucionalizadas dos hospitais psiquiátricos e que não possuíam laços familiares, bem como cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares, enriquecendo o suporte comunitário. As iniciativas pioneiras em Santos, em 1987, tiveram um papel crucial na promoção dos ideais da Reforma Psiquiátrica em todo o Brasil, destacando a necessidade de desenvolver mais serviços substitutivos ao modelo hospitalar no país.

Em 1990, durante a conferência "Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região", organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em Caracas, discutiu-se a urgente

necessidade de reformar assistência psiquiátrica. O principal objetivo dessa conferência era destacar a tendência internacional em evoluir além dos antigos paradigmas da psiquiatria e promover uma reforma psiquiátrica abrangente (Schwiderski, 2012).

De acordo com Amarante (2007; 2021), a Reforma Psiquiátrica é identificada como um movimento complexo, que se desdobra em quatro dimensões fundamentais: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

Na dimensão teórico-conceitual está envolvida a elaboração de uma nova visão dentro das ciências sociais referente à percepção do indivíduo com sofrimento mental. Esse novo olhar propõe um desvio do tradicional modelo biomédico e psiquiátrico, visando estabelecer uma perspectiva inovadora que entenda a saúde como um processo contínuo (saúde-doença), interpretado como resultado das condições de vida e da posição social de cada indivíduo (Amarante, 2007; 2021).

Dentro deste contexto o autor acima aponta dois conceitos essenciais para a apreensão dessa vertente: o primeiro relaciona-se à desinstitucionalização, inspirada no pensamento de Basaglia a partir dos anos de 1960, que promove abordagens diferenciadas e expandidas para o acolhimento, cuidado e tratamento do indivíduo, em sua realidade de vida. O segundo foca na reavaliação do conceito de doença mental, juntamente com as práticas profissionais e as interações entre os diversos atores envolvidos, transformando os serviços, os dispositivos e os sujeitos envolvidos neste processo.

A dimensão técnico-assistencial está intrinsecamente conectada à dimensão conceitual, uma vez que é nela que se focaliza a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007; 2021).

A dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica envolve mudanças significativas nas leis sanitárias, civis e penais, desvinculando a associação tradicional entre loucura, periculosidade e incapacidade social. Essa

transformação legislativa representa um avanço significativo nas estratégias e ações promovidas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ela tem um profundo impacto social, afetando diretamente o dia a dia dos indivíduos engajados na busca por mudanças sociais. (Amarante, 2007; 2021).

Já a dimensão sociocultural, se refere a formação de uma nova posição social para a loucura e o indivíduo com transtorno mental, através das representações sociais e da interação com a sociedade. Essa faceta é profundamente associada a iniciativas e estratégias culturais destinadas a abordar e transformar o estigma historicamente associado à loucura (Amarante, 2007; 2021).

Na década de 1990, foram promulgadas as primeiras portarias alinhadas às premissas defendidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Merece destaque a Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabeleceu diretrizes e normas para os serviços de saúde mental, bem como regulou a organização dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 1992).

A Lei 10.216/2001, que surgiu no contexto da Reforma Psiquiátrica, representa um marco importante na proteção e garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil. Esta legislação aborda uma ampla gama de questões relacionadas à saúde mental, com ênfase na reinserção social dos indivíduos afetados. Ela assegura uma série de direitos fundamentais, incluindo o tratamento com humanidade e respeito, com o único propósito de promover a saúde e buscar a recuperação das pessoas com transtorno mental, com foco na reintegração na família, no trabalho e na comunidade (Brasil, 2001).

Destaca-se o Artigo 2º, parágrafo II que assegura o acesso ao melhor tratamento disponível, o livre acesso a informações relevantes sobre sua condição e tratamento, bem como o direito de serem tratadas em um ambiente terapêutico adequado (Brasil, 2001).

Os assistentes sociais tiveram um papel importante na luta pela desinstitucionalização, defendendo a ideia de que o cuidado em saúde mental deve ser realizado em serviços comunitários e de caráter interdisciplinar. Essa luta contribuiu para o surgimento de novas práticas em saúde mental, que visam

à promoção da autonomia e à valorização do usuário como sujeito de seu próprio tratamento (Brasil, 2005).

A expansão da política de saúde mental no Brasil é efetivada pela implementação de serviços e componentes com foco territorial, alinhando-se às diretrizes de reestruturação do SUS. Um marco significativo nesse processo é a promoção da regionalização das ações e serviços de saúde, uma estratégia consolidada pela organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a Portaria nº 4279/2010.

A RAS é conceituada como uma configuração de ações e serviços de saúde de variadas complexidades tecnológicas que, quando integrados por sistemas de suporte técnico, logístico e administrativo, visam assegurar a completude e a continuidade do cuidado ao paciente (Brasil, 2010). Essa abordagem representa um esforço contínuo para garantir uma assistência à saúde mental mais acessível, eficaz e coerente com as necessidades da população.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, é uma das redes prioritárias do SUS, criada pela Portaria GM/MS no 3.088/2011, cujo objetivo é acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, sobre este dispositivo do iremos abordar abaixo.

## 2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A RAPS visa o cuidado integral, e deve desempenhar um papel fundamental no fornecimento do cuidado integral à saúde mental da população brasileira, visto que sua finalidade é a “[...] criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2011).

Essa estrutura busca promover a integralidade e a continuidade do cuidado, a integração e interação entre os serviços e a criação de laços horizontais entre os diversos atores e setores. Isso ocorre como contraposição à fragmentação de

programas e práticas clínicas, bem como ações curativas isoladas em serviços e especialidades. A Rede de Atenção Psicossocial que tem como diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (Brasil, 2011).

Ainda de acordo com a Portaria GM/MS no 3.088/2011 a proposta organizacional para a área de saúde mental, baseada no modelo de RAS, abrange diferentes componentes com diversos níveis de tecnologia.

O componente da Atenção Primária à Saúde (APS) abrange a organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com equipes multidisciplinares formadas por profissionais de diversas áreas da saúde. Esta estrutura é enriquecida por uma variedade de serviços, incluindo as equipes de Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Cultura, que promovem o bem-estar através da integração social e atividades culturais e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>2</sup>, que fortalece o suporte às famílias no contexto da saúde comunitária (Brasil). No ano de 2023, o Ministério da Saúde<sup>3</sup> instituiu as equipes multiprofissionais (eMulti) organizadas em três categorias distintas: ampliada, complementar e estratégica.

A Atenção Hospitalar é caracterizada pela presença de leitos e enfermarias especializadas em hospitais gerais, além de serviços hospitalares de referência dedicados ao cuidado de pessoas com transtornos ou sofrimento mental, assim

---

<sup>2</sup> O Governo de Jair Bolsonaro, em 2018, determinou o fim do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Essa decisão está vinculada à criação do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, em 12 de novembro de 2019 (Cress, 2020).

<sup>3</sup> Portaria GM/MS nº 635, definiu os critérios para o financiamento e a formação das equipes multiprofissionais, sendo organizadas nas seguintes categorias: Equipe Multiprofissional Ampliada (300 horas semanais e 10 a 12 equipes vinculadas), Equipe Multiprofissional Complementar (200 horas semanais e 5 a 9 equipes vinculadas), Equipe Multiprofissional Estratégica (100 horas semanais e 1 a 4 equipes vinculadas (Brasil, 2023).

como aquelas com necessidades oriundas do uso de crack, álcool e outras substâncias psicoativas (Brasil, 2011).

O componente de Urgência e Emergência realizam atendimento para pessoas com transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), salas de estabilização, UPAs 24h e prontos-socorros e estão preparados para acolher pacientes em crises agudas, conforme necessário (Brasil, 2011).

A Estratégia de Desinstitucionalização é outro componente da RAPS e compreende um conjunto de iniciativas destinadas a assegurar um cuidado integral às pessoas afetadas por transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas, que se encontram em situações de internações de longa duração. Busca-se substituir o modelo de internação por um cuidado mais inclusivo e humanizado, visando a promoção da autonomia, o respeito aos direitos fundamentais e o fortalecimento da cidadania, com o objetivo de facilitar a inclusão social desses indivíduos (Brasil, 2003, 2011).

Entre os recursos estão os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa e o Programa de Desinstitucionalização, que representam pontos focais na implementação dessas estratégias (Brasil, 2003, 2011) e são fundamentais na promoção da desinstitucionalização. Com a expansão de serviços substitutivos, como o CAPS, esse processo se fortalece no país. Muitos indivíduos internados em grandes manicômios perderam seus laços familiares e sociais, e frequentemente não têm mais o desejo de deixar esse ambiente (Amarante, 2007; 2021).

Atenção Residencial de Caráter Transitório é outro componente da RAPS que conta com os serviços de Unidade de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial que garante cuidado para o usuário. Esse componente desempenha um papel crucial no suporte ao fortalecimento ou à reconstrução de trajetórias de vida individuais pois cria ambientes projetados para oferecer um apoio adequado e personalizado, visando a prestação de assistência à saúde contínua por um período de até nove meses, é direcionado a adultos com condições de saúde estáveis, mas que enfrentam desafios relacionados ao

consumo de substâncias psicoativas, como crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

As Estratégias de Reabilitação Psicossocial envolvem iniciativas focadas no trabalho, na geração de renda, bem como em empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Compreende-se também que a reabilitação deve ser alcançada por meio do acesso ao emprego, à família, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços comunitários. Essa perspectiva ampla cria uma variedade de oportunidades de intervenção profissional para assistentes sociais (Brasil, 2005, 2017).

Já o componente da Atenção Psicossocial Especializada compreende os CAPS em várias modalidades - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil. Esses centros são classificados em ordem crescente de tamanho e complexidade, atendendo diferentes populações (Brasil, 2011)

No Brasil, atualmente, a RAPS está estruturada com 48.000 (quarenta e oito mil) Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2.795 (dois mil setecentos e noventa e cinco) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 1.894 (mil oitocentos e noventa e quatro) Serviços Hospitalares de Referência (Leitos em Hospitais Gerais); 13.219 (treze mil duzentos e dezenove) Leitos em Hospitais Psiquiátricos; 801 (oitocentos e um) Residências Terapêuticas; 183 (cento e oitenta e três) Consultórios de Rua; 69 (sessenta e nove) Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-juvenil); 128 (cento e vinte e oito) Equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) (Brasil, 2022). Atualmente são 2.886 CAPS habilitados em todo Brasil (Radis, 2024).

Os CAPS são peças fundamentais dentro da estrutura da Atenção Psicossocial Especializada, representando uma abordagem comunitária e acessível para o cuidado da saúde mental operam como pontos de referência na comunidade, oferecendo serviços integrados e multidisciplinares (Brasil, 2022).

Com equipes interdisciplinares, os CAPS atendem não apenas indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, mas também aqueles em situações de crise ou em processo de reabilitação psicossocial. Esses serviços são parte

essencial da RAPS no Brasil, trabalhando em conjunto com outras unidades de saúde para promover o bem-estar e a recuperação dos pacientes.

Os CAPS possuem características e metodologias próprias que os diferenciam de outras modalidades de atendimento em saúde mental. Focalizando na individualidade de cada paciente e utilizando abordagens diversificadas, os CAPS se destacam por promover uma atenção contínua e personalizada, visando não apenas o tratamento dos transtornos, mas também a reintegração social e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. A seguir, vamos explorar em detalhes o funcionamento dos CAPS, destacando suas principais atividades, a estrutura das equipes e a importância do acolhimento humanizado no processo de recuperação dos usuários.

### **2.2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os CAPS representam unidades de saúde com uma abordagem comunitária e acessível, composta por equipes multidisciplinares que operam de maneira interdisciplinar. Eles se concentram principalmente no atendimento de indivíduos que enfrentam transtornos mentais graves e persistentes, bem como aqueles que sofrem de problemas mentais em geral, incluindo aqueles afetados pelo uso de substâncias como crack e álcool, em sua região de abrangência, tanto em situações de crise quanto nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2005).

As atividades dentro do CAPS são predominantemente conduzidas em ambientes coletivos, como oficinas, grupos terapêuticos, assembleias de usuários e reuniões diárias da equipe, todas coordenadas de forma colaborativa com outros componentes da rede de saúde e outras redes relevantes. O cuidado prestado no âmbito do CAPS é elaborado por meio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual a equipe, o usuário e sua família participam ativamente de sua construção (Brasil, 2005).

Além dessas também são realizadas visitas e atendimentos domiciliares, oficinas terapêuticas, grupos de atendimento individual e familiar. Seus principais

objetivos incluem o tratamento, reabilitação e reintegração social dos usuários dos serviços, com especial atenção às necessidades de suas famílias.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (Brasil, 2005).

As equipes de profissionais que atuam nos CAPS são compostas por diversas categorias, incluindo assistentes sociais, médicos psiquiatras, clínicos e/ou pediatras, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Eles empregam uma ampla gama de intervenções e estratégias de apoio, como terapia ocupacional, reabilitação neuropsicológica, oficinas terapêuticas, medicação assistida, atendimento às famílias e visitas domiciliares, entre outras abordagens, conforme definido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005; 2011).

Como descrito anteriormente, os CAPS se diferenciam pelo tipo de atendimento prestado, sendo eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (Brasil, 2011; Rocha, 2021).

O CAPS I oferece atendimento a pacientes com transtornos graves e persistentes e possui, em média, nove funcionários, sendo localizado em municípios com população acima de 15 mil habitantes. Já o CAPS II atende municípios com maior número de habitantes em comparação com o CAPSi, e tem o mesmo tipo de atendimento. O CAPS III possui uma abrangência maior que os demais, sendo considerado o maior da rede e capaz de atender municípios com até 200 mil habitantes (Brasil, 2011; Rocha, 2021).

O CAPSad é próprio para pessoas que tem dependência com álcool ou drogas. O CAPSi é um centro especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, enquanto o CAPSad é destinado a pessoas com dependência de álcool ou drogas (Rocha, 2021).

Os CAPS são estruturados sob a perspectiva da "porta aberta" ao cidadão, o que significa que eles acolhem as demandas espontâneas, determinando o melhor ponto de atenção para o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Em algumas situações, o munícipe pode ser encaminhado para acompanhamento de saúde mental diretamente na UBS.

O acesso aos CAPS também pode ocorrer a partir da orientação da equipe da UBS onde o cidadão está cadastrado. Essa abordagem permite uma coordenação eficaz entre os diferentes níveis de atenção à saúde mental, assegurando que aqueles que necessitam de cuidados especializados recebam a assistência adequada.

No próximo capítulo, abordaremos sobre o trabalho do assistente social na saúde mental. De forma breve, iremos explorar sobre a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental, analisando sua evolução histórica, os principais marcos e as contribuições dos profissionais para a construção e consolidação de práticas e políticas voltadas ao atendimento psicossocial. Este panorama histórico será fundamental para compreender o papel do assistente social na promoção da atenção à Saúde Mental.

### **3. O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE MENTAL**

O Serviço Social, por um longo período, caracterizava-se por uma prática empirista, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa cujo foco estava diretamente relacionado às disfunções individuais e/ou sociais, atribuindo ao homem a responsabilidade por sua própria situação. O objetivo do trabalho profissional era moldar um comportamento adequado e integrado à sociedade, visando a manutenção do status quo e buscando o equilíbrio social, além da resolução de problemas individuais (Demo,1992; Martinelli, 1995; Triviños, 2003).

Quanto à visão do homem e do mundo, a concepção predominante era de que o ser humano é um indivíduo isolado das relações sociais, sem histórico. Sob essa perspectiva, a sociedade era vista como fragmentada e desarticulada,

desconsiderando-se a presença da história na formação da realidade social (Demo,1992; Martinelli, 1995; Triviños, 2003).

A concepção sobre a loucura levava a sociedade a isolar os indivíduos "perturbadores" em instituições fechadas para tratamento. A psiquiatria higienista visava transformar as condições físicas e psicológicas dos indivíduos, capacitando-os a enfrentar suas doenças e suas consequências (Rosa, 2003).

A criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923, marcou um momento significativo ao enfrentar a questão da loucura dentro do campo científico e atribuindo à população a responsabilidade pela resolução de seus próprios problemas. Isso era promovido por meio de campanhas higienistas com um discurso normativo, influenciado por ideias associadas ao positivismo (Rosa, 2003).

Assim, o Estado propunha um programa de higiene social direcionado especialmente à classe proletária, no qual a psiquiatria assumia um papel social crucial, visto que, como afirma Cunha (1986, p.177), "[...] se a loucura funciona como metáfora da desordem social, a psiquiatria, seu oposto, é a possibilidade da ordem e da estabilidade”.

A conexão inicial entre o Serviço Social e a Saúde Mental, pode ser compreendida examinando a inclusão de disciplinas de cunho higienista nas primeiras instituições de ensino de Serviço Social. Isso incluía o chamado Serviço Social de casos, que apresentava uma abordagem psicologizante vinculada ao que era então conhecido como a psicologia do ego (Vasconcelos, 2002).

Para Vasconcelos (2002) anos 40, o Serviço Social começou a atuar no campo da Saúde Mental, influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento de Higiene Mental. Essas influências colaboraram para a definição do escopo de atuação do profissional Assistente Social nesse campo. Inicialmente, o Serviço Social incorporou elementos higienistas nos currículos educacionais, tratando-os como um complemento subordinado, em uma abordagem predominantemente científica e médica.

Essa abordagem higienista só começou a mudar em meados da década de 1970, com a intervenção do Conselho Federal de Educação. As disciplinas ligadas à temática higienista pode ser identificadas nas Escolas de Serviço Social que se estabeleceram em São Paulo e no Rio de Janeiro. Na escola paulista, por exemplo, se estabeleciam disciplinas como Higiene, Educação da Criança de 2 a 7 anos, com 65 horas e Psicologia, com 50 horas (Vasconcelos, 2002).

Sabóia (1976) citada por Bisneto (2007) destaca que, apesar de a literatura registrar o início do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil como sendo em 1946, nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando em clínicas, hospitais psiquiátricos ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960.

Para Vasconcelos (2000), as primeiras práticas dos assistentes sociais na área de saúde mental ocorreram nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) em 1946. Esta experiência importante para o modelo de "Serviço Social Clínico".

A partir de 1948, o serviço social conquista um amplo espaço na área da saúde, quando, deliberado pela OMS, modifica-se o conceito de saúde para concebê-lo como "o estado de bem-estar físico, mental e social", e não uma mera ausência de doença ou enfermidade (SILVA e SILVA, 2007).

Nesse contexto de evolução conceitual, nas décadas de 1980 e 1990, com as transformações advindas da reforma psiquiátrica, a área da saúde mental passou a exigir uma abordagem mais comprometida com a proposta de desinstitucionalização. Essa mudança visava retirar a atenção em saúde mental do ambiente dos manicômios, reconhecendo os pacientes como sujeitos dignos de receber uma atenção baseada em direitos sociais (Silva, 2007).

No Brasil após 1964, período da Ditadura Militar a justificativa oficial para a presença dos Assistentes Sociais nessas instituições era mais voltada para o controle e manutenção do estado ditatorial, como Bisneto (2007, p. 22) aponta:

O Serviço Social foi convocado pelo estado ditatorial para desempenhar um papel crucial na implementação de políticas sociais no campo da Saúde Mental, reforçando, assim, sua histórica contradição de ser demandado pelas elites para atender aos 'necessitados'.

O contexto político e econômico do país, juntamente com os movimentos populares e militares, impulsionaram o Serviço Social em direção a uma nova forma de atuação. Entretanto, nem toda a categoria profissional estava disposta a seguir por esse novo caminho. A prática do Serviço Social ainda estava marcada pela alienação e sofria com a opressão do golpe militar, assim como toda a sociedade (Silva, 2007).

A partir desse questionamento sobre a natureza da profissão, emergiu o Movimento de Reconceituação (MR) do Serviço Social na América Latina, em 1965. Esse movimento visava revisar e criticar as práticas existentes, com pretensões de romper o metodologismo e a dicotomia entre teoria e prática (Macedo, 1986).

Segundo a autora, durante esse período, eventos políticos relevantes para a profissão foram realizados, nos quais foram debatidos os rumos a serem tomados. Uma das principais preocupações era a dependência do Serviço Social brasileiro em relação às teorias e práticas dos países norte-americanos e europeus, que enfatizavam uma abordagem individual e comunitária/grupal, seguindo o modelo de intervenção: diagnóstico/tratamento/avaliação.

Os anos 1960 foram cruciais para uma nova orientação na prática profissional, questionando as abordagens conservadoras dos assistentes sociais. No entanto, com a ditadura militar, os líderes desse movimento foram impedidos de disseminar suas ideias democráticas, restringindo a organização da classe trabalhadora e dos profissionais que buscavam alterar o rumo da profissão, devido à repressão e controle do Estado (Netto, 1996).

Para Bisneto (2007), a consolidação da atuação dos Assistentes Sociais, no campo da saúde mental, teve início na década de 1970, marcada pela exigência do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de equipes multiprofissionais em suas instituições, incluindo a presença do Assistente Social.

Nesse contexto, os Assistentes Sociais passaram a fazer parte dessas equipes multiprofissionais. Entretanto, é importante notar que a integração do Assistente Social nas instituições psiquiátricas tinha inicialmente um propósito diferente, não relacionado à saúde mental, mas sim focado em lidar com questões ligadas à pobreza.

Entre os anos de 1965 e 1975 o Serviço Social estava passando pelo Movimento de Reconceituação. Para Iamamoto (2015, p.267), este movimento significou para o Serviço Social:

[...] um marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente [...]. Dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ideológicos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi.

Bisneto (2007) observa que o Movimento de Reconceituação não explorou profundamente a temática da Saúde Mental. Isso se deveu à ênfase na análise das relações sociais sob uma perspectiva marxista e ao estudo do processo de contradição na sociedade capitalista, negligenciando, assim, as principais ramificações desse sistema para a saúde mental.

No campo da saúde mental, em meados de 1978, surgiu um movimento de grande importância reconfigurando os movimentos sociais após um longo período de repressão durante o regime ditatorial. Esse movimento, conhecido como o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, desempenhou um papel fundamental na preparação do terreno para o que posteriormente se tornaria o Movimento da Reforma Psiquiátrica, como descrito no tópico anterior (Paes, 2017).

Na década de 1980, o Serviço Social propunha uma ampliação das principais propostas de renovação profissional, consolidando assim o projeto de ruptura. A partir das novas bases teóricas da profissão, a categoria buscou fontes clássicas da teoria social a fim de situar-se. Em um momento caracterizado por intensas mobilizações públicas e atividade política na sociedade brasileira, emergiu um espaço para o protagonismo do Serviço Social, que destacou "[...] o tom de sua

produção intelectual (...) evidenciando seu potencial criativo, instigante e, acima de tudo, produtivo" (Netto, 1996, p. 267).

Além da formação em Serviço Social, com suas revisões curriculares, assistentes sociais estavam atentos às mudanças no cenário laboral e seus impactos na sociedade, com a responsabilidade fundamental de "[...] observar atentamente o mundo contemporâneo para compreendê-lo e contribuir para sua transformação" (Iamamoto, 1998, p. 19).

Conforme a profissão reafirmava seu compromisso com a classe trabalhadora e sua postura diante da realidade social, distanciava-se de sua associação com a ordem burguesa, ou seja, com a classe dominante que mantinha as estruturas sociais existentes. Esse posicionamento derivava do Movimento de Reconceituação que advogava por uma revisão crítica da abordagem positivista de atuação.

De acordo com Fraga (2010), o Assistente Social intervém na realidade social dos indivíduos em resposta às demandas, constituindo-se como expressões da "Questão Social", como exclusão social, pobreza, analfabetismo, desemprego e busca contribuir para a redução das desigualdades sociais e das injustiças sociais, promovendo uma sociedade mais justa e equitativa

Essa mudança paradigmática também se fez presente no Código de Ética dos assistentes sociais de 1986. O desenvolvimento intelectual se concretizou com a participação da categoria na busca pela democratização da vida social, tanto no âmbito estatal quanto na sociedade em geral (Barroco, 2003).

O mais recente e vigente Código de Ética, publicado em 1993, surgiu em resposta a demandas provenientes das universidades e de amplos fóruns de discussão e representatividade da categoria profissional. Nele estão delineados os princípios e valores que caracterizam o posicionamento da profissão. Este código explicita uma identidade profissional associada a um projeto de sociedade mais justa e democrática. O respeito aos usuários é afirmado através do compromisso e da responsabilidade dos profissionais com a excelência de

seus serviços, garantindo-lhes igualdade de acesso aos recursos e serviços disponíveis (Martinelli, 2006).

A mudança paradigmática também se reflete na Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão do/a assistente social, e que explicita as competências do profissional de Serviço Social, dentre as quais:

II. elaborar, coordenar e executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III. encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população; VIII. prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo" (ou seja, relacionadas ao âmbito de atuação do Serviço Social); XI. realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefício e serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas privadas e outras entidades " (Brasil, 1993).

E no Art. 5, definem-se as atribuições privativas do assistente social voltadas a “coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; realizar vistorias, perícias, técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; entre outras” (Brasil, 1993).

O trabalho do assistente social está intimamente envolvido no processo de formulação, implementação de políticas, programas e projetos e acompanhamento de ações que promovem a saúde, levando em consideração os determinantes presentes no processo de saúde/doença e ainda, o objeto da profissão que é a “Questão Social” em suas expressões apreendidas no cotidiano da prática profissional, que envolve os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que impactam a saúde das pessoas (Bradow, Dravanz, 2010).

Por meio das bases teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, o assistente social possui as ferramentas necessárias para construir, propor e articular com diversos espaços de atendimento ao usuário. Além disso, por meio de ações que buscam aprimorar os serviços, há o estímulo da participação e autonomia dos usuários (Bredow, Dravanz, 2010).

Essas bases são recursos essenciais utilizados pelo assistente social para exercer suas atribuições e competências, pois contribuem para uma compreensão mais profunda da realidade e direcionam a ação, ao mesmo tempo em que são moldadas por ela. Portanto, além das habilidades práticas, é fundamental que o assistente social possua um embasamento teórico sólido, que o capacite a interpretar a realidade social e a direcionar suas intervenções de maneira adequada (Iamamoto, 2000).

Para que o exercício profissional se realize, é crucial manter uma conexão entre a prática e a teoria, pois ambas estão intrinsecamente ligadas, formando uma unidade. Conforme Iamamoto (2000), a prática sucede teoria, e esta última é desenvolvida a partir de uma sucessão de abordagens aos fenômenos, buscando compreender suas múltiplas determinações. Esse processo só é viável ao se considerar a universalidade, a singularidade e a particularidade presentes no campo de atuação do assistente social.

O Serviço Social tem dentre seus objetivos proporcionar aos usuários a conquista da autonomia, por meio do exercício do empoderamento que busca incentivar a participação e a ocupação dos usuários e seus familiares nos espaços disponíveis, além de conquistar novos espaços. O Serviço Social desempenha um papel fundamental nesse processo, utilizando mecanismos que garantam a socialização da informação aos usuários (Bredow, Dravanz, 2010).

As mudanças ocorridas ao longo do tempo na percepção da "loucura" e do sofrimento psíquico, e no paradigma no campo da saúde mental, juntamente com as crescentes demandas sociais dos indivíduos, evidenciaram a limitação de uma abordagem exclusivamente centrada na psicologia e na psiquiatria. Essa evolução ressaltou a necessidade de intervenções mais abrangentes, que considerem também aspectos sociais, culturais e econômicos e na prestação de assistência aos usuários (Vasconcelos, 2000).

A compreensão da trajetória histórica do Serviço Social, especialmente no contexto da saúde mental, é essencial para entender sua relação com as dinâmicas sociais e a construção de sua imagem na sociedade, desde o início até os dias atuais. Esse processo se legitima à medida que a profissão consolida

suas crenças, define suas práticas e mantém uma postura clara diante das demandas da saúde mental, com ênfase na garantia dos direitos universais (Bravo, 2006).

Questionar e analisar o campo da saúde mental representa um desafio constante para os profissionais de Serviço Social. Isso implica em ser capaz de enxergar a perspectiva da realidade social e mediar aquilo que é mais significativo, permitindo uma compreensão mais profunda do significado social dessa profissão na sociedade.

No próximo tópico, discutiremos o processo de trabalho do assistente social no CAPS, abordando o objeto de trabalho, as atribuições, competências e demandas. Exploraremos também as atividades desenvolvidas, os meios e instrumentos utilizados nesse processo pautados na ética profissional, seguido dos produtos gerados pelo trabalho do assistente social e desafios enfrentados, no trabalho em equipe no contexto do CAPS.

### 3.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS

O trabalho do assistente social nos CAPS, assim como em outros cenários voltados para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, é crucial. Esse profissional desempenha um papel chave na facilitação do acesso aos direitos sociais previstos em lei, assegurando que a população beneficiada pelas políticas de Saúde Mental possa exercê-los plenamente (Rohem, 2021).

Desta forma e, em consonância com a Lei de Regulamentação da Profissão, é necessário que o(a) profissional desempenhe as competências gerais a partir da compreensão do contexto sócio-histórico em que sua intervenção se insere. Para tanto, deve realizar:

Apreensão crítica do processo histórico como totalidade; Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; Apreensão das demandas (...)postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potenciem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado (CFESS, 1996, p. 7).

Além disso, cabe ao assistente social refletir sobre o papel do usuário no contexto social, levando-o a conhecer seus direitos como pessoa e desmistificando-o como simples usuário. Os profissionais precisam conhecer a realidade da população, buscando assim promover uma discussão coletiva sobre os danos causados pelos transtornos mentais na vida das pessoas e em seu meio social (Custodio, 2019).

O assistente social por meio da competência de “encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população” (Brasil, 1993) realiza atendimento individual, utilizando uma escuta qualificada.

De acordo com Pinto (2020), que trata do trabalho do assistente social no CAPS infanto-juvenil dependendo da demanda identificada, a intervenção pode resultar em orientação, explicação, esclarecimento, solicitação de visita domiciliar ou institucional, ou encaminhamento para um serviço capaz de atender a necessidade do usuário, esse processo envolve a articulação em rede entre diferentes setores.

Neste contexto, alinhado à Política Nacional de Saúde Mental, o foco é promover a reintegração social de indivíduos com transtornos mentais, atuando nos fatores sociais que podem desencadear crises ou recidivas e afetam as interações entre CAPS, usuários e suas famílias. Este esforço é orientado pelos princípios de justiça social, democracia, cidadania e combate ao estigma, visando mitigar o impacto das expressões da questão social na vida dos usuários e de seus familiares (Rohem, 2021).

A compreensão histórica predominante do Serviço Social destaca os desafios enfrentados pelo Assistente Social diante das múltiplas expressões da Questão Social, especialmente no campo da Saúde Mental. Nesse contexto, o Assistente Social trabalha na reabilitação dos usuários, a maioria dos quais encontra-se em situação de extrema vulnerabilidade social, com moradias precárias, falta de saneamento básico, enfrentando a fome e com pouco conhecimento sobre os programas e benefícios disponíveis, além do difícil acesso a medicamentos fornecidos pelo SUS (Appel, 2017).

Para Custodio, (2019) a atuação do Assistente Social no CAPS AD é um elemento distintivo, pois permite que o profissional se envolva de perto com as múltiplas expressões da questão social apresentadas pelos usuários desses serviços. Ele trabalha para promover a autonomia desses indivíduos, mesmo diante de uma sociedade muitas vezes conservadora, que reluta em aceitar os avanços propostos pela saúde mental e pela redução de danos.

Bisneto (2007) destaca que o assistente social possui como objetivos de trabalho dentro do CAPS o atendimento social à população usuária dessas instituições. Isso envolve lidar com questões que são próprias do assistente social, tais como relações familiares, pobreza em que muitos vivem, exclusão social, entre outras. Além disso, outro objetivo é inserir esses pacientes novamente na sociedade ou no âmbito familiar.

O foco de sua atuação está voltado para os usuários e suas famílias, com o objetivo de facilitar a reinserção social. Nesse contexto, eles desempenham um papel crucial no apoio, planejamento e implementação do projeto terapêutico singular do usuário para o tratamento de pessoas com transtornos mentais (Mota, Rodrigues, 2016).

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009), o objetivo da atuação do assistente social junto aos usuários é promover uma significativa melhoria na qualidade de vida. Isso envolve facilitar o dia a dia dos indivíduos afetados, minimizando os impactos dos transtornos em todas as dimensões da vida — biológica, psicológica e social.

Com base nos estudos de Soares (2020), um CAPS AD, é possível afirmar que os assistentes sociais têm ganhado reconhecimento na área de saúde mental devido ao seu trabalho diferenciado, que envolve o atendimento direto aos familiares por meio de trabalhos em grupo e visitas domiciliares, entre outras abordagens. Essa atuação privilegia o profissional por ser capaz de abordar as expressões da “Questão Social” subjacentes aos transtornos mentais, sem deixar de considerar as dimensões biológica e psíquica.

O atendimento direto ao usuário é destacado como um dos eixos de trabalho do assistente social na saúde, conforme descrito nos Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2009). Esse atendimento ocorre em diversos locais dentro da estrutura da rede de serviços de saúde brasileira, que inclui postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, além de hospitais gerais, de emergência e especializados, como os hospitais universitários. Importante ressaltar que essas unidades funcionam independentemente da esfera administrativa à qual pertencem, seja federal, estadual ou municipal.

Cabe destacar que o atendimento direto ao usuário é desenvolvido por meio de ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas. Essas ações não acontecem de forma isolada do processo coletivo de trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (CFESS, 2009)

O assistente social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Portanto, a atuação profissional deve ser realizada em uma proposta que se dispõem do enfrentamento das expressões da questão social.

A adoção da integralidade do atendimento tem um impacto direto na maneira como o usuário é atendido, na forma como ele recebe atenção e esse princípio deve ser aplicado não apenas na área da saúde, mas de maneira abrangente em todas as políticas sociais, programas e serviços, prioritariamente (Bredow, Dravanz, 2010).

De acordo com Pinto (2020) os assistentes sociais realizam diversas atividades e ações, tais como atividades comunitárias, campanhas socioeducativas e cadastramento socioeconômico e psicossocial para garantir o acesso dos usuários a diferentes direitos.

Segundo Pereira (2011), entre as diversas atividades realizadas pelos assistentes sociais nos CAPS, a articulação com a rede de serviços é destacada como um aspecto central de seu cotidiano. Essa ação desempenha um papel

fundamental na resolução de diversas demandas, prestar orientação social aos usuários para a obtenção de documentos civis, benefícios assistenciais e previdenciários, encaminhamento para abrigos, assistência na busca por moradia e ações dentro do território.

Além das atividades mencionadas, a Assistente Social também assume o papel de Técnico de Referência (TR), o qual envolve tarefas como agendar consultas médicas quando necessário, participar de discussões sobre casos de usuários em reuniões técnicas, atividades desenvolvidas em trabalho em equipe, fornecer orientações sobre benefícios sociais para usuários e seus familiares, uma competência e ação profissional, e integrar usuários em grupos terapêuticos e atividades externas na comunidade (Pinto, 2020).

A afirmação da autora sobre o agendamento de consultas apresenta uma contradição em relação às atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social. Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009), tanto na área da saúde quanto em outros contextos sociais e ocupacionais, o agendamento de consultas não está entre as competências e atribuições dos assistentes sociais.

No campo da saúde mental, o assistente social tem se dedicado à integração em equipes multiprofissionais, promovendo práticas interdisciplinares e trabalhando em conjunto para enfrentar as expressões da questão social. Mantendo sempre em foco a particularidade do exercício profissional do assistente social (Pinto, 2020).

Outro aspecto identificado por Appel (2017) na relação entre o trabalho do assistente social e o trabalho interdisciplinar é a preservação da autonomia e identidade profissional, sem negar a interdisciplinaridade. A autora, no entanto, afirma que irá ter casos da historicidade de vida do usuário que é de caráter sigiloso, onde vem acarretar risco social para o mesmo e não deve ser compartilhado com a equipe multiprofissional.

O profissional pode atuar como um primeiro ponto de contato para aqueles que buscam orientação em questões de saúde mental, utilizando o acolhimento e a

escuta qualificada como instrumentos para compreender suas necessidades e demandas. Trabalhando em conjunto com outros profissionais de saúde mental, o assistente social pode contribuir para a avaliação e diagnóstico social das pessoas atendidas, levando em consideração fatores como o contexto familiar, social e econômico em que vivem (Appel, 2017).

O instrumento de trabalho do Assistente Social são os meios utilizados durante o exercício profissional. Segundo Iamamoto (2000), frequentemente, temos uma visão restrita dos instrumentos de trabalho do assistente social, limitando-os a um conjunto de técnicas como entrevistas, reuniões, plantões e encaminhamentos. No entanto, essa questão é mais complexa do que aparenta.

Para o assistente social ter capacidade de compreender a totalidade do seu objeto de intervenção é necessário que ele tenha uma bagagem teórico-metodológica e a competência técnico-operativa. Esse conhecimento permite ao assistente social definir quais instrumentos serão utilizados no processo de intervenção. Essa é a capacidade que se designa a instrumentalidade (Iamamoto, 2000).

Montalvão (2017) em sua pesquisa desenvolvida com assistente social no CAPS AD III identificou diferentes instrumentos técnico-operativos utilizados no cotidiano profissional: visitas domiciliares, relatórios e fichas de acolhimento.

O assistente social, na visão de Pinto (2020), no CAPS infanto-juvenil utiliza seus instrumentos profissionais, como acolhimento, estudo social, elaboração de relatórios e pareceres sociais, especialmente quando solicitados pelo sistema judiciário. Além disso, notificam ocorrências de situações de vulnerabilidade e risco social, buscando superar desigualdades sociais e de saúde e articulação intersetorial com a RAPS e Rede Socioassistencial.

Todos os profissionais da equipe realizam a escuta qualificada, considerada uma ferramenta essencial para garantir que o usuário seja atendido na perspectiva de cuidado integral. Segundo Raimundo e Cadete (2012) por meio da escuta qualificada é possível construir vínculos, promover relações de acolhimento e

respeitar a diversidade e singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo da formação profissional do Assistente Social são parte do acervo de seus meios de trabalho (Iamamoto, 2000).

Para Bredow e Dravanz (2010), os produtos de intervenção do assistente social na saúde mental são variados, e incluem, por exemplo, o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, a garantia do acesso a medicamentos e tratamentos, a redução do estigma em relação aos transtornos mentais, a promoção da autonomia e da cidadania dos usuários, o empoderamento das famílias e a ampliação da participação social.

Montalvão (2017) afirma que no trabalho com as famílias são realizadas ações direcionadas aos familiares dos usuários, com o objetivo de favorecer e potencializar as relações familiares. Nessa abordagem, é fundamental compreender o familiar como um parceiro singular e essencial para o tratamento do usuário.

Embora esse tipo de trabalho não seja atribuição exclusiva do Serviço Social, nem mesmo como objeto de estudo, é seguro afirmar que entre as categorias profissionais típicas da equipe de saúde mental, é esta profissão quem tem o maior lastro de conhecimento e trato nessa área. Dessa forma, é urgente que se promova um tensionamento no cotidiano dos serviços acerca do conceito de família (Robaina, 2010, p. 346).

Reis (2016) destaca a importância de aproximar a família no contexto terapêutico, ou seja, da perspectiva do cuidado em saúde mental, tendo como uma das estratégias a participação na construção do PTS.

A autora enfatiza que o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas e vivenciais articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo, resultante da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, emerge como uma das ferramentas mais eficazes do cuidado, ressaltando que o sucesso terapêutico está intrinsecamente ligado à participação e adesão da rede familiar e de apoio. Para a eficácia do tratamento, é fundamental que tanto o usuário quanto a família estejam engajados no processo terapêutico.

Espera-se que os Assistentes Sociais mantenham uma postura profissional marcada pelo compromisso ético e político com os princípios democráticos que guiam a profissão. Portanto, independentemente do ambiente de trabalho, seja na Saúde Mental ou em qualquer outro contexto, é crucial que o trabalho do Assistente Social esteja respaldado pelo Código de Ética e pelas leis que regulamentam a profissão. (Pinto, 2020).

É imperativo que o assistente social siga os princípios estabelecidos no Código de Ética, uma vez que frequentemente se depara com situações em que deve decidir entre manter o sigilo ou não. Conforme Montalvão, no contexto do CAPS AD III é crucial manter o sigilo em relação ao usuário, exceto quando há risco de vida para ele ou para terceiros. O artigo 18 do Código de Ética trata dessas questões, estabelecendo que: “A quebra do sigilo só é admissível quando se tratar de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade”.

Montalvão (2017) afirma que os profissionais enfrentam limitações em sua atuação, uma vez que têm o Estado como empregador e, que por vezes recai a exigência em responder às demandas institucionais sendo essas, interesses do Estado. Isso se deve à perspectiva neoliberal que, nas últimas décadas, tem desmaterializado as políticas públicas, tornando-as cada vez mais focalizadas, descentralizadas e privatizadas.

Essa dinâmica de se enfrentar limitações na atuação do assistente social tem impacto direto no exercício profissional do assistente social. Cabe ao profissional de Serviço Social lidar com essa realidade e criar estratégias para atender às necessidades e demandas dos usuários do CAPS dentro da lógica capitalista (Montalvão, 2017).

Os profissionais de Serviço Social encontram desafios para a plena realização de seu trabalho. O assistente social se depara com uma realidade cada vez mais complexa e difícil de enfrentar, especialmente no que diz respeito às condições de trabalho (Montalvão, 2017) e de acordo com o Código de Ética<sup>4</sup> é direito do/a

---

<sup>4</sup> Código de Ética, Resolução nº 393/1993, em seu artigo 7 estabelece os direitos na relação com as instituições empregadoras e outras.

assistente social “dispor de condições de trabalho condignas, tanto em entidades públicas quanto privadas, a fim de garantir a qualidade da prática profissional”.

Considerando que o Assistente Social enfrenta diariamente limitações ao lidar com os desafios decorrentes das expressões da questão social ele se esforça para ser um profissional proativo, indo além de ser simplesmente um executor técnico de tarefas predefinidas, sem reflexão, e de natureza pontual (Cfess, 2009).

De acordo com Robaina (2010) no campo da atenção psicossocial, surgem desafios. Entre eles estão: o trabalho com as famílias, que requer a promoção de reflexões sobre o conceito de família no cotidiano dos serviços; a atuação no território, possibilitando a articulação com lideranças e equipamentos comunitários; a promoção da geração de renda e trabalho nos serviços, por meio de discussões sobre as relações de trabalho, o valor de uso e de troca dos produtos das oficinas; a participação do assistente social no Controle Social, através de sua presença em Assembleias, Conselhos e Conferências; e a garantia do acesso aos direitos sociais.

Na perspectiva de Ceolin (2014), os desafios enfrentados pelo profissional, são: a precarização do trabalho e o desemprego estrutural como elementos que configuram o modelo de acumulação flexível. Estes fatores impactam as relações sociais e influenciam diretamente na gestão da força de trabalho, bem como no planejamento e execução das políticas sociais. É evidente que as condições e relações laborais dos assistentes sociais refletem a fragilidade do mercado de trabalho. Nesse sentido, é crucial refletir sobre a carência de recursos e o déficit de incentivos profissionais provenientes das esferas municipal, estadual e federal.

O "empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivo à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças" (CFESS, 1993) é, sem dúvida, um desafio e um objetivo fundamental para o profissional de Serviço Social atuante na saúde mental.

O assistente social desempenha um papel essencial nos CAPS, contribuindo significativamente para a construção e implementação de políticas públicas direcionadas à saúde mental. Sua atuação envolve o contato direto com os usuários, defendendo seus direitos e promovendo a democratização do acesso aos serviços de saúde mental. Além disso, ele trabalha para aprimorar a qualidade do atendimento prestado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A política de saúde no Brasil foi historicamente construída a partir do movimento da Reforma Sanitária e lançou as bases para a criação do SUS. Esse movimento foi essencial para consolidar um sistema de saúde pública mais inclusivo e abrangente. Paralelamente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe elementos fundamentais para a construção da política de saúde mental.

A política de saúde mental no Brasil passou por uma reforma significativa com a Reforma Psiquiátrica, que destacou a responsabilidade do Estado no desenvolvimento dessa política. Desde a década de 1970, a Reforma tem exigido a formação de profissionais críticos e técnicos, engajados em práticas transformadoras.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi impulsionada por trabalhadores de saúde que enfrentavam condições precárias e exigiam mudanças nos modelos de atenção e gestão. O movimento destacou os maus-tratos em hospitais públicos e privados e surgiu em um período de valorização dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A transformação do cenário da saúde mental só ocorreu com a emergência desses movimentos e a redemocratização do país, com diversos atores sociais exigindo garantias de direitos do Estado.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe elementos fundamentais para a construção da política de saúde mental. A Lei nº 10.216/2001 representou um marco na proteção e defesa dos direitos humanos, ao consolidar um modelo humanizado de atenção à saúde mental, com foco na reabilitação psicossocial e na reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico ou com dependência química.

A Política de Saúde Mental se expandiu com a criação de redes territoriais como a RAPS, visando uma assistência mais acessível e eficaz cujo objetivo é oferecer um cuidado integral e contínuo à população brasileira, criando e articulando pontos de atenção para pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de substâncias.

Essa rede promove a integração entre serviços, combate a fragmentação do atendimento e apoia uma abordagem humanizada e centrada nas necessidades dos indivíduos, respeitando direitos humanos e combatendo estigmas, e está estruturada com unidades básicas, CAPS, serviços hospitalares, residências terapêuticas e outras modalidades, viabilizando um suporte integral e acessível à saúde mental no Brasil.

Os CAPS são unidades com abordagem comunitária, focadas no atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aqueles que fazem uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas. Eles operam de maneira interdisciplinar, promovendo o tratamento, reabilitação e reintegração social dos usuários.

O assistente social desempenha um papel crucial ao conciliar as demandas de saúde da comunidade com os princípios e orientações do SUS e ao estabelecer vínculos com a rede socioassistencial. Seu propósito fundamental é assegurar que as necessidades de saúde dos usuários sejam atendidas de maneira abrangente.

O envolvimento do assistente social na área de saúde mental remonta à criação da Seguridade Social no Brasil. No entanto, durante a década de 1960, quando o sistema ainda estava em desenvolvimento, a atuação profissional era predominantemente centrada em hospitais psiquiátricos, onde mediava as complexidades sociais inerentes ao sistema capitalista.

Para exercer uma prática crítica e propositiva, o Assistente Social deve compreender a lógica do trabalho interdisciplinar sem perder de vista as diretrizes da profissão. É essencial analisar os determinantes e a lógica institucional dos serviços substitutivos, evitar práticas burocráticas e rotineiras, e

atualizar o entendimento de conceitos fundamentais da Reforma Psiquiátrica, como clínica ampliada e reabilitação psicossocial.

Entende-se que o trabalho do assistente social na saúde mental é relevante por diversas razões. O Serviço Social é uma profissão que tem como objetivo viabilizar os direitos das pessoas e promover a qualidade de vida, em especial daquelas em situação de vulnerabilidade social.

Seu papel também abrange a defesa dos direitos dos usuários que perpassa pela promoção de Políticas Públicas inclusivas e a sensibilização da sociedade para a importância da saúde mental, contribuindo para a desinstitucionalização e a construção de redes de apoio sólidas e eficazes. Sua atuação é guiada por uma compreensão do contexto sócio-histórico e pelas competências previstas na Lei de Regulamentação da Profissão, que incluem a análise crítica do processo histórico e a formulação de respostas profissionais que enfrentem a questão social.

O trabalho do assistente social envolve a orientação e o atendimento individual com uma escuta qualificada, podendo resultar em ações socioassistenciais e socioeducativas, por meio de visitas domiciliares, encaminhamentos para serviços necessários e a articulação em rede entre diferentes setores. No CAPS, o foco é mitigar o impacto dos transtornos mentais nas vidas dos usuários e de suas famílias, promovendo justiça social, democracia, cidadania e combatendo o estigma.

O trabalho em saúde mental requer a integração em equipes multiprofissionais e a construção da autonomia e identidade profissional, utilizando instrumentos como acolhimento, estudo social e elaboração de relatórios. A escuta qualificada é uma ferramenta essencial para promover vínculos e respeitar a diversidade dos usuários. O assistente social utiliza seu conhecimento teórico-metodológico para definir os instrumentos de intervenção mais adequados.

As ações do assistente social na saúde mental devem fortalecer a rede de atenção psicossocial, contribuir para a redução do estigma, promover a autonomia dos usuários e empoderar as famílias. A atuação com as famílias é

fundamental para potencializar as relações familiares e favorecer a participação no tratamento dos usuários.

O compromisso ético e político é essencial para o trabalho do assistente social no CAPS, onde enfrenta inúmeros desafios ao lidar com as expressões da questão social.

Nesse contexto, a Saúde Mental emerge como uma área de desafios complexos e multifacetados, envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que afetam tanto o acesso aos serviços quanto o atendimento oferecido. Diante da complexidade das demandas dos usuários, que frequentemente vivem em situação de vulnerabilidade social, econômica, exclusão e estigmatização, o profissional deve ser proativo e reflexivo, superando as dificuldades para atender às demandas dos usuários.

Falar sobre saúde mental é importante e necessário para viabilizar o acesso aos direitos, como alimentação adequada, lazer, trabalho, moradia, entre outros direitos. Além de ser importante reconhecer que a saúde mental não se limita apenas à ausência de doenças, mas sim compreender à saúde como um conjunto de fatores.

O assistente social desempenha um papel na eliminação de preconceitos e na promoção da diversidade e da participação, contribuindo para a construção e implementação de políticas públicas de saúde mental.

Concluimos que a atuação do assistente social no CAPS se baseia nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na defesa do acesso à saúde dos usuários, com uma perspectiva de defesa do Sistema Único de Saúde universal e integral. No entanto, nota-se uma intensificação do trabalho, consequência das abordagens neoliberais, privatização e focalização das políticas sociais e econômicas, o que impacta diretamente as ações do assistente social.

Para avançarmos na promoção da saúde mental e na efetividade das políticas públicas, é crucial direcionarmos nossos esforços para áreas-chave de pesquisa. A avaliação dos resultados e impactos das políticas de saúde mental é fundamental para entendermos o alcance das intervenções e identificarmos

oportunidades de melhoria, especialmente no que diz respeito à inclusão social, autonomia dos usuários e qualidade de vida.

De forma concomitante, o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, com foco em grupos vulneráveis e situações de crise, é essencial para reduzir os índices de morbidade e promover o bem-estar da população.

Por fim, um estudo comparativo das políticas de saúde mental em diferentes contextos regionais e países nos permitirá identificar melhores práticas e desafios comuns, oferecendo “insights” valiosos para aprimorarmos os sistemas de saúde mental em escala global. Estas áreas de pesquisa são cruciais para garantir que as políticas e práticas em saúde mental sejam baseadas em evidências, inclusivas e eficazes, visando o bem-estar de todos os usuários, seus familiares e da comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Cynthia Stuart; SILVA, Adriana Alves da; SILVA, Fabrício Rodrigues da; ALVES, Myrlla de Oliveira. **Educação, subjetividade e saúde mental na realidade brasileira**. Editora Eduece. Coleção Educação, Políticas sociais e Serviço Social, 2021, 1ª Edição, Fortaleza. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2021/12/Ebook-Educa%C3%A7%C3%A3o-Subjetividade-e-sa%C3%BAde-mental-Vers%C3%A3oFinal.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 2021. Disponível em: <https://taymarillack.files.wordpress.com/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023

APPEL, Nicolle Montardo. **O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2017.

ARAÚJO, Luciene; GÓIS, Gilcélia Batista de; FREITAS, Gleidiane Almeida de; SOUSA, Mariana Gleicy de Oliveira Silva. **Serviço Social e Pesquisa Científica: uma relação vital para a formação profissional**. Revista Katálysis, Publicação 27 Fev 2020 Data do Fascículo Jan-Apr 2020.

BARBOSA, T. K. G. B. de M. **Saúde Mental e demandas para o Serviço Social**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Serviço Social – UFAL, Maceió, 2006.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 1 set. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro 1988 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. **Lei n. 8.080, 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de fevereiro de 1992**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 29 set. 2023.

Brasil. (2001). **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SUS: instrumentos de Gestão e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_instrumento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf)

BRASIL. Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília. 2004.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: **15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRAVO. M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete (e t. al). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006, p. 1-20. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm). Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 29 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS de todo o Brasil entre 2019 e 2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/sus-realizou-quase60-milhoes-de-atendimentos-psicossociais-nos-caps-de-todo-o-brasil-entre-2019-e-2021>. Acesso em: 29 set. 2023

BRAVO. M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro, 2006.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria, Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Revista Textos & Contextos**. v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010.

CARVALHO, Raúl de; IAMAMOTO

, Marilda. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

CEOLIN, G. F. **Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 118, p. 239-264, abr.-Jun./2014.

Conselho Federal de Serviço Social. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2009.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 62, Cortez, 2000.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. Disponível em:  
<https://www.ifch.unicamp.br/publicacoes/pf-publicacoes/espelho-mundo-compactado.pdf>

CUSTODIO, Ana Paula Assis. O programa de redução de danos do CAPS AD Dr. Ari Viana, de Campos dos Goytacazes e o serviço social. Brasília, 2019. Disponível em:  
<https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1700/1661>.  
Acesso em: 23 set. 2024

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo. Atlas, 1992.

FRAGA, Cristina Kologeski. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/4Ktm9MXBs6RhQPb4Wg7wgBD/abstract/?lang=pt>.

Fundação Oswaldo Cruz. (2024). **Cuidado sem amarras**. Revista Radiz. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/saude-mental-reportagem/cuidado-sem-amarras/>

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

HIRDES, A. (2009). **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), 297-305. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvL39Nf/?format=pdf&lang=pt>

HOCHMAN, G. (1998). **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec.

IAMAMOTO. M. V.; CARVALHO. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9ª. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO. Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

LEANDRO, França ; GIARDINI, Sheila Murta. **Psicol. ciênc. prof** ; 34(2): 318-329, abr.-jun. 2014. *Ilus.*

LIMA, S. M., & FRANCO, A. M. (2018). A importância da saúde mental para o Serviço Social: desafios e possibilidades. **Revista Saberes em Perspectiva**, 8(1), 32-42.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Ver. Katál. Florianópolis. 2007

MACEDO. Myrtes Aguiar de. **Reconceituação do Serviço Social: formulações diagnósticas**. São Paulo: Cortez, 1986.

MARTINELLI. M.L. **Identidade e Alienação**. Ed. Cortez, São Paulo, 1995.

MELO, M. da C. **Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. [S. l.], v. 4, n. 9, p. 84–95, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692>. Acesso em: 29 out. 2023.

MONTALVÃO, Beatriz Silva. O exercício profissional do assistente social no CAPS AD III. Brasília, DF, 2017.

MOTA, Mirella de Lucena; RODRIGUES, Cleide Maria Batista. **Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional**. Ser Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jun. 2016.

NETTO, J. P. (2011). **Introdução ao estudo do método em Marx**. São Paulo: Expressão Popular

NETTO. J.P **Transformações Societárias e o Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade n.50 - O Serviço Social no Século XXI. ano XVI. São Paulo. Cortez, 1996.

PAES, Santos Juliana. **Serviço Social e Saúde Mental: Desafios e possibilidades para o Assistente Social na política de Saúde Mental**, VII Jornada Internacional Políticas Públicas, 2017. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudentaldesafiosepossibilidadesparaoassistentesocialnapoliticadesau.pdf>. Acesso em: 29 set. 2023.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Revista The Lancet, Brasil, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>.

Paim, Jairnilson Silva, e Almeida-Filho, Naomar de. **Saúde coletiva: uma nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas?**. Revista de Saúde Pública, vol. 32, no. 4, 1998, pp. 299-316.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 29 set. 2023.

PATRIOTA, Maria Lucia. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Physis. **Revista Saúde Coletiva**. N. 17, v. 2, 2011.

PEREIRA, Jaira Alana Claro. **O Serviço Social na Saúde Mental: Um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da reforma psiquiátrica**. João pessoa, PB, 2011.

PINTO, Márcia Dias da Cunha. **A importância do trabalho do (da) assistente social no CAPS IJ/Ouro Preto**. Mariana, MG, 2020. Disponível em: i. Acesso em: 2 jun. 2024.

RAICHELIS, R. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010

RAIMUNDO, CADETE. **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde**, 2012. <https://www.scielo.br/j/ape/a/YPLV5KpkxXzdXg5pVTDQ8Pr/?format=pdf&lang=pt>

REIS, Sonia Maria da Silva. **Família e projeto terapêutico singular: mecanismos para a desconstrução de uma cultura manicomial**. In: 15º CBAS, 2016. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/334/332>>.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência-Coleção Universidade Aberta, 1999.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. **Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. Universidade Paulista Objetivo Universidade Estadual Paulista J. M. Filho - Assis-SP, 2004

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr.-jun./ 2010. <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/93KsjnBWthCBWJcd7fL57pP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abril 2024.

ROCHA, Antônia Adriana de Lima. O Assistente Social Na Saúde Mental: Espaços De Atuação. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 06, Ed. 03, Vol. 15, pp. 34-51. março de 2021.

ROHEM, Sarah de Souza. **O Modelo Assistencial CAPS e a Participação da Família**: uma análise do Serviço Social frente à proposta de reinserção social, Campos dos Goytacazes/RJ 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/22526/TFC%20Sarah%20-%20Pronto%20e%20revisado%20p%3%b3s%20banca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 set. 2023

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SABÓIA, Maria Laertina de. **Formação e treinamento da equipe psiquiátrica**: papel do assistente social. Debates Sociais. Rio de Janeiro: CBCISS, n. 22, 1976.

SCHWIDERSKI, Antônio Carlos. **Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Curitiba, 2012. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/03/reforma-psiquitrica.pdf>

SILVA, Maria Ozanira Silva. **O Serviço Social na Conjuntura Brasileira e Demandas e Respostas**. In. Revista Serviço Social e Sociedade. N.44, São Paulo, 2007.

SOARES, Amanda dal Piva. **Atuação profissional do serviço social no contexto das famílias atendidas pelo CAPS AD do município de Palhoça/SC**. Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/fd0eaab5-a6d7-4554-a148-4db20c77a99a>

Teixeira, L. A. **O SESP e as origens da intervenção americana na saúde pública brasileira**. Revista de Saúde Pública, 23, 62-75. São Paulo, 1989.

TRIVINÕS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa nas ciências sociais**: a pesquisa qualitativa na educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria A prática do Serviço Social: **cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

