

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS -GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PRÁTICA
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CEARÁ**

ROCEMILDA ALVES RAMOS

RECIFE-PE

2003

ROCEMILDA ALVES RAMOS

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL
DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anita Aline Albuquerque Costa

Recife-PE

2003

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
Mestrado em Serviço Social

Título: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PRÁTICA
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CEARÁ

Autora: ROCEMILDA ALVES RAMOS

Data da Defesa: 28 /02 /2003.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Anita Aline Albuquerque Costa
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Souza
Vieira
1 Examinadora

Prof.^a Dr.^a Lucia Cristina dos Santos
Rosa
2 Examinadora

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, a minha filha, aos meus sobrinhos, aos meus amigos, pela força e por acreditarem e me incentivarem na concretização de mais um sonho e na busca de continuar aprendendo, crescendo como ser humano. Com todos vocês, compartilhei momentos de tristezas, alegrias, incertezas e certezas. Agradeço a todos pela compreensão e pelo amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Divino por existir e permanecer sempre presente no meu caminho, iluminando-o e a cada dia renovar e fortalecer a minha fé.

A minha orientadora, Prof.a Dr.a Anita Aline, pela competência e pela relação de amizade e confiança, por estar sempre nos dizendo que somos capazes de crescer intelectualmente.

À Prof.a Dr.a Lúcia Rosa, que na grande parte de minha caminhada em busca do conhecimento me ajudou de forma amiga e também grande incentivadora. Que a sua grandeza intelectual e principalmente humana cada dia seja fortalecida. Obrigada por tudo.

À Prof.a Dr.a Maria Salete Bessa Jorge, que me incentivou e me apoiou nessa jornada. Obrigada pela ajuda intelectual que de forma firme e generosa iluminou o caminho da pesquisa.

Às Prof.as Sandra Melo, Ana Ivete e Silvia Correia, exemplos de humanidade, amizade e sabedoria.

Aos meus familiares - pais, irmãos, sobrinhos e a minha filha - que compartilharam de perto toda a angústia, dúvidas e incertezas. Vocês são a base de tudo em minha vida.

Aos profissionais informantes desse estudo que, com as reflexões compartilhadas, foram capazes de impulsionar esta pesquisa, facilitando meu acesso ao campo da investigação e contribuíram com as informações.

Clécia, Lídia, Milena, Inácia, Luciana, Efigênia, Welton e Irenice, amigos de todas as horas, obrigada por tudo.

À Prof.a Zelma Madeira, amiga e incentivadora, com quem compartilhei dúvidas e da qual recebi apoio decisivo.

À Prof.a Ângela Maria Alves e Sousa, cuja acolhida amiga propiciou-me a tranquilidade necessária para acreditar no meu potencial. Verdadeira lição de fraternidade ao próximo.

Aos meus colegas do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, que foram companheiros e amigos.

Aos colegas do Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social que, durante a caminhada, foram amigos de reflexões, compartilhando saberes.

À Universidade Estadual do Ceará, pelo incentivo e apoio na realização do Curso.

Às funcionárias (Conceição Frota e Jacilene) e os professores do Programa de Pós-Graduação – Mestrado, pelo meu crescimento pessoal e profissional.

“Mais do que máquinas, precisamos de humanidade, mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

No campo da Saúde Mental o assistente social vem historicamente registrando o seu lugar dentro da equipe técnica de saúde mental, compartilhando práticas e saberes. A relevância do estudo deve-se justamente à apreensão de conceitos produzidos no cotidiano para dar visibilidade da atuação e da contribuição do assistente social no interior dos serviços substitutivos, com destaque para os centros de atenção psicossocial – CAPS. Frente a isso, a pesquisa teve por objetivos: apreender as representações sociais do assistente social no exercício da sua prática profissional em equipe técnica de saúde mental nos centros de atenção psicossocial – CAPS no Ceará; identificar as representações sociais do assistente social em relação às ações compartilhadas com a equipe técnica de saúde mental, com interface na Reforma Psiquiátrica no Brasil; conhecer a identidade do assistente social a partir das representações sociais. O estudo encontra-se fundamentado na teoria das representações sociais, segundo Moscovici, com a utilização da técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (entrevista semi-estrutura). O campo da pesquisa constituiu-se dos Municípios de Fortaleza – Secretaria Executiva Regional CAPS III e IV, CAPS de Itapipoca e CAPS de Quixadá. Nos recortes das falas, percebe-se que existem representações elaboradas sobre autopercepção definidas como agente assistencial, como potencializador de mediações, como agente complementar/colaborador, como terapeuta e como agente político. Nos depoimentos dos outros profissionais, apreendem-se representações sobre a prática do assistente social que se configura como agente assistencial, potencializador de mediações, profissional da família, auxiliar complementar, dos direitos, da cidadania e da política, como terapeuta, agente educativo/socializador, da inserção social, do controle e agente multiplicador. Neste sentido, a representação social do assistente social é elaborada na construção da identidade contrastante entre o eu e os outros. Ao finalizar o estudo, outros aspectos importantes foram destacados na análise, os quais dizem respeito ao ser e ao fazer do assistente social no trabalho em equipe e à formação do assistente no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial, Representação Social.

ABSTRACT

The social worker, in the field of Mental Health, has been historically displaying his or her contribution within the mental health team, sharing both knowledge and practices as well. The importance of this study is the understanding of concepts generated in the daily life for a better comprehension of the acting and contribution of the social worker within substitutive services particularly in the Psychosocial Attention Centers (CAPS). Therefore, this research aimed for: to understand the social role of the social worker in his or her activities within a mental health team in the Psychosocial Attention Centers (CAPS) in the Brazilian State of Ceará; identifying the social role of the social worker while summing the efforts in a mental health team in the current psychiatric reform in Brazil; getting acquainted with the identity of the social worker through the the “Theory of Social Statements”. This study is based in the already mentioned “Theory of Social Statements”, according to Moscovici, using the techniques of analysis of the contents developed by Bardin (semi-structured interviews). The field study embodied the local cities of Fortaleza – administrative units of the Secretaria Executiva Regional CAPS III e IV, CAPS de Itapipoca e CAPS de Quixadá. In an exam of reported interviews can be noticed the existence of selfjudgement by the social workers themselves specifically as self perception defined as an welfare agent, as a booster intermediary, as a therapist and as a political agent. Over the declarations of other professionals, we realize comprehensions about the social worker practice that shapes as an welfare agent, booster intermediary, family care professional, auxiliary agent in matters as rights, citizenship and politics; as a therapist, educative/socializing agent. In this sense the social role of the social worker is built in the process of elaboration of a contrasting identity among the self and the others. At the end of this study, other important aspects were highlighted in the analysis concerning the activities and responsibilities of the social worker in the health team.

Key-words: Social Work; Mental Health; Psychosocial Attention Center; Theory of Social Statements.

CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	100
ANEXOS	105

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - CAPS por Município no Estado do Ceará, 2002	17
Quadro 02 - Serviços psiquiátricos existentes no Estado do Ceará, 2002	18
Quadro 03 - A imagem da prática do Assistente Social por outros profissionais	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	
A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS DEMANDAS	
POSTAS AO SERVIÇO SOCIAL	
	6
1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil	6
1.2 Da reforma psiquiátrica aos centros de atenção psicossocial no Ceará	13
1.3 O serviço social e as novas demandas na área da saúde mental	20
CAPÍTULO 2	
O OBJETO DE ESTUDO	
	30
2.1 Limite da questão	30
2.2 A teoria das representações sociais – eixo norteador	33
2.3 Procedimentos metodológicos	38
2.3.1 Natureza do estudo	38
2.3.2 Campo da pesquisa	39
2.3.3 Sujeitos da pesquisa	42
2.3.4 Coleta de dados	44
2.3.5 Tratamento dos dados	45
CAPÍTULO 3	
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRÁTICA PROFISSIONAL	
DO ASSISTENTE SOCIAL	
	48
3.1 O campo das representações sociais	49
3.1.1 Auto-representação - o assistente social representa sua prática	51
3.1.2 A imagem da prática do assistente social por outros profissionais	63
3.2 O ser e o fazer do assistente social no trabalho em equipe	92
3.3 A formação do assistente social no campo da saúde mental	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Faixa etária dos profissionais entrevistados nos CAPS do Estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2002	42
Tabela 02 -	Categoria profissional dos entrevistados. Fortaleza-CE, 2002	43
Tabela 03 -	Tempo de graduado em anos dos profissionais entrevistados nos centros de atenção psicossocial- CAPS do Estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2002	43
Tabela 04 -	Tempo de trabalho em Saúde Mental (anos) - Fortaleza-CE, 2002	43
Tabela 05 -	Formação dos profissionais entrevistados na área da Saúde Mental, CAPS. Fortaleza-CE, 2002	43

R175r Ramos, Rocemilda Alves

As representações sociais sobre a prática profissional do assistente social nos centros de atenção psicossocial no Ceará/Rocemilda Alves. ____ 2003.

114 p.

Orientadora: Professora Dra. Anita Aline Albuquerque Costa.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas.

1. Assistente social. 2. Representações sociais. 3. Saúde mental. 4. Centro de atenção psicossocial. 5. Ceará. I. Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas.

CDD: 361.30918131

INTRODUÇÃO

Tem-se observado que o contexto profissional do assistente social é amplo e multifacetado. Pode-se entender melhor a prática deste profissional, através das palavras de Gentilli (1998, p.43), "o Serviço Social como uma profissão reconhecida por toda sociedade e seus serviços requeridos sempre que há necessidade de se mobilizar pessoas, grupos e segmentos sociais numa ação social".

No campo de atuação com a saúde mental, o assistente social tem historicamente registrado o seu lugar dentro da equipe multiprofissional/interdisciplinar, compartilhando práticas e saberes. Segundo Severino (2000, p 20),

[...] a perspectiva interdisciplinar não opera uma eliminação das diferenças: tanto quanto na vida em geral, reconhece as diferenças e as especificidades, convive com elas, sabendo contudo que elas se reencontram e se complementam, contraditória e dialeticamente. O que de fato está em questão na postura de interdisciplinaridade, fundando-a, é o pressuposto epistemológico de acordo com o qual a verdade completa não ocorre numa Ciência isolada, mas ela só se constitui num processo de concorrência solidária de várias disciplinas.

O interesse pelo o estudo sobre a prática do assistente social em equipe de saúde mental nos centros de atenção psicossocial tem sua origem em questionamentos elaborados pela signatária durante sua experiência como aluna da graduação em Serviço Social, bem como na atividade de secretária do Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Estadual do Ceará -UECE. A vontade de um maior aprofundamento sobre essa temática motivou a elaborar a presente dissertação.

A junção entre as áreas de Saúde Mental e Serviço Social veio como uma grande investida de pesquisa, suscitando nos seguintes questionamentos: **Como se dá o cotidiano do profissional assistente social na equipe de saúde mental? Quais as possibilidades e limites de sua atuação como profissional dessa equipe?** Tais questionamentos impulsionaram à elaboração de um breve histórico do processo ocorrido nestas áreas nas últimas décadas.

No final da década de 1970, ocorre a Reforma Sanitária no Brasil, que uniu os diversos segmentos das áreas médicas, de pesquisa, sindicais, políticas e outras representações que atuam no contexto político do País. A Reforma teve como objetivo contestar as políticas de saúde vigente que funcionavam como forma de exclusão e marginalização econômica, política e social de amplos setores da sociedade.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o conceito de saúde, discutido e ampliado, foi concebido como:

... a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. [...] o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (ANAIS da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.383).

Portanto, a saúde não é um conceito abstrato, pois tem sentido mais abrangente. É definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

A política de saúde precisa ser compreendida como a expressão de uma política social, a qual abrange fatores culturais, ideológicos, políticos e históricos. A saúde faz parte de uma estratégia bem maior, de um conjunto de práticas institucionalizadas nos moldes de produção capitalista, resultante de todo um jogo social vinculado às transformações de natureza econômica, política e social da vida humana, entre outras.

Na área de Saúde Mental, entre os anos de 1978 a 1980, surge no Brasil o Movimento de Reforma Psiquiátrica, em contestação ao modelo assistencial que tem sua concentração no hospital psiquiátrico como instituição mais importante no tratamento às pessoas com transtornos mentais.

Dentro dessa reorganização e/ou mudança do paradigma da psiquiatria, é importante ressaltar o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que mostrava,

através de denúncias dos próprios trabalhadores, a ineficácia do tratamento asilar como forma de recuperação do doente mental.

A Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (1995) é considerada como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Dentro dessa nova proposta de Reforma Psiquiátrica no Brasil, surgem os mais variados serviços, destacados no hospital dia, nos núcleos de atenção psicossocial - NAPS e nos centros de atenção psicossocial - CAPS.

O primeiro CAPS brasileiro - Professor Luiz da Rocha Cerqueira, surge na cidade de São Paulo, em 1987. No Ceará, o primeiro CAPS é criado em novembro de 1991, na cidade de Iguatu (SANTOS, 1997). A partir daí, surgem mais 20 CAPS.

O entendimento do significado da prática profissional do assistente social nos CAPS, esse novo espaço para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, é como uma oportunidade para subsidiar o trabalho dos profissionais que atuam na área.

O campo de realização dessa pesquisa são os centros de atenção psicossocial - CAPS, determinados dentro da Reforma Psiquiátrica como espaços substitutivos aos modelos asilares.

Ao realizar o levantamento da literatura sobre a temática, percebeu-se que o conhecimento produzido da prática do assistente social no contexto dos centros de atenção psicossocial – CAPS é quase imperceptível, lacunar, e que necessita ser implementado para apreender aspectos que contribuam com a prática, fomentando estratégias que possibilitem ao usuário do campo da saúde mental uma assistência qualificada e interdisciplinar, pautada no conhecimento científico. Dessa forma, justifica-se a importância da investigação e as possibilidades de relevância, tais como:

A estrutura do estudo obedece, em linhas gerais, a seguinte disposição: Introdução; Capítulo 1 – A Reforma Psiquiátrica e as Novas Demandas Postas ao Serviço Social; Capítulo 2 – O Objeto de Estudo; Capítulo 3 – As Representações Sociais da Prática Profissional do Assistente Social; Considerações Finais, Referências e Anexos.

As Considerações Finais pretendem mostrar uma súpula dos pontos básicos desenvolvidos na pesquisa e lançar algumas sementes que possibilitem o entendimento da prática profissional do assistente social dentro dos serviços substitutivos no caso dos CAPS - Itapipoca, Quixadá e Fortaleza.

Constituíram objetivos da pesquisa:

❖ **Objetivo Geral**

Identificar e analisar os elementos a partir dos quais se constroem as representações sobre a prática do assistente social na área da Saúde Mental.

❖ **Objetivos Específicos**

- Aprender as representações sociais sobre o assistente social no exercício da sua prática em equipe de saúde mental nos centros de atenção psicossocial – CAPS;
- identificar as representações sociais do assistente social em relação às ações compartilhadas com a equipe de saúde mental, com interface na Reforma Psiquiátrica no Brasil;
- conhecer o pensamento social sobre a identidade da prática do Serviço Social na área de Saúde Mental.

CAPÍTULO 1

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS DEMANDAS POSTAS AO SERVIÇO SOCIAL

1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil

A assistência psiquiátrica brasileira, conforme modelo hospiciocêntrico/hospitalocêntrico implantado no século XIX, foi importada da experiência européia, principalmente francesa. Salienta-se que as circunstâncias históricas do Brasil eram distintas da realidade européia do século XVIII, quando o antigo asilo passa por uma transformação e é re-significado pela nascente Psiquiatria, no interior do projeto revolucionário burguês (ROSA, 2000).

As características do Brasil nessa época eram de uma sociedade colonial, rural e escravocrata, tendo o trabalho como algo negativo, indigno, “atividade dos negros” e uma economia agrário-exportadora fundada no comércio importador-exportador sob domínio da oligarquia rural. A figura do louco não chegava a incomodar.

Na Europa, entretanto, com a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil, as novas condições de trabalho criaram a necessidade de um “novo” homem, exigência que não podia ser satisfeita, por exemplo, pelos loucos. Deixadas à deriva, essas pessoas viriam, mais tarde, encher as cidades e perturbar a ordem. No Brasil, o doente mental entra em cena nas cidades, igualmente em um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas, muito depois, diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente discriminatória para a diferença (RESENDE, 1997).

Em meio a esse contexto a figura do louco entre nós, é assimilada à dos vagantes pelas ruas da cidade, de tal sorte que sua trajetória é a mesma, ou seja:

são recolhidos às Santas Casas de Misericórdia, [...] amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os, literalmente, à morte por maus tratos físicos, desnutrição, e doenças infecciosas (RESENDE, 1997: p.35).

Na época da República, três anos após a Abolição da Escravatura, a modernização dos asilos usou as senzalas vazias como espaço de acolhida e tutela aos doentes mentais. Portanto, de 1890 até os dias de hoje, desenrola-se a história mais consistente da psiquiatria brasileira, caracterizada em Resende (1997) como tutela, violência autoritária e exclusão social dos doentes mentais, considerados como improdutivos órfãos da razão.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece no final da década de 1970, dentro de um contexto político que envolve o fim da ditadura militar e do centralismo federativo, quando as palavras de ordem passam a ser democracia, ética e municipalismo, através do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento da Luta Anti-Manicomial (I ENCONTRO DE SAÚDE MENTAL DE SOBRAL/CEARÁ, 1998).

Vários movimentos influenciaram as políticas de Saúde Mental no Brasil, entre eles, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que foi determinante na construção de propostas de reforma do sistema assistencial, no qual se consolida o pensamento crítico em relação ao saber psiquiátrico.

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental fez sérias denúncias a respeito da precariedade das condições de trabalho, refletidas na assistência dispensada à população e de seu atrelamento às políticas de Saúde Mental (AMARANTE, 1995: p.192).

Em janeiro de 1979, nos dias 20 e 21, realizou-se, em São Paulo, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, para discutir os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, assim como a necessidade de uma organização que visasse a

maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de Saúde Mental (AMARANTE, 1995).

A participação dos trabalhadores no Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em serviços públicos estimulou a participação de setores democráticos da universidade. Isso foi o indicador de cooptação das lideranças e do projeto desse movimento pelo Estado, a partir do advento de co-gestão (AMARANTE, 1995).

No início de 1980, uma nova modalidade de convênio denominada de co-gestão foi estabelecida entre os Ministérios da Previdência Social (MPAS) e da Saúde, demarcando uma trajetória específica nas políticas públicas de saúde. O convênio previa a colaboração do MPAS no custeio, no planejamento e na avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde - MS. Nesse sentido, o MPAS deixou de comprar serviços do MS, nos moldes das clínicas privadas e passou a participar da administração global do projeto institucional da unidade co-gerida (AMARANTE, 1995). As principais metas da co-gestão foram: prestar atendimento universal; utilização de recursos humanos pelos dois ministérios; divisão dos recursos financeiros para manutenção dos hospitais pelos dois ministérios; desenvolvimento de ensino e pesquisa nos hospitais com financiamento do MS e através de convênios com entidades nacionais e internacionais. A relevância da co-gestão advém do fato de que esse processo torna-se um marco nas políticas públicas de saúde, e não apenas na saúde mental.

Em setembro de 1985, em Vitória, no Espírito Santo, aconteceu o Primeiro Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, com o tema oficial “Política para a Região Sudeste”. Sua realização decorreu da necessidade de repensar a assistência à Saúde Mental na Região, como consequência das modificações ocorridas no período posterior à co-gestão e ao Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, criado em 2/9/81 (Decreto 86.329). Essa iniciativa dos encontros foi reproduzida em outros estados e cidades (AMARANTE, 1995).

Nesses encontros, teve destaque inicialmente a imediata criação do seguro-desemprego, para impedir que a articulação entre a perícia médica do Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS) e o aparelho psiquiátrico continuasse funcionando como um mecanismo perverso e injusto de substituição de seguridade social.

Em 1986, aconteceu a 8a. Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, tendo caráter de consulta e participação popular, contando com representantes de vários setores da comunidade, resultado de um processo que envolveu milhares de pessoas em pré-conferências (estaduais e municipais) e em reuniões promovidas por diversas entidades e instituições da sociedade civil. Essa Conferência apresentou uma nova concepção de saúde, passando a ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, e permitiu a definição de alguns princípios básicos - como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização - que implicaram uma nova visão do Estado, como promotor de políticas de bem-estar social e uma nova visão de saúde como qualidade de vida (AMARANTE, 1995).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu no ano seguinte, no Rio de Janeiro, em desdobramento à 8.^a Conferência Nacional de Saúde, com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais, usuários e demais segmentos representativos da sociedade, em cujas recomendações se fizeram presentes: a) a orientação de que os trabalhadores de Saúde Mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com o intuito, não só de redirecionar as suas práticas, mas também de combater a “psiquiatrização” do social; b) a democratização das instituições e unidades de saúde, a necessidade de que a comunidade participe, tanto na elaboração como na implantação e na priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares, além da participação multiprofissional como oposição à tendência do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Em 1987 foi realizado o II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Minas Gerais, tendo como temas para discussão: “Saúde Mental na Rede Pública” e “Saúde Mental na Reforma Sanitária”. No documento final, ficam determinadas a não-expansão dos leitos manicomiais/hospitalares da Região, em coerência com a Reforma, além da implantação das Comissões Interinstitucionais de

Saúde Mental (CISM) no subsetor e de uma considerável expansão da rede básica e de ambulatorios (Idem).

Diante do exposto, pode-se concluir que a proposta de desinstitucionalização no Brasil teve início na década de 1980 e inseriu-se num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. Foi um período cheio de eventos e acontecimentos importantes, tais como a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, a criação do Primeiro Centro de Atenção Psicossocial de São Paulo, o Projeto Paulo Delgado e, por fim, a realização da 2.^a Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa trajetória pode ser identificada como uma ruptura à tradicional política de Saúde Mental, que deixa de ser restrita ao campo das transformações técnico-assistenciais (AMARANTE, 1995).

Nessa perspectiva, em 1989, os técnicos envolvidos no movimento da luta antimanicomial assumiram a coordenação da política de Saúde Mental de alguns municípios, desencadeando a construção de serviços substitutivos de atenção em Saúde Mental, como tratamento à pessoa em sofrimento psíquico.

No campo oficial, em 1990, realizou-se em Caracas a Conferência Regional de Saúde Mental, no âmbito latino-americano. Esse evento teve como objetivo a reestruturação da atenção em saúde mental na América Latina, em particular, no Brasil, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Suas resoluções, conhecidas como Declaração de Caracas, recomendam a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à atenção primária em saúde no contexto dos sistemas locais de saúde e, ainda, a promoção de modelos alternativos fundamentais nas comunidades e em suas redes sociais. A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília em 1992, com o tema : “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial, direito à cidadania”, reafirmando assim os princípios da 8.^a Conferência Nacional de Saúde e do SUS. Teve como eixos do debate o modelo assistencial, as mudanças e as exigências de cumprimento das leis vigentes

bem como os direitos de cidadania, orientados pelo processo de municipalização (ROSA, 2000).

A referida Conferência, conforme Rosa (2000: p.105), aprofundou os aspectos defendidos e aprovados na I Conferência, reforçando a necessidade de: integralidade das ações em saúde; controle social; vinculação entre qualidade de vida/saúde e condições de reprodução social; visão holística do portador de transtorno mental; implementação da municipalização da assistência à saúde; substituição das estruturas asilares por serviços de base comunitária, diversificada e qualificada. Ao mesmo tempo, defendeu: a desospitalização do portador de transtorno mental pela intensificação de programas públicos de lares abrigados, pensões protegidas e congêneres, a requalificação dos recursos humanos nos postulados dos novos serviços; ação multiprofissional e a construção de uma cultura assistencial que respeite a singularidade do portador de transtorno mental. Por sua vez, valorizou a democratização, ao entender a informação como pré-requisito para o exercício da cidadania.

Após nove anos da realização da II CNS, aconteceu, de 11 a 15 de dezembro de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, trazendo como lema “Cuidar sim, excluir não”. O lema sintetiza todo o anseio de luta dos trabalhadores em saúde mental, dos familiares e principalmente dos usuários dos serviços psiquiátricos, em especial dos vários pacientes que se encontram trancados nos hospitais psiquiátricos.

Na referida Conferência, diferentes atores sociais se reuniram para dialogar sobre suas experiências e fundamentalmente para discutir a reorientação do modelo assistencial, baseando-se nas exigências impostas no processo de transformação da área.

No ano de 2001, outro momento importante se deu no campo legislativo, que foi a aprovação da Lei n.º 10.216, de 06/04/2001, do deputado federal Paulo Delgado, após 10 anos de tramitação. Referida Lei Federal dispõe sobre a proteção e

os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Tal Lei regulamenta em seu parágrafo único - "São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicações disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos evasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental."

É importante registrar a congruência entre a Lei n.º 10.216, de 06/04/2001, em relação à Portaria 224, de 29/11/1992. Esta Portaria tem como objetivo principal reafirmar os princípios orientadores da política de Saúde Mental, traçando as diretrizes e organização dos serviços, como os ambulatórios, os núcleos e centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), os serviços hospitalares (hospital-dia), urgência psiquiátrica e leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria, com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações.

Os atos legais podem constituir instrumentos de indução de mudanças na assistência, desde que esse processo seja acompanhado por usuários, familiares, técnicos e pela sociedade civil. Além do instrumento legal, vale ressaltar a importância da construção de espaços de atenção, que busquem devolver ao ser humano a possibilidade de criação de práticas permeadas por afetos e por solidariedade, possibilitando novas subjetividades e integração em outros contextos, em substituição à fragmentação e à diferença (OLIVEIRA, 1999).

A municipalização fortalece os serviços, na medida em que possibilita a participação ativa da comunidade e oferece uma compreensão mais sensível dos problemas sociais, dos diferentes setores da população, constituindo-se ainda como de grande importância para a elaboração de estratégias de ações de saúde que ultrapassam o específico e alargam-se para os temas fundamentais da vida.

1.2 Da reforma psiquiátrica aos centros de atenção psicossocial no Ceará

Procurar-se-á, aqui, delinear alguns avanços da assistência psiquiátrica no Estado do Ceará dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Hoje, presencia-se uma luta no País em prol da cidadania da pessoa com transtorno mental, da organização extra-hospitalar do sistema assistencial, da prática interdisciplinar e da coordenação municipal de política em saúde mental (SAMPAIO; BARROSO, 1996).

No Estado do Ceará, evidenciamos transformações na assistência à saúde mental decorrentes de amplas discussões em torno da Reforma Psiquiátrica evidenciadas nas conferências nacional, estadual e municipal e nas legislações federal e estadual.

Em 1992, o Estado do Ceará realizou a I Conferência Estadual de Saúde Mental, tendo como objetivo primordial a reestruturação da assistência psiquiátrica do Estado e a necessidade de modelos alternativos, como CAPS/NAPS, urgência psiquiátrica e leitos de curta permanência em hospitais gerais.

O ano de 2001 foi de grande importância para a área da Saúde Mental por ter sido contemplado pela Organização Mundial de Saúde – OMS com o *slogan* do dia Mundial da Saúde, “Saúde Mental: não à exclusão, sim aos cuidados”. Interessada em chamar a atenção para a exclusão e a discriminação que envolvem a saúde mental, a Organização Mundial da Saúde convidou os governos, os profissionais de saúde e a sociedade a enfrentarem o desafio que os transtornos mentais e cerebrais representam. “Não à exclusão, sim aos cuidados” é a mensagem da OMS que resume uma

campanha de um ano, cujo ponto forte foi o Relatório sobre a saúde no mundo, consagrado à Saúde Mental, cuja publicação ocorreu em 2001 (DECLARAÇÃO DA DIRETORA GERAL DA OMS).

Sensibilizado com a proposta da OMS, o Estado do Ceará realizou a II Conferência Estadual de Saúde Mental, nos dias 13 e 14 de novembro de 2001, com o tema: “Cuidar Sim, excluir Não – Efetivando a reforma psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social”.

Com a realização da II Conferência, pôde-se constatar a mais ampla discussão sobre a Saúde Mental já ocorrida na história do Ceará, conforme afirmou o Secretário de Saúde do Estado, “um grande marco para área assistencial no âmbito do SUS no Estado”, considerando ainda que o último evento do gênero no Estado ocorreu há 11 anos (RELATÓRIO FINAL DA II CONFERÊNCIA ESTADUAL DA SAÚDE MENTAL DO CEARÁ, 2001).

O Estado do Ceará contou com 10 (dez) conferências microrregionais; 03 (três) conferências municipais, das quais participaram todos os 184 municípios do Estado. A cidade de Fortaleza sediou a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Fortaleza. Importante é ressaltar que todas as conferências foram realizadas entre os meses de outubro e novembro de 2001 (idem).

As discussões sobre a saúde mental possibilitaram formulação de significativas propostas voltadas para a implantação de uma rede de atenção integral em Saúde Mental em todos os municípios, de acordo com as diretrizes da Portaria 224/92, do Ministério da Saúde, que determinou: organização de serviços baseados nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução e definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação das ações previstas e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

No que se refere aos núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), referida Portaria do MS conceitua e determina: Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adstrita, definida pelo nível local, e que oferecem atendimento especializado em Saúde Mental, podendo funcionar 24 horas, em turnos de 4 e/ou 8 horas, 7 dias por semana, com a possibilidade de cobertura noturna constando de leito de observação/repouso eventual; os NAPS/CAPS podem constituir-se também porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

Por outro lado, a assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento a grupos de psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina; terapêutica; atividades socioterápicas; visitas domiciliares e atendimento à família; atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social; os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 (dois turnos) terão direito a três refeições.

Destaca-se o fato de que a equipe técnica mínima para atuação nos NAPS/CAPS, para atendimento a 30 (trinta) pacientes por turno de 4 (quatro) horas, deve ser composta por: 01 médico psiquiatra ou médico com experiência na área; 01 (um) médico psiquiatra com título de especialista em Psiquiatria ou residência médica em Psiquiatria, reconhecida pelo MEC, ou experiência de 06 meses em Psiquiatria comprovada por meio de declaração do serviço; 01 (um) enfermeiro; 04 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos); profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Para o período noturno, em plantões corridos de 12 horas, permite-se o atendimento máximo de até 05 (cinco) pacientes, devendo ser a equipe mínima composta de: 01 (um) profissional de nível superior: médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou outro profissional desde que devidamente justificado no Projeto Terapêutico da unidade; 01 (um) profissional de nível médio da área de enfermagem.

Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, o Sistema remunerará o atendimento de 15 pacientes em período integral, 30 (trinta) pacientes (15 pacientes matutinos, 15 vespertinos) em regime diurno, e 5 (cinco) pacientes em regime noturno, totalizando 50 (cinquenta) pacientes ao dia.

No que se refere à legislação, o Estado do Ceará expediu Lei de n.º 12.151, de 29 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências.

A implantação dos serviços substitutivos no Ceará ocorreu fundamentalmente em outras cidades do Estado, exceto em Fortaleza. Isto se explica, em parte, pela resistência dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados da cidade de Fortaleza, inibindo o surgimento de outros serviços na Capital. Vale referir, que o Ceará conta com 08 hospitais psiquiátricos, sendo 07 na capital e 01 no Município de Iguatu, com um número de leitos/vagas somando 1.037 (um mil e trinta e sete).

Somente 04 anos depois da implantação do primeiro CAPS brasileiro – (Luiz Cerqueira: 1987, São Paulo) o Estado do Ceará criou um serviço substitutivo – o CAPS de Iguatu, em 1991.

Em 1999, foi divulgado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS e Gerência de Desenvolvimento Social – Distrito Saúde, o projeto de implantação dos seis centros de atenção psicossocial – CAPS de Fortaleza - nas secretarias executivas regionais, dos quais somente três foram implantados até o momento, junto às secretarias executivas regionais (SER-III, SER-

IV e na SER-V). Hoje, no Ceará, passados 11 anos da inauguração do primeiro CAPS, o Estado contabiliza 20 CAPS, distribuídos essencialmente fora de Fortaleza, figurando apenas 03 na Capital, conforme quadro demonstrativo seguinte:

Quadro 01 – CAPS por Município no Estado do Ceará, 2002

Município sede	Localização
Fortaleza	SER III SER IV SER V
Cascavel	Cascavel
Horizonte	Horizonte
Caucaia	Caucaia
Baturité	Capistrano
Canindé	Canindé
Itapipoca	Itapipoca
Aracati	Aracati
Quixadá	Quixadá
Russas	Morada Nova
Sobral	Sobral
Acaraú	Acaraú
Crateús	Crateús
Icó	Icó
Iguatu	Iguatu
Juazeiro do Norte	Juazeiro do Norte
Barbalha	Barbalha
Jardim	Jardim

O Ceará vem se inserindo no processo de reforma psiquiátrica brasileira por possuir serviços de qualidade no Estado, apesar de todas as dificuldades e desafios enfrentados. Com a determinação de priorizar o resgate dos direitos daqueles que sofrem de transtornos mentais, procura também ajudar a população a deixar no passado a cultura manicomial, chamando as pessoas para o tratamento extra-hospitalar e inserindo o portador de transtorno mental no seu seio familiar.

Na compreensão e experiência de Sampaio e Barroso [199?]: p.186]:

A experiência dos CAPS do Ceará aponta para o sucesso de uma concepção de política de saúde, de uma articulação crítica de diretrizes, de uma operacionalização logicamente formulada, de uma capacidade adequada de integrar parcerias e de produzir impactos reais na cultura e na qualidade da organização das demandas.

O serviço de assistência à saúde mental do Estado do Ceará, apesar de todo o empenho em fortalecer e concretizar o ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira “Por uma sociedade sem manicômios”, conta ainda com uma limitada rede de atenção à saúde mental, configurada da seguinte forma: 36 leitos em hospitais gerais, 03 hospitais-dia e 01 lar abrigado, além dos CAPS citados há pouco. Evidencia-se a inexistência de outros serviços substitutivos, como: enfermagem psiquiátrica em hospital geral, centros de convivência, ambulatórios, emergências em hospitais gerais ou lares abrigados, conforme preceitua a Portaria 224/92.

Para ilustrar essas informações acima, destacou-se os dados no quadro a seguir:

Quadro 02 – Serviços psiquiátricos existentes no Estado do Ceará, 2002

Município	Hospitais psiquiátricos	Leitos em hospital geral	Hospitais Dia	CAPS	Lares Abrigados
Fortaleza	7	-	3	3	-
Outros municípios	1	36	-	17	1
Total	8	36	3	20	1

Fonte de Dados: Apresentação Dr. Raimundo Alonso Batista de Aquino durante Jornada de Psiquiatria – Setembro/2002 em Fortaleza.

Comprovando alguns avanços que se pode considerar significativos, os números não negam os benefícios oriundos da reorientação do modelo de atenção à saúde mental. De 1989 a 2001, cerca de 30.000 leitos psiquiátricos foram extintos no Brasil, ocasionando uma economia de recursos em torno de R\$ 500.000.000,00 (quinhentos milhões/ano). No Estado do Ceará, foram reduzidos 1000 (mil) leitos

psiquiátricos e 02 hospitais psiquiátricos foram fechados, neste mesmo período (RELATÓRIO FINAL DA II CONFERÊNCIA ESTADUAL DA SAÚDE MENTAL DO CEARÁ, 2001).

Os avanços alcançados na Saúde Mental, no Estado Ceará, são evidentes. Com a preocupação e o compromisso de cobrir toda a população que engloba os 184 municípios, incluindo Fortaleza, sabe-se que muito precisa ser feito e que se faz necessário estimular a criação de serviços, como: ambulatórios, lares abrigados, emergências em hospitais gerais, CAPS, mas isso dependerá não apenas de decisão política dos gestores oficiais. Sabe-se da ênfase conferida à Saúde Mental nos programas de saúde. É preciso reconhecer, no entanto, as carências que o Estado e os municípios enfrentam, tanto do ponto de vista do capital humano, como técnico e financeiro. Neste sentido, procura-se reforçar o apoio da sociedade à bandeira da Reforma Psiquiátrica e mobilizar suas forças para concretização do lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. É uma palavra de ordem na luta contra a exclusão, pela humanização dos serviços e ampliação da cidadania dos portadores de transtornos mentais.

O CAPS demanda mais disponibilidade e competência da equipe do que no modelo tradicional de atenção médica à loucura, em que os papéis profissionais são predeterminados, cristalizados. Na modalidade de atendimento aberto, o lidar cotidiano com situações novas e conflitantes traz a necessidade da construção de modelos plurais de assistência à saúde mental, em que os papéis profissionais estão em constante transformação.

E um dos pontos fundamentais na construção desse modelo assistencial é a questão relacionada à gestão de pessoas, dos atores sociais inscritos no processo da Reforma Psiquiátrica. Implica, assim, pensar nas múltiplas dimensões que compõem as potencialidades das pessoas e, dessa forma, nos processos que podem potencializar ou restringir estas potencialidades na elaboração, desenvolvimento e inserção nas políticas e projetos públicos (RELATÓRIO DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001: p.21).

Daí a importância deste estudo, ao apreender e analisar a prática do assistente social no cotidiano dos centros de atenção psicossocial.

1.3 O serviço social e as novas demandas na área da saúde mental

O Serviço Social Psiquiátrico surgiu nos Estados Unidos em 1905 e firmou-se como especialidade em 1918 para tornar-se a tendência dominante do *casework* nos anos 1920. Importante é ressaltar que a principal referência para os assistentes sociais americanos ocorreu com o trabalho de Mary Richmond, *Diagnóstico Social*, em 1917.

A saúde mental, sob a influência do *after care* e do *casework* (SILVA, 1993), volta-se para as questões relacionadas ao reajustamento dos enfermos, após a alta hospitalar e com o peso do estigma na sua reintegração social. Mesmo tendo como foco o indivíduo, a atuação do assistente social amplia-se para a família e a rede de vizinhança, tendo em vista a obtenção de informações socioeconômicas, hereditárias, físicas e emocionais na causação dos transtornos mentais, na elaboração dos estudos de caso; ou seja, o eixo da abordagem do Serviço Social centra-se numa perspectiva “psicologizante” da análise da realidade de seus usuários.

Vasconcelos (2000: p.129), ao rever a historiografia do Serviço Social brasileiro, assinala que houve uma minimização da “importância da psiquiatria e do movimento de higiene mental na composição teórico ideológica da formação da profissão no contexto latino americano e brasileiro”.

Concordando com esta afirmação, Silva (1993), em sua pesquisa na área da saúde mental, sente a ausência de um estudo sistemático da influência da Psicanálise no Serviço Social. Acredita que os assistentes sociais brasileiros rejeitaram a construção psicossocial por seu caráter funcionalista, sem contudo oferecer uma crítica interna que pudesse remeter à própria construção para perceber os limites ou possibilidades que ela mesma se impõe.

A implantação do Serviço Social nos serviços de Saúde Mental no Brasil inicia-se no Rio de Janeiro, a partir do segmento infantil, sob a inspiração do modelo das “Child Guidance Clinics”, cujos fundamentos baseiam-se no higienismo americano e brasileiro, tendo como estratégia de diagnóstico e tratamento “crianças-problema” e implementação da educação higiênica nas escolas e na família.

Datado de 1946 nos centros de orientação infantil (COI) e juvenil (COJ), o Serviço Social incorpora a tradição de Serviço Social Clínico, sobretudo, a partir de sua versão do Serviço Social de Caso da Escola Diagnóstica (VASCONCELOS, 2000).

Neste contexto, o assistente social incorporava-se à equipe multiprofissional com um viés mais horizontal, fato que destacava o *status* da profissão e a participação de seus integrantes na relação com outras categorias profissionais. Todavia, nas propostas de trabalho do Serviço Social, em seus primórdios, sobressai o enfoque adaptativo, individualizado e normatizador, influenciado pelo higienismo, pela perspectiva médica e funcionalista das Ciências Sociais.

Vasconcelos, (2000), ao avaliar o movimento de reconceituação do Serviço Social brasileiro (iniciado em meados dos anos 1960 e impulsionado nos anos 1970 no País) a partir das novas demandas postas pela área da saúde mental, defende a tese segundo a qual houve um recalçamento do tema da “subjetividade, do inconsciente, da sexualidade e da emoção” no interior do debate profissional.

Há um relativo consenso no interior do acúmulo teórico do movimento de reconceituação em relação às críticas da perspectiva do Serviço Social norte-americano que, sob a influência primeira da Psicanálise e depois da vertente funcionalista das Ciências Sociais, influenciou a profissão, sobretudo a partir dos anos 1940, quando centrou sua abordagem na adaptação, no ajustamento e na individualização.

Vasconcelos (2000) chama atenção para as particularidades das exigências dos processos de “psicologização” e individualização que, segundo o autor, não podem

ser invalidados totalmente, como fez o Movimento de Reconceituação. Isto é, o autor parece concordar com as críticas realizadas em relação ao serviço social norte-americano, mas destaca que o debate profissional não construiu um discurso apropriado a partir de uma visão da esquerda e do marxismo para orientar a prática dos profissionais do Serviço Social na área da Saúde Mental.

Em linhas gerais, pode-se dizer que o tema relacionado ao indivíduo e, ao inconsciente, foi reduzido a questões/temas próprios da burguesia e dos segmentos capitalistas e tratados de forma “biologizante”.

Conforme demonstra, Vasconcelos (2000, p.185) sistematizou os modelos da Prática profissional no Rio de Janeiro, nas décadas de 1940 a 1990, que são de fundamental importância para compreensão da evolução e emergência dos profissionais assistentes sociais no campo da saúde mental.

O primeiro modelo foi as abordagens das oficinas terapêutico-expressivas da dra. Nise da Silveira, que tem inspiração junguiana. Tal proposta de trabalho aconteceu em 1946 na área da saúde mental, no Rio de Janeiro, época em que a assistência psiquiátrica era essencialmente asilar, ou seja, institucionalizada e com a segregação do paciente. Dra. Nise e sua equipe iniciaram o trabalho com usuários oriundos do então Centro Psiquiátrico Nacional (hoje Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro), em ambiente aberto, com atividades ocupacionais, profissionalizantes e, principalmente, artístico-expressivos, permitindo que o paciente pudesse projetar imagens interiores e promover um processo de individualização e desenvolvimento pessoal. Referido trabalho obteve respeito e reconhecimento até internacionalmente.

Os trabalhos das oficinas terapêutico-expressivas proporcionaram por décadas o ingresso de várias assistentes sociais como estagiárias. Sua influência não se deu apenas no nível teórico, pois o pensamento junguiano é complexo e se aplica mais ao campo da Psicoterapia, da Terapia ocupacional e da interpretação simbólica da arte, sobretudo, por suas propostas de prática em ambiente aberto, em oficinas expressivas e

ocupacionais, e pela abordagem humanizada, individualizada, ética, aberta e respeitosa em relação aos direitos dos clientes.

O segundo modelo é a influência da prática de mediação na “porta de entrada e saída” das enfermarias e asilos psiquiátricos, que surgiu a partir do final dos anos 1940 e, principalmente, nos anos 1950.

Com a formatura dos primeiros assistentes sociais no Rio de Janeiro, na década de 1940, as escolas procuraram incluir esses profissionais nas diretorias dos hospitais psiquiátricos, para trabalhar nas seções de assistência social, pois, até àquela época, tal tarefa era desenvolvida por médicos e trabalhadores (as) sem qualificação universitária.

Tal proposta visava a constituir pequenas equipes uniprofissionais situadas na “porta de entrada e saída” dos hospitais, funcionando de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para a alta.

Esse modelo de prática profissional era extremamente funcional à lógica institucional da Medicina tradicional e aos interesses sociais, e acentuava ao máximo a divisão sociotécnica do trabalho nas instituições psiquiátricas.

O terceiro modelo foi formulado através da influência das experiências de comunidade terapêutica na década de 1960 e início de 1970, germinando no período militar, com toda a repressão aos dispositivos de luta e participação política da sociedade, e a pouca visibilidade social dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Esse modelo recebeu influência de experiências internacionais, como da Inglaterra e Estados Unidos, e do projeto pioneiro da Clínica Pinel, de Porto Alegre, fundada em 1960. No Rio de Janeiro, essas experiências constituíram-se gradualmente. Primeiro, através dos trabalhos de praxiterapia coordenados por Luis Cerqueira, no Instituto de Psiquiatria (IPUB); Em seguida, pela experiência da equipe do dr. Oswaldo Santos, inicialmente em uma clínica privada na Bela Vista, para

depois, no período compreendido de 1967 e 1974, se consolidar na Unidade Olavo Rocha, do Hospital Odilon Gallotti, uma das doze unidades do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro no Rio de Janeiro; e, pela experiência de comunidade terapêutica em uma das enfermarias do Hospital Pinel, iniciada em 1969 pelos psiquiatras-psicanalistas Eustachio Portela e Roberto Quilelli, com apoio da IPUB.

Essas experiências eram consideradas no Brasil o que de mais avançado tinha a Psiquiatria na época e serviram de referência para toda uma geração de profissionais de Saúde Mental. Em resumo, buscavam a democratização e a humanização das relações entre profissionais e usuários, através, principalmente, de dispositivos grupais e coletivos de participação (grupos operativos, assembléias etc.) dos quais participavam, também, os familiares dos pacientes.

É fundamental registrar que entre os profissionais que participaram dessas experiências, no Rio de Janeiro, estavam algumas assistentes sociais, que foram bastante ativas e atuantes, inclusive em função de liderança, como, por exemplo, Leda de Oliveira, integrante da equipe de Oswaldo Santos no Pedro II, que, até o final da década de 1970, ocupou a Coordenação de Serviço Social da Divisão de Saúde mental (DINSAM) do Ministério da Saúde.

Como quarto modelo, tem-se, nos anos 1970 e 1980, o predomínio da influência do sanitarismo e da Psiquiatria Social. Com a influência de organismos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua subsidiária Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), houve o fortalecimento de forma determinante do processo de reforma da saúde pública, impulsionando os militantes da área, como os médicos e profissionais de saúde do Brasil. Apesar do regime autoritário na década de 1970, foram feitas algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico, como a portaria, do INAMPS (1973), que exigiu, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais nos hospitais, incluindo as assistentes sociais. Em 1978, com a re-emergência dos movimentos sociais no País e o fortalecimento da luta pela redemocratização, inicia-se nas principais capitais um forte movimento de crítica e mudança do sistema público de saúde e Saúde Mental, que, na literatura, é reconhecido

como “Reforma Sanitária” e “Reforma Psiquiátrica”. Nos primeiros anos da década de 1980, a Reforma Psiquiátrica teve uma face mais pública de denúncias na imprensa e junto à opinião pública, da realidade da privatização e mercantilização da psiquiatria privada, conveniada com o então INAMPS, e das condições terríveis dentro dos asilos estatais.

No início dos anos 1980, com o avanço da Reforma, considerada como a segunda fase, nas três principais capitais do Sudeste do País, as lideranças se inseriram nas instituições psiquiátricas e também nos órgãos governamentais da gestão da assistência em saúde mental, que visavam a três linhas principais, a saber: a) gerenciamento e controle geral do sistema, principalmente das internações fáceis e do processo de mercantilização da assistência na rede de hospitais conveniados; b) a crítica e “humanização” da realidade interna dos asilos e hospitais, com eliminação das formas mais severas de controle dos pacientes e ensaios de programas de reabilitação social, principalmente via oficinas expressivas e atividades laborativas, e alguns processos de desospitalização; e, c) a criação de equipes de saúde mental, sendo composta por: psiquiatra, psicólogo e assistente social que constituíam a equipe mínima, em ambulatórios e postos de saúde, com regionalização das ações para uma atenção primária e preventiva em Saúde Mental, dentro do que foi chamado de “Ações Integrais de Saúde” - AIS, esboço do que constituiu mais tarde o Sistema Unificado de Saúde – SUS.

Portanto, a trajetória da tradição de Serviço Social no Rio de Janeiro, influenciada de forma heterogênea pelas diversas formulações da Psiquiatria Social e marcada pela continuidade dos modelos anteriores do Serviço Social clínico, teve influência bastante reduzida no movimento de reconceituação dentro da profissão de Serviço Social no País, visto que não desenvolveu uma crítica sistemática dos fundamentos teóricos e técnicos que marcaram a tradição anterior do Serviço Social de casos e do próprio Serviço Social clínico, nem da forte influência do modelo médico nas suas formulações e práticas.

Em conseqüência de todas as experiências e inovações requeridas pela área da saúde, e especificamente na Saúde Mental nos anos 1990, são sugeridas formas de desinstitucionalização, inspirada na experiência da Psiquiatria Democrática italiana, por Franco Basaglia.

As questões que Vasconcelos (2000) levanta são recentes e ainda encontram-se em construção no interior da categoria. O autor qualifica seu lugar a partir do movimento de reconceituação, com isto parece afirmar que concorda com o impulso que o movimento desencadeou no interior da categoria, mas faz críticas, procurando alargar a construção e dar visibilidade aos limites da profissão na área da Saúde Mental.

Parece relativamente evidente é que o tema das classes sociais e dos movimentos sociais é que ganharam destaque no interior do Serviço Social desde a década de 1980. Temáticas como as relacionadas ao indivíduo e à família, por exemplo, no interior da profissão, no geral, foram relacionadas ao funcionalismo e só recentemente tem ganho uma releitura no interior da categoria, a partir, sobretudo, da política de assistência social que situa a família como eixo do próprio movimento de Reforma Psiquiátrica em curso no País desde a década de 1970.

Outro aspecto que merece observação é que o Serviço Social deixou de conquistar um espaço específico no interior do debate do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Exemplar neste sentido é o livro de Lúcia Maria S. Rodrigues Gonçalves, datado de 1983, intitulado: *Saúde Mental e Trabalho Social*, editado pela Cortez, São Paulo, e *Saúde Mental e Serviço Social* (2000), organizado por Eduardo Mourão Vasconcelos, que surgiu somente 19 anos após o primeiro livro. Mas, o próprio movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira desafia e impõe novas demandas ao Serviço Social.

Ao postular a extinção gradual do modelo hospitalocêntrico e sua substituição por serviços substitutivos, para além da mera mudança organizacional da atenção assistencial, novas exigências são postas para os trabalhadores em saúde, dentre os quais os assistentes sociais.

Duas direções instigam mudanças nas identidades profissionais até então construídas: a perspectiva de reabilitação psicossocial e o trabalho em equipe interdisciplinar, eixos do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

A reabilitação psicossocial é definida a partir de uma postura ética e estética como “uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996: p.21), exige respostas para além das demandas institucionais. Aliás, no interior da própria política de assistência social e do Sistema Único de Saúde, a perspectiva de intersectorialidade exige um assistente social capaz de articular as diferentes políticas sociais, direcionando sua ação para uma atenção integral, holística, que atenda a cidadania plena, sem fragmentar as necessidades dos usuários.

O trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar em seus diferentes formatos requer profissionais com um perfil de articulador de serviços, avaliador da qualidade da atenção e facilitador do auto fortalecimento (*empowerment*) dos usuários (VASCONCELOS, 2000). Além disso, a atenção para além do corpo biológico do portador de transtorno mental requer diferentes domínios de conhecimento. Neste sentido, são exigidos profissionais com visão interdisciplinar, que procurem articular diversos campos do conhecimento e recriem sua identidade profissional de maneira mais flexível, ao mesmo tempo em que respondam de forma ética e sanitária às necessidades postas pelos portadores de transtorno mental e por sua família (BRASIL, 2001).

O Serviço Social no interior da Saúde Mental, além de ter que responder às necessidades específicas dos diferentes segmentos sociais: usuários de drogas, idosos, mulheres, crianças, adolescentes etc, tem que dar respostas específicas dentro dos diferentes serviços criados no cerne do movimento da Reforma Psiquiátrica: centros de atenção psicossocial, núcleo de atenção psicossocial, lares abrigados e cooperativas de trabalho. Nos serviços próprios do modelo hospitalocêntrico, seu lugar era mais delimitado, sobretudo a partir das exigências institucionais de reciclar leitos

hospitalares, responder às necessidades dos usuários de qualidade dos serviços (ROSA, 2000). Nos novos serviços que ampliam a própria concepção clínica da psicose, a reinserção social e reconstrução da identidade do portador de transtorno são postas como um dos maiores desafios. Neste sentido, há um alargamento das diferentes práticas profissionais, o que produz uma certa crise das identidades construídas até então. A ação do médico não é somente medicar/clinicar. É também a de articular recursos e potencialidades para resguardar a qualidade de vida do enfermo. Assim, a dimensão social do usuário volta a ganhar o mesmo *status* que o biológico. Além do cuidado com o portador de transtorno mental, a clínica ampliada incorpora outras personagens na cena médica, como a família. Além de cuidar do enfermo, a família também passa a ser cuidada pelos próprios psiquiatras, como relata em sua experiência Melmam (2001), psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira de São Paulo. Outros territórios, muito além do biológico e do próprio espaço físico dos serviços de saúde, são explorados, tais como o cultural, o lazer, o simbólico, o político. Assim, são estimulados pelos novos serviços em Saúde Mental as oficinas de trabalho, os passeios a espaços públicos da cidade, viagens de lazer e a organização dos sujeitos que constroem os serviços através de associações de usuários e de familiares. Neste horizonte, outros profissionais ocupam espaços anteriormente considerados como esferas de atuação mais específica do assistente social.

A década de 1980 significou uma virada no Serviço Social com o fortalecimento do movimento sindical, criação de entidades e associações, discussão e aprovação de um currículo mínimo (1982), e o início das publicações brasileiras. Criou-se a *Revista Serviço Social & Sociedade* em 1979, avanço na pós-graduação em Serviço Social, reconhecimento da pesquisa em Serviço Social com financiamento do CNPq em 1981.

O Serviço Social, diante das múltiplas expressões que assume a QUESTÃO SOCIAL na contemporaneidade, utiliza-se das reservas de força teórico-metodológica e ético-política, constituídas a partir dos anos 1980, configuradas sob a forma de um projeto ético-político, cujas diretrizes norteadoras são: o Código de Ética Profissional

de 1993, a lei de regulamentação da profissão – Lei n.º 8.662/93 - e a nova proposta de diretrizes gerais para o curso de Serviço Social, de 1996.

Novas demandas se apresentam ao Serviço Social, produzidas pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, determinadas pelo momento sócio- histórico da sociedade contemporânea. Sabe-se dos limites conjunturais e institucionais ao exercício da prática profissional nesse contexto em que se pretende romper com o conservadorismo e se faz opção por um novo projeto profissional, vinculado ao processo de construção de uma ordem societária (PAULO NETTO, 1996).

A unidade teoria e prática, necessária a um trabalho profissional de qualidade, articulada aos interesses da população usuária depende certamente do embasamento teórico-metodológico dessa prática, mas sua efetividade depende também das conexões que o assistente social estabelece com a realidade objeto da ação profissional (ANA VASCONCELOS, 2002).

Neste estudo, procura-se captar o movimento da prática profissional no quadro das relações que o assistente social estabelece com outros profissionais, no Serviço de Saúde Mental tendo em vista responder às demandas postas ao Serviço Social na atualidade. Procurar-se-á desenvolvê-lo através das representações sociais dos profissionais com o objetivo de apreender o pensamento sobre a prática profissional do assistente social e seu significado no conjunto das ações da equipe multidisciplinar dos CAPS.

O tempo presente transcorre marcado por transformações societárias que afetam diretamente todas as esferas da vida humana e impactam fortemente as profissões, suas áreas de intervenção, seus suportes de conhecimento e de implementações, sua funcionalidade. Diante dessa realidade, cabe profunda reflexão.

Esta pesquisa busca justamente decifrar particularidades do processo de trabalho nos CAPS que atribuem limites e possibilidades ao exercício profissional do assistente social, segundo suas representações e, também, de outros profissionais que participam de seu trabalho, com objetivos comuns.

CAPITULO 2

O OBJETO DE ESTUDO

2.1 Limite da questão

Conforme a literatura consultada, como em Teixeira (1997: p.158), a profissão do assistente social com “o Movimento de Reconceituação, repercutiu nas reformas curriculares e nos projetos profissionais, afastando do cenário acadêmico os métodos interventivos e substituindo-os por amplas discussões acerca da realidade brasileira e do papel político do assistente social”.

Silva (1993: p.3) constatou inicialmente “a inexistência de um estudo sistemático sobre a contribuição da psicanálise para o serviço social existindo assim uma lacuna visível na produção acadêmica do Serviço Social brasileiro”. Ainda segundo a autora,

... os assistentes sociais brasileiros rejeitaram a construção psicossocial por seu caráter funcionalista, sem contudo oferecer uma crítica interna que pudesse remeter à própria construção para perceber os limites ou possibilidades que ela mesma se impõe (SILVA, 1993: p.4).

Conhecer o pensamento elaborado sobre a prática profissional do assistente social na Saúde Mental foi o propósito subjacente a esta pesquisa. Assim, o ponto de partida foi a presença do Serviço Social nos programas de Saúde Mental e a natureza das demandas postas ao assistente social nesse campo. Tendo presente esse contexto, passamos a trabalhar o quadro de referência teórica da pesquisa, tomando o conceito de representação social para responder à questão central do estudo, que diz respeito à identidade da prática profissional na área da Saúde Mental.

Em trabalho sobre Saúde Mental e Serviço Social, Vasconcelos (2000)¹ trata dessa questão, reportando-se à influência do Movimento de Reconceituação e sua implicação na mudança de perspectiva de análise e enfrentamento das demandas postas ao assistente social nessa área. Assinala o autor que o referido movimento recalçou o tema da subjetividade, das emoções e inconsciente. Tais procedimentos têm sido marcantes e visíveis, crescendo as queixas e a insatisfação dos próprios assistentes sociais trabalhadores no campo da Saúde Mental que admitem construir sua prática por ensaio e erro, sem referenciais teórico-conceituais, metodológicos e instrumentais para a atuação dentro de sua formação oferecida pela profissão.

Servimo-nos de alguns tópicos extraídos da referida pesquisa que fortalecem essas afirmações:

- a ausência de mediações teóricas e de instrumental metodológico adequado para atuação na área, dentro da profissão, criou um fosso que impede a interação com a cultura profissional mais contemporânea, incentivando a autonomização da formação no campo da saúde mental, que tende então a ser polarizado apenas pelo instrumental teórico e metodológico do próprio campo psi;
- o atual processo de formação em Serviço Social baseado no recalçamento da subjetividade produz profissionais despreparados do ponto de vista teórico e pessoal para lidar com os desafios psicológicos e com o sofrimento subjetivo do trabalho no campo da saúde mental [...];
- [...] os profissionais vêm buscando de forma individual complementar sua formação em outros campos profissionais, notadamente em instituições de formação de psicoterapia, seja individual, de grupo ou de família, muito marcadas por uma prática de corte liberal dos consultórios privados;

¹ O autor fundamenta sua tese em dados sistematizados em sua pesquisa intitulada: “Serviço Social, Saúde Mental e Abordagens Psicossociais”, sediada na Escola de Serviço Social e no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, com apoio do CNPq.

- a partir da década de 1980, e particularmente na década de 1990, a polarização do campo da saúde mental por abordagens mais comprometidas teórica e politicamente, principalmente pela perspectiva de desinstitucionalização, abriu possibilidades de aproximação com o processo de reconceituação dentro da profissão. [...] Do ponto de vista político-ideológico e teórico-prático, as implicações deste processo não são tão ruins quanto as demais estratégias. Entretanto, nesse contexto, o profissional tende a perder a especificidade do Serviço Social, bem como o debate não penetra no corpo e na dinâmica interna de formação e cultura profissional da categoria, implicando a retroalimentação e a continuidade de todo o processo de recalçamento;
- apesar de a expansão de serviços de Saúde Mental nos últimos anos ser significativa e de haver uma demanda formal crescente por profissionais de Serviço Social, assiste-se, uma incapacidade efetiva de conquista de espaço desse mercado de trabalho, resultando em um nível baixo de assimilação de profissionais no campo. Alude-se freqüentemente à fragilidade do contributo que a profissão vem dando até o momento na área de saúde mental.

Na pesquisa em análise, o autor constatou que nos concursos e processos de recrutamento interprofissionais, os assistentes sociais acabam não tendo acesso às vagas, ou sendo preteridos por outros tipos de profissionais, particularmente pelos psicólogos.

Diante das alusões há pouco sustentadas, sabendo que a temática constitui-se de questões espinhosas e complexas entre os profissionais e agências formadores do Serviço Social no País, formula-se a questão desta pesquisa: hoje, diante das transformações por que passa a Saúde Mental dentro do processo de Reforma psiquiátrica e o Serviço Social dentro dessas transformações, que impõe novas

demandas para todos os profissionais atuantes na referida área, como o profissional nos centros de atenção psicossocial representa sua prática profissional?

Tenta-se apreender como as representações sociais sobre a prática estão sendo construídas e compartilhadas, como se entendem e a partir de que elementos se constroem as representações sociais sobre a prática do assistente social, emitidas pelos próprios agentes dessa prática e por outros profissionais que atuam na saúde mental.

2.2 A teoria das representações sociais – eixo norteador

A Teoria das Representações Sociais – TRS, formulada por Serge Moscovici, na França, no início da década de 1960, fundamenta teoricamente a pesquisa tendo em vista a natureza do objeto de estudo. Como salienta o próprio Moscovici, as coisas se mostram como realidade somente quando se interage com elas, assumindo posições ao interpretá-las e ao compreendê-las. Através da Teoria da Representação Social adquire-se suporte para compreensão da realidade.

Mencionado referencial tem sido objeto de estudo das diversas ciências - como Filosofia, Sociologia, Antropologia, História, Ciência Política e Psicologia Social. Cabe a esta última, entretanto, a interface com os fenômenos individuais e coletivos.

Os primórdios do conceito de representação devem ser buscados no sociólogo Emile Durkheim, de tradição europeia, que empregou pela primeira vez a expressão representação coletiva, por volta de 1898, para mostrar a primazia do social sobre o individual.

Durkheim concebe a representação coletiva como um tecido social vivo, de onde nasce vasta classe de formas mentais, de opiniões e de saberes sem distinção, constituindo-se a herança secular de uma civilização, ou seja, tudo o que a coletividade acumulou de conhecimentos e de ciência no curso de sua existência (PERRUSI, 1995).

É, porém, no âmbito da Psicologia que a Teoria das Representações Sociais se constitui, a partir de Jean Piaget e, depois, Serge Moscovici.

Ao qualificar uma representação social, Moscovici (1978) a supõe como algo produzido coletivamente sendo concebida como uma estrutura de dupla face indissociável, ou seja, considerando indissociável a relação indivíduo e sociedade.

Nas duas últimas décadas, a Teoria das Representações vem ocupando merecido destaque nos diferentes setores das Ciências Humanas e Sociais, em virtude do grande número de trabalhos publicados, de debates realizados, da amplitude dos temas que abordam os vários domínios, como, por exemplo, o científico, o cultural, o social e o institucional (SOARES, 1995).

Para tanto, a representação social pertence aos universos consensuais de pensamento e é considerada como uma realidade quase tangível. É apresentada por Moscovici como uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamento e a comunicação entre indivíduos (1978) e é neste contexto que se inserem as práticas do assistente social. Com o apoio da teoria, procura-se não apenas conhecer, mas também compreender atitudes, opiniões e estereótipos relativos a essa prática.

Através dessa teoria, há possibilidade de se fazer levantamentos de aspectos simbólicos e representacionais da realidade social a partir de um novo instrumento, pois interessa observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimento é compartilhado pelo grupo. A partir desta perspectiva, a representação social é “uma modalidade de saber gerada através da comunicação na vida cotidiana com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas” (SÁ, 1998: p.68).

No presente estudo, é necessário um entendimento do fenômeno a partir de uma abordagem mais aberta, oferecendo condições aos sujeitos de expressar idéias, comportamentos, imagens e atitudes, segundo a tendência ou orientação específica com diferentes tipos de sujeitos e experiência com o doente mental. A Teoria das

Representações Sociais possibilita a identificação de vários aspectos nos quais se ancoram a prática do assistente social relacionada à Saúde Mental, como área de saber e como produção de conhecimento. Ao mesmo tempo, foi possível identificar visões diversificadas e/ou similares sobre a atuação do assistente social na área da Saúde Mental, mostrando, por exemplo, como se encontra inscrita no contexto dos CAPS.

Sob o prisma da Psicologia Social, as representações sociais constituem uma forma de conhecimento prático - o saber do senso comum – de um determinado grupo, ocupando-se da vida cotidiana, sendo esta entendida como processo de assimilação da realidade, pelo indivíduo, em que se integram suas experiências, e valores e as informações que circulam no cotidiano. A representação social é entendida, então, como imagens que condensam um conjunto de significados, tais como: sistemas de referências que permitem interpretar a realidade a partir do senso comum; forma de atribuir significação ao inesperado, atitudes, opiniões, tem que ter pertença de grupo e é compartilhada coletivamente.

Desse modo, a TRS amplia as possibilidades de compreensão do fenômeno prática do assistente social, ao realizar seu trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial, dadas a complexidade e a ambivalência que esta prática compreende, projetadas tanto no espaço da alteridade como na dimensão da coletividade.

Moscovici (1978) acentua que as representações sociais constituem campos socialmente estruturados (produto), bem como núcleos estruturantes (processo), ou seja, formam esquemas organizadores das interpretações e comunicações de massas que possibilitam a compreensão do mundo social (pensamento constituído) e, por sua vez, orientam a ação (pensamento constituinte).

Conforme o pensamento de Servo (1999: p.113)

A construção do real se realiza a partir das informações e impressões que o sujeito recebe através de seus sentidos, recolhe ao longo de sua história e que permanecem em sua memória, e ainda aqueles provenientes das relações que mantêm com os outros, indivíduos ou grupos. Essas informações são categorizadas em um sistema cognitivo e isso permite fazer do mundo – ou de um aspecto do mundo – uma organização tal que ele (sujeito) pode compreender, agir sobre o mesmo, adaptar-se ou evadir-se.

Desse modo, a representação é a elaboração de uma idéia por um sujeito e esta construção de um aspecto do mundo do sujeito se realiza a partir de uma variedade de informações, de imagens, de sentimentos conscientes e inconscientes e de atitudes. Assim, a representação sobre algo é constituída por todos esses elementos e não apenas pelos aspectos cognitivos.

Os mecanismos sociais que intervêm na elaboração cognitiva envolvem dois processos constitutivos - ancoragem e objetivação. A ancoragem é classificatória, de assimilação de novas informações, em que ocorre uma integração cognitiva emocional preexistente, através das idéias, conhecimentos, pessoas e relacionamentos. A objetivação é um dos processos de transformação de um conceito abstrato em algo tangível que possibilita a ocorrência da reabsorção dos sentidos, ou seja, dá-se o nome de figura ou significação.

Para captação das representações sociais, tem-se, ainda, outro elemento importante, que se configura pela edificação das condutas e os deslocamentos das representações sociais, pois estas são dinâmicas e circulam nos discursos, em um movimento materializado nas condutas. Em seu livro *A Psicanálise, sua imagem e seu público*, Moscovici classifica e analisa os três sistemas indutores das representações: a difusão, a propagação e a propaganda. Essas formas de comunicação correspondem à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos. Cada forma de comunicação tem como consequência a produção de representações sociais específicas, conforme a dinâmica das interações estabelecidas entre o sujeito e o objeto articulado no pensamento social (NÓBREGA, 2001).

Para Moscovici (1978), a opinião (difusão) é uma asserção avaliadora - constituindo uma forma de expressão controvertida, relativamente específica, socialmente significativa. Acrescenta, ainda, que as opiniões são respostas manifestas (explícitas), enquanto que as atitudes são respostas organizadas (complexas), que compreendem conteúdos latentes.

Já a propagação exige uma organização mais complexa das mensagens. Ela tem propriedades semelhantes às do conceito de atitudes. A atitude apresenta-se como uma organização psíquica, uma relação (positiva ou negativa) com um objeto, podendo se manifestar através de uma série de outras reações ou comportamentos globais. Produz um efeito seletivo sobre as reações das pessoas, por ser dotada de uma função reguladora (NÓBREGA, 2001).

Diferentemente da difusão e da propagação, a propaganda é uma forma de comunicação de um grupo que se encontra inscrita nas relações sociais conflituosas e que tem por objetivo polarizar as ações. Portanto, é através da manipulação do saber na propaganda que são forjados os estereótipos. Dessa forma, os estereótipos podem ser considerados como cristalização de atitudes e opiniões desfavoráveis, tendo como forte valência afetiva ou social, provocando respostas imediatizadas (MOSCOVICI, 1961).

Para realização de um estudo centrado na representação social, são necessárias duas condições: a primeira é a de que o objeto da representação proposto exista efetivamente como objeto da representação para o sujeito e isto se coaduna com a prática do assistente social, considerando que esta possua informações e vivências sobre o referido objeto. A segunda serve para ajudar a entender que o exercício profissional do assistente social ocorre numa realidade abrangente, múltipla, heterogênea, conflitiva, valorativa, suscitando uma infinidade de representações a respeito da função, pautando-se numa concepção ingênua e fragmentada da realidade e, ainda, a vigência de estereótipos.

Sendo a linguagem o núcleo mediador do conhecimento do sujeito em interação social no cotidiano do CAPS, ela constitui elemento importante de apreensão de sentido, nos estudos que têm como foco a representação social do sujeito sobre dado objeto.

As representações sociais estão intimamente ligadas à linguagem, ao universo simbólico, ideológico, ao imaginário social e ao papel que assume na

orientação das condutas e das práticas sociais e, ao estudá-las, incorpora as dimensões históricas, sociais e culturais (SERVO, 1999).

A comunicação e a produção de conhecimento encontram-se atreladas à linguagem como mediadora de representações sociais, vinculadas a partir de informações, constituindo-se um elemento fundamental no processo interacional sujeito/objeto/sujeito (MOSCOVICI, 1978). Portanto, a comunicação jamais poderá ser reduzida à transmissão das mensagens de origem ou ao transporte de informações inalteradas. Ela diferencia, interpreta e combina, assim como os grupos inventam, diferenciam ou interpretam os objetos sociais ou as representações de outros grupos; ou seja, existe a junção entre o que é transmitido com os valores de cada qual.

Os assistentes sociais, como profissionais na área de saúde, não pautam suas ações apenas em preconceitos, nem nas percepções (cognitivo); estes se envolvem num mundo de forças contraditórias implicadas no cuidar do outro, na convivência com a doença, o sofrimento e a morte, portanto trabalham entre objetivos ilusórios, reais e simbólicos, sempre difíceis de equacionar; por isso são impossíveis de isolamento.

2.3 Procedimentos metodológicos

2.3.1 Natureza do estudo

Este é um estudo de natureza qualitativa, utilizando a Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici (1978). A pesquisa qualitativa é um campo fértil, comportando uma multiplicidade de abordagens, que partem das Ciências Sociais, constituindo um movimento de saberes, práticas e políticas, articuladas à produção de conhecimento, sob novos paradigmas. Ensina Minayo (1996) que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de

variáveis. Utiliza-se como método de análise a técnica de análise de conteúdo, de Bardin (1977) e Vala (1999).

A pesquisa teve como foco de interesse as representações sociais do assistente social e de outros profissionais sobre a prática do assistente social nos centros de atenção psicossocial – CAPS.

2.3.2. Campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS dos Municípios de Fortaleza: Secretaria Executiva Regional III e IV, Itapipoca e Quixadá. Para seleção do campo de pesquisa, utilizou-se o sorteio em virtude do quantitativo de CAPS existentes no Estado do Ceará, que totaliza 20 unidades.

Cenário 1

Dentre os centros de atenção psicossocial implantados, a escolha para a pesquisa recaiu sobre os CAPS Quixadá (região 10 de saúde), Itapipoca (região 06 de saúde), Secretaria Executiva Regional SER III e na Secretaria Executiva Regional – SER IV, em Fortaleza-Ceará.

A cidade de Quixadá possui 71.382 habitantes, segundo dados da Gerência da 8.^a Microrregional de Saúde – Ceará. Desde 1993, contava com o trabalho de uma equipe de saúde mental que tem desenvolvido, de modo significativo, transformações no processo de atenção à saúde, através do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

O CAPS de Quixadá foi inaugurado em 13 de dezembro de 1993, pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá, município cuja sede está localizada a 170 km de Fortaleza. Este é pioneiro na inclusão de supervisão e no desenvolvimento de uma política de formação de trabalhadores, especialmente para a Reforma Psiquiátrica. No entanto, foi o terceiro a ser implantado.

Cenário 2

Itapipoca é o quarto município do Estado do Ceará em população, segundo dados da Receita Federal e do IBGE. Segundo a Receita Federal, a população itapipoquense é de 104.002 habitantes, sendo que, destes, 26.792 vivem na zona urbana e 77.210 na zona rural. Em relação ao tamanho da população, no Estado do Ceará, Itapipoca só é ultrapassada por Fortaleza, Juazeiro do Norte, e Sobral. Em relação à dimensão populacional, Itapipoca possui duas realidades ímpares: a primeira é o fato de que, a despeito dos demais municípios grandes do Estado do Ceará, sua população da zona rural é maior do que a da zona urbana; em segundo lugar, no período de 1996 a 2000, as cidades do Estado exceto a Capital têm apresentado uma diminuição de sua população ou uma estabilidade no crescimento, ou mesmo um crescimento pequeno, na faixa de 3% a 5%, enquanto que Itapipoca tem tido um aumento considerável, por volta dos 17,6%, no mesmo período.

O Município de Itapipoca possui sua localização geográfica equidistante entre dois centros urbanos, habitacionais, comerciais, industriais, políticos e administrativos do Estado do Ceará: Fortaleza e Sobral, permitindo a Itapipoca um crescimento econômico e um desenvolvimento social muito grande. É importante ressaltar que Itapipoca distancia-se de Fortaleza 132 km.

Na área da saúde, Itapipoca sedia a 6ª Microrregional de Saúde e um pólo de atendimento, seguindo as Normas Operacionais de Ações em Saúde – NOAS. Em Itapipoca funciona ainda um hospital da rede camiliana, o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, com 100 leitos, 2 enfermeiros, 57 auxiliares de enfermagem, 21 médicos, um laboratório de análises clínicas, aparelho de raios X. Em relação aos serviços públicos de saúde, a Secretaria de Saúde do Município possui 29 médicos, 28 enfermeiros, 47 auxiliares de enfermagem, equipes do Programa de Saúde da Família – PSF, Serviço de DST/AIDS, que trabalha com serviço de Educação em Saúde e distribuição de produtos anticonceptivos e preventivos contra DST/AIDS, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e Serviço de Nutrição.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Itapipoca foi constituído em 05 de julho de 1999, com o apoio da Prefeitura local através da sua Secretaria de Saúde.

Cenário 3 – Fortaleza

A cidade de Fortaleza possui 1.965.513 habitantes e é hoje a quinta maior cidade brasileira em população. Na região metropolitana de Fortaleza vivem 2.406.433 pessoas, distribuídas entre as cidades de Caucaia, com 209.150 habitantes, Maracanaú (160.065 habitantes) e Maranguape (71.705 habitantes). Portanto, é uma cidade que requer cuidados na área da saúde de forma geral e, em particular, merecido destaque para a área da saúde mental da população.

Conforme declarações do Prefeito Juraci Magalhães, de Fortaleza, sobre as necessidades em Saúde Mental da população, estas devem ser satisfeitas por meios e métodos mais atualizados, em substituição ao modelo centralizador e asilar. Essa é a diretriz básica da política de Saúde Mental implantada pela Administração do Prefeito da cidade de Fortaleza, que combate a cultura manicomial presente nas instituições da Capital. A nova sistemática oferece um modelo de assistência que torna desnecessária a internação em asilos. Essa nova política de saúde mental se concretiza através dos centros de atenção psicossocial – CAPS, que devem cobrir todas as comunidades de Fortaleza (Magalhães, 2001).

Os campos de pesquisa do Município de Fortaleza estão situados na Secretaria Executiva Regional III- SER III e Secretaria Executiva Regional IV- SER IV. O Centro de Atenção Psicossocial –CAPS- SER III foi criado em 1998 em parceria com o Hospital Universitário Walter Cantídio (da UFC), situado à Rua Capitão Francisco Pedro - Rodolfo Teófilo, em Fortaleza-Ceará. É importante ressaltar que o referido CAPS foi o pioneiro na capital. Conta em seu quadro 03 assistentes sociais, sendo que uma delas está atualmente na Coordenação do Serviço.

O segundo CAPS, da Secretaria Executiva Regional IV- SER IV, foi criado em 2001 e localiza-se à avenida Borges de Melo, 210, no Jardim América. Referida unidade é responsável pelo atendimento das comunidades dos bairros da Parangaba. Referido CAPS faz um trabalho integrado com o Hospital Distrital Maria José Barros de Oliveira (“Frotinha” de Parangaba).

2.3.3 Sujeitos da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram assistentes sociais e a equipe de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais) dos CAPS. Em se tratando de abordagem qualitativa, o procedimento amostral deixou de obedecer à representatividade, prevalecendo a amostra significativa, assim considerada pela sua capacidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões. Ressalta Minayo (1996) que a validade dessa amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente em todas as suas facetas.

Foram estabelecidos os seguintes critérios para a construção de amostra intencional: profissionais em exercício, há mais de seis meses no CAPS; em contato direto com a equipe e com pacientes com transtornos mentais e disponibilidade para participar da pesquisa.

Apresenta-se a seguir, o perfil dos respondentes, segundo suas características pessoais e profissionais. A amostra ficou constituída de 22 profissionais, sendo 19 do sexo feminino e apenas 3 do sexo masculino. Quanto à idade, 72% estão na faixa etária de 30 a 48 anos.

Tabela 01 – Faixa etária dos profissionais entrevistados nos CAPS do Estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2002

Idade (em anos)	Freqüência	%
23 – 29	6	28,0
30 – 36	8	36,0
37 – 48	8	36,0
TOTAL	22	100

Quanto à categoria profissional, 32% são assistentes sociais, distribuídos nas 3 unidades investigadas, conforme tabela a seguir:

Tabela 02 – Categoria profissional dos entrevistados. Fortaleza-CE, 2002

Categoria	CAPS 1 Fortaleza	CAPS 2 Itapipoca	CAPS 3 Quixadá	TOTAL
Médico	01	-	01	02
Assistente Social	05	01	01	07
Enfermeiro	01	01	-	02
Psicólogo	02	01	02	05
Terapeuta Ocupacional	02	02	02	06
TOTAL	11	05	06	22

Quanto ao tempo de titulação, 45,4% se graduaram há menos de 05 anos e se encontram na área da saúde mental há menos de 2 anos (tabela 03 e 04).

Tabela 03 – Tempo de graduado em anos dos profissionais entrevistados nos centros de atenção psicossocial- CAPS do Estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2002

Tempo de Graduação	Frequência	%
menos de 5 anos	10	45,4
6 – 10	06	27,3
11 – 15	04	18,2
mais de 15 anos	02	9,1
TOTAL	22	100

Tabela 04 – Tempo de trabalho em Saúde Mental (anos) - Fortaleza-CE, 2002

Tempo de trabalho na área da Saúde Mental	Frequência	%
menos de 2 anos	13	59,1
2 – 5	01	4,5
6 – 10	06	27,3
mais de 10 anos	02	9,1
TOTAL	22	100

Tabela 05 – Formação dos profissionais entrevistados na área da Saúde Mental, CAPS. Fortaleza-CE, 2002

Formação	Freqüência	Percentual
Nenhuma	8	36,4
Extensão	2	9,1
Especialização	10	45,5
Mestrado	2	9,1
TOTAL	22	100

Dentre os 22 (vinte e dois) profissionais entrevistados sobre sua formação na área de Saúde Mental, nos CAPS, verificou-se que dez (10), correspondendo, a 46%, aproximadamente, possuem especialização, enquanto 8 (oito) 37%, aproximadamente, só possuem graduação. Apenas 2 (dois), 9% aproximadamente, possuem mestrado.

Salienta-se, no entanto, que 55% dos entrevistados referem pós-graduação na área, e apenas 01 assistente social possui especialização em Saúde Mental Coletiva.

2.3.4 Coleta de dados

A técnica de coleta de dados constituiu-se de entrevista com roteiro de aprofundamento para captar e aprofundar as informações.

A entrevista semi-estruturada é uma técnica que valoriza a presença do investigador e oferece perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo o investigado, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais como também sua explicação e compreensão de sua totalidade (TRIVIÑOS, 1992).

Utilizou-se das seguintes questões norteadoras para a entrevista semi-estruturada (anexos 1 e 2):

- O que vem à cabeça quando se fala em Serviço Social na Saúde Mental?
- Que atividades são atribuídas ao assistente social na equipe de Saúde Mental?
- Qual o lugar do assistente social na equipe (à luz da experiência pessoal no CAPS)?

Questões Éticas

Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos e a importância do estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará – UECE (anexos 3 e 4), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

2.3.5 Tratamento dos dados

Para tratamento dos dados, empregou-se a técnica de análise de conteúdo, de Bardin (1977) e Vala (1999), um dos expedientes mais comuns nas investigações empíricas realizadas pelas diferentes Ciências Humanas e Sociais. Como técnica, pode integrar-se em qualquer dos tipos de procedimentos lógicos de investigação empírica.

A análise dos dados cumpriu as seguintes etapas:

- a) constituição do *corpus*;
- b) leitura flutuante;
- c) seleção das unidades de análise temática;
- d) decomposição e codificação;
- e) subcategorias e categorias;
- f) categorização;
- g) interpretação inferencial;

Primeira fase: análise

- Constituição do *corpus*

O *corpus* foi constituído pelas entrevistas realizadas com os assistentes sociais e demais técnicos da equipe dos CAPS. Primeiramente, transcreveu-se na íntegra e cuidadosamente todo o material gravado e obtido através da entrevista semi-estruturada. Em seguida, fez-se a leitura flutuante do *corpus* (entrevistas), cujo objetivo foi conhecer o conteúdo do material coletado; selecionou-se as unidades de análises temáticas, conforme Bardin (1977), classificadas em subcategorias e posteriormente nas categorias. Por fim, iniciou-se o recorte e a codificação das unidades com base nos objetivos propostos no estudo.

Segunda fase – descrição analítica

Com o tratamento dos resultados obtidos e pela interpretação dos dados brutos através das operações de codificação, classificação e categorias, procedeu-se à escolha das unidades, à classificação e agregação, com a finalidade de definir as categorias. A unidade de registro correspondeu ao segmento de conteúdo através da frase e unidade de contexto, o parágrafo. Na categorização, os dados foram agrupados de acordo com suas semelhanças, pertencendo a um mesmo agrupamento.

As categorias são elementos-chave do código do analista. A construção das categorias pode ser feita *a priori*, *a posteriori* ou através da combinação desses dois processos. Portanto, a definição de categorias passa pela leitura flutuante das descrições e a criação de códigos semânticos por semelhança e diferença. O investigador deve assegurar-se de sua exaustividade e exclusividade. Pretende-se, assim, garantir, no primeiro caso, que todas as unidades de registro possam ser incluídas numa das categorias; e no, segundo caso, que uma mesma unidade de registro só possa inserir-se em uma categoria.

Os dados foram tratados através de inferências e interpretações à luz da Teoria das Representações Sociais, bem como de leituras sobre o Serviço Social na Saúde Mental.

CAPÍTULO 3

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

O objetivo deste capítulo é apresentar as representações sociais sobre os assistentes sociais, elaboradas a partir da prática, as quais têm como campo de representação a auto-representação, isto é, como se identificam como assistentes sociais, que auto-imagem constroem como profissionais e como os outros membros da equipe de saúde mental a representam. O campo de representação constitui-se de dois momentos: como o assistente social representa sua prática, sendo destacados os elementos subcategoria 1, como agente assistencial; subcategoria 2, potencializador de mediações; subcategoria 3, agente complementar, colaborador; subcategoria 4, como terapeuta; e subcategoria 5, agente político. Em seguida foram elaboradas representações sociais de como os outros vêem o assistente social em sua prática cotidiana nos centros de atenção psicossocial, ou seja, a imagem da prática do assistente social por outros profissionais da equipe técnica, destacando-se: subcategoria 1, como agente assistencial; subcategoria 2, como potencializador de mediações; subcategoria 3, profissional da família; subcategoria 4, profissional auxiliar complementar; subcategoria 5, profissional dos direitos, da cidadania, da política; subcategoria 6, profissional terapeuta; subcategoria 7, agente educativo/socializador; subcategoria 8, profissional da inserção social; subcategoria 9, profissional do controle e subcategoria 10, agente multiplicador. Outros aspectos importantes destacados na análise dizem respeito à pessoa e à ação do assistente social no trabalho em equipe e à formação do assistente no campo da saúde mental.

3.1 O campo das representações sociais

Como sujeitos pertencentes a uma categoria profissional, sua identidade profissional é determinada por três instâncias: 1) pelo conjunto de fatores macroestruturais, que vão desde os aspectos econômicos, políticos e culturais que condicionaram a emergência da profissão na sociedade capitalista; 2) por um estatuto jurídico e ético que define quem pode exercer a profissão, as atribuições, os órgãos de defesa, os princípios, os direitos e os deveres, os quais possibilitam o sentimento de pertencer a um dado grupo social que, em tese, partilha um mesmo *ethos*, uma mesma formação técnica e teórica e ocupa uma posição específica no mercado de trabalho; 3) pela subjetividade de cada agente que traduzirá os demais aspectos a partir da experiência pessoal e visão de mundo.

Com relação ao primeiro aspecto, o Serviço Social surge como uma profissão socialmente determinada por um contexto sócio-histórico em que o Estado passa a intervir nos processos de regulação social, buscando disciplinar a força de trabalho e legitimar-se, processo bem retratado no acervo bibliográfico da profissão.

No Brasil, o Serviço Social emerge a partir da ação da Igreja, do empresariado e do Estado, nos anos 1930 no âmbito das estratégias de enfrentamento da questão social.

A questão social, em suas múltiplas expressões e repercussões na vida dos segmentos da classe trabalhadora, é a matéria-prima e justifica a emergência do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho. Seu espaço sócio-ocupacional, inicialmente, se configura na esfera da assistência social.

Com relação ao segundo aspecto, a atividade do assistente social é regulamentada como profissão autônoma no exercício de suas atividades, mas historicamente o assistente social inseriu-se no mercado de trabalho como profissional assalariado, sem controle de suas condições materiais, organizacionais e técnicas no desempenho de seu trabalho. Possui um Código de Ética próprio, datado de 13 de

março de 1993, Resolução CFESS n.º 290, que orienta sua conduta, bem como os seus direitos e deveres.

A Lei de Regulamentação da profissão é de 07 de junho de 1993, sob n.º 8.662, assegurando as competências e as atribuições privativas do assistente social.

Tal corpo normativo, disciplina e defende as condições básicas para o exercício da profissão do assistente social.

Além destes dispositivos, há as diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social, aprovadas pelo Conselho Nacional da Educação, que estabelece o currículo mínimo a ser atendido para formar este profissional; ou seja, todo profissional passa por um processo de socialização na escola universitária que lhe vai oferecer uma formação profissional específica que o habilitará para o exercício profissional.

Por fim, a identidade profissional do assistente social se expressa na realidade vivida e representada na e pela consciência dos agentes profissionais, isto é, cada profissional confere uma marca pessoal à identidade profissional.

O assistente social percebido pelos membros da equipe de saúde interioriza modelos de ação e condutas coletivas, reinterpretando-os a partir de sua experiência e consciência; Vale dizer que a representação elaborada por outros técnicos da equipe é constituída socialmente como uma experiência coletiva e individual. Neste sentido, a representação social é concebida como

... um sistema de interpretação da realidade, organizando as relações entre indivíduos com o mundo e orientando as suas condutas e comportamentos no meio social. Tal sistema de interpretação se enraíza nas formas de comunicação social permitindo ao indivíduo interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta (PERRUSI, 1995: p. 61).

Neste sentido, cada experiência social pode levar a uma representação singular do que seja o ser do Serviço Social. Assim, várias representações foram identificadas e serão retratadas a seguir.

3.1.1 Auto-representação - o assistente social representa sua prática

Historicamente é pela prestação de serviços de natureza assistencial que o assistente social está situado no espaço sócio-ocupacional. A arena própria de trabalho do assistente social localiza-se na administração e execução de assistência social, atualmente definida como uma política pública.

Ao longo da historiografia da categoria e no imaginário social, o assistente social é o profissional da assistência social.

Subcategoria 1 – Como agente assistencial

Apesar de todos os assistentes sociais dos CAPS atenderem demandas de natureza assistencial no dia-a-dia profissional, e de reconhecerem que esta é uma marca histórica de sua profissão parecem assumir tal representação tanto como uma identidade atribuída, conforme manifesta um assistente social:

O Serviço Social também tem assim alguns papéis bem tradicionais mesmo da nossa categoria [...] uma demanda específica do Serviço Social [...] chega no Balcão, a pessoa fala naquele assunto – ah! É com o Serviço Social. Se chega para o médico e fala um pouco, chora falando que está com a situação sócio econômica difícil, é com o Serviço Social. Encaminha imediatamente (AS, 02).

Assim, os demais profissionais promovem uma triagem antecipada, selecionando o que é específico do assistente social. É através do Balcão da cidadania que os problemas que demandam intervenções no campo assistencial são equacionados.

Em geral, o assistente social trabalha no CAPS, no campo assistencial, de maneira indireta, acionando a intersetorialidade, a articulação da Saúde Mental com as demais políticas sociais ou do CAPS com as outras instituições sociais.

Neste sentido, uma auto-representação comum aos assistentes sociais remete à potencialização de mediações, orientada em várias direções.

Subcategoria 2 – Potencializador de mediações

O assistente social no CAPS é um agente potencializador de mediações por excelência, ao articular, construir pontes relacionais em vários sentidos, principalmente entre o “dentro e o fora do serviço” de Saúde Mental, entre usuários e família e entre CAPS e família.

a gente tem um papel nesse processo de articulação usuário-família, serviço-família né! Que realmente tem que acontecer (AS, 05).

Tal papel tende a possibilitar uma visão de totalidade, pois a visão do assistente social amplia-se para além do transtorno mental e para além dos modos de ver específicos de cada profissional da equipe do CAPS, como reconhece a própria assistente social.

... eu acho que a gente tem na nossa ... na gênese da nossa qualificação essa, essa coisa do estar buscando articular, mediar, né! Então a gente sempre está buscando essa integração entre os diversos olhares, entre os diversos saberes profissionais (AS, 05).

A formação generalista e totalizante, que para alguns profissionais constitui a neurose da profissão por só abrir frentes e visões, na representação do assistente social pode transformar-se numa perspectiva de melhor cimentar; integrar as diferentes perspectivas da equipe. Nesse sentido, pode-se indagar: será que a formação profissional do assistente social já está calcada numa perspectiva interdisciplinar? Tem realmente qualificação para enxergar de forma totalizante? Parece que, no dia-a-dia da prática, tal representação nem sempre se efetiva, podendo acontecer em alguns CAPS em particular, em decorrência da própria formação do assistente social ou histórico de construção do trabalho em equipe; ou seja, supõe-se que a formação profissional em si mesma não qualifica o assistente social para o trabalho em Saúde Mental, como se verá em outro item.

O assistente social interpreta ainda sua identidade profissional, associando-a à potencialização de mediações com a comunidade consoante, bem retratado nos dois depoimentos a seguir:

... uma das atividades fundamentais dentre outras pra gente no CAPS é o trabalho com a própria comunidade sobre o sentido do CAPS. Que instituição é essa? Como nasceu? De onde vem? Por quê? (AS, 02).

Além de representar o Serviço de Saúde Mental diante da comunidade, traduzindo sua natureza, significado e história, o assistente social amplia as relações do CAPS, situando-o na comunidade, envolvendo e criando redes sociais de apoio, ampliando aparelhos sociais para participar das ações intersetoriais no campo da saúde mental.

... ela coordena uma política, que é a política de relações comunitárias. É um trabalho muito amplo o trabalho do Serviço Social, porque ele não se esgota dentro do serviço, dentro da unidade de saúde que é o CAPS, ele é muito mais externo né. A delimitação dele assim é muito abrangente dependendo do caso, às vezes a gente tem que envolver toda a rede social e aí é envolve a justiça, envolve a própria, as secretarias de geração de trabalho e renda, a secretaria social, com todos os benefícios sociais que ele tem e envolve a secretaria de educação porque muitas vezes é um caso que a escola traz pra gente e a gente vai trabalhar essa escola. Então ele abrange a sociedade, eu acho que não se delimita no serviço, ele vai muito além. Abrange a rede social e essa rede social precisa ser trabalhada, senão nosso trabalho ele não consegue deslanchar mesmo como se diz ou então você fica no assistencialismo ou então no emergencialismo, resolve o que é de emergencial, a crise (AS, 07).

Neste sentido, a atuação do assistente social efetivamente extrapola o âmbito do indivíduo portador de transtorno mental e sua enfermidade e dirige-se para sua rede de relações sociais, buscando tecer modos de atuar e mobilizar outros recursos, tanto assistenciais quanto relacionais.

Os recursos assistenciais, como visto, começam a ser mobilizados no interior do próprio CAPS, através do Balcão da cidadania. O fato de o próprio CAPS não ter inscrito no rol de sua prestação de serviços a assistência social obriga o profissional a se lançar para fora do serviço e buscar construir parcerias e novas possibilidades com as outras políticas sociais.

Em termos dos recursos relacionais, o assistente social procura desmistificar o transtorno mental na rede social do portador de transtorno mental, combatendo o estigma.

Mas, é também através da mobilização dos recursos relacionais que o assistente social recupera as ancoragens que se encontram na origem da profissão através dos elementos vocacionais, como a valorização de qualidades pessoais, o apelo humanista, o discurso altruísta, desinteressado e de harmonia nas relações sociais e, sobretudo, interpessoais. Assim o assistente social se representa como um serviço

... o Serviço Social é um serviço, como diz, essencial.[...] Tem que se diferenciar em alguns aspectos, né! Compreender melhor o outro, né! De saber ouvir [...] Saber ouvir, saber valorizar, trabalhar na valorização do outro [...] Desse trabalho de ajuda né! De estímulo, de valorização do outro (AS, 04).

... mas a gente não perdeu a dimensão da ajuda né! Não no sentido piegas da coisa, da filosofia nada disso. Mas no sentido de saber acolher né! Saber socializar os conflitos (AS, 05).

As dimensões de serviço e de ajuda são assim permanentemente renovadas pelos agentes profissionais que encontram respaldo nos próprios programas, como o Programa de Humanização dos serviços hospitalares do Governo Federal.

Se a humanização dos serviços constitui um apelo importante na relação entre os demais profissionais de saúde e os seus usuários em virtude da massificação e despersonalização do atendimento, favorecido inclusive pelos avanços tecnológicos, para o assistente social, é um aspecto delicado da sua própria constituição como profissional.

O assistente social carrega em sua identidade todo um apelo humanista, vocacional e messiânico, que tende a desprofissionalizar/desqualificar sua intervenção técnica e política.

O acolhimento como um ato de receber e atender o usuário e ser receptivo às suas diferenças em termos de ter outra singularidade e subjetividade pode reforçar o tradicional messianismo e voluntarismo na profissão, cerceando a construção da cidadania dos portadores de transtorno mental, como implícito neste depoimento:

... Como é um canal mais aberto, assim, de acesso, então as pessoas acabam me procurando e você tem que redirecionar, olha tem que ter reavaliação; aí você pode facilitar, marcar a reavaliação o quanto antes e lá tentar agendar, tentar facilitar esse caminho. Tem muito isso também porque a recepção ela é muito rígida. A sua consulta está marcada para tal dia e mudar esse dia vai trazer transtorno para os nossos serviços e às vezes a pessoa não precisa mudar de medicação, então é assim, você lida na Saúde Mental ou melhor a gente precisa lidar com uma certa flexibilidade e isso é difícil (AS, 02).

Tal aspecto reproduz-se não só com o CAPS mas também com os demais serviços. O assistente social utiliza o poder de influência pessoal e profissional para garantir certos atendimentos, reeditando as ações clientelistas em seu cotidiano profissional:

... uma outra atividade, são os atendimentos individuais, que são aqueles atendimentos peculiares a nossa profissão, aquela coisa mais imediata eu não gosto de usar o termo mais da rotina. Do usuário chegar até nós para buscar um pouco, a gente costuma dizer até desburocratizar certos serviços. Alguma coisa que ele não tenha conseguido naquele momento, não é. Algum encaminhamento mais imediato, para um serviço. Como a gente tem uma relação muito estreita com o Hospital das Clínicas, muitas vezes a gente facilita consultas clínicas. Então é essa dimensão mais do cotidiano realmente, esses atendimentos mais imediatos de informação não é (AS 05).

O assistente social reforça a cidadania relacional, personalista, sem construir estratégias que impulsionem os direitos sociais e a cidadania plena, universal e impessoal.

Tal intervenção tem repercussões significativas no dia-a-dia profissional, na relação de alguns assistentes sociais com outros profissionais da equipe e na qualidade dos serviços prestados, como implícito no relato a seguir:

E o médico ele assim não tem sido disponível no CAPS para fazer anamnese [...] quem tem feito é a terapeuta ocupacional, o assistente social [...] Porque a anamnese demora 40 minutos, meia hora. Então é como se o médico ele não pudesse ficar esse tempo atendendo alguém porque ele tem 04 (quatro) horas mas o poder dele é diferente. Então ele fica uma hora né! Enquanto que toda equipe cumpre a carga horária [...] Então a gente lida com isso também, com a diferença de tratamento. E é como se isso já estivesse legitimado (A S, 02).

Apesar de entender a problemática na qual está inserido, paradoxalmente, o assistente social não se percebe como legitimador de tais práticas ao otimizar o tempo,

por exemplo, do médico. Ao fazer o trabalho do outro, sem construir estratégia para modificar tal panorama, acaba referendando o *status quo*, correndo o risco de estar burlando a ética profissional.

Mas nem todo assistente social se representa desta maneira. Outros admitem que desenvolvem uma ação subsidiária, complementar, mas com outra significação, isto é, o sentido é ancorado no contexto do cotidiano de sua prática.

Subcategoria 3 – Como agente complementar, colaborador

Como visto, cada CAPS e cada equipe têm sua história e maneira singular de se estruturar. Neste contexto, as representações que cada assistente social constrói de si mesmo e de sua profissão resultam diversificadas. Uma das variações remete à representação de agente colaborador como sentimento de ser valorizado mediante os profissionais da equipe e que o trabalho é processual imbricado na parceria:

... o meu lugar [...] é de colaboração. [...] Acho que o Serviço Social é apenas peça também de um processo. Não é nem mais, nem menos. [...] A gente trabalha e leva o trabalho processual [...] A gente tem a mesma importância do enfermeiro, dos médicos, da psicologia, das terapeutas, de todo mundo enfim (A S, 04).

No processo de trabalho da equipe, parece haver, no caso, a horizontalidade almejada em um trabalho realizado em comum, tendo os mesmos objetivos. Nesta perspectiva, o assistente social se representa como um coadjuvante, imagem bem condensada na “peça“ que, por sua vez, é localizada em um processo, em um movimento, uma dinâmica de trabalho.

A imagem da peça tanto reporta às engrenagens de uma máquina, quanto ao jogo de tabuleiro ou mesmo à composição dramática em que o assistente social executa um papel com o mesmo nível de importância dos demais profissionais de nível superior.

Mas, em outras equipes, a representação do assistente social como agente complementar colaborador recai na possibilidade de poupar o trabalho do outro

profissional em relação à compreensão do processo saúde – doença, da qual o médico é o principal agente do conhecimento, e a partir desse conhecimento desmistificar crenças, valores, medos e temores.

... saber como é que é a história de vida dele né! O processo de doença, né! Tentar caracterizar e entender como é que está se passando e tentar mapear um pouco, decodificando através das colocações dele né! Mais ou menos apontar um diagnóstico para que a gente possa [...] Para que esse histórico possa servir de subsídio para uma avaliação mais contundente. No caso que é realizado pelo médico psiquiatra né! Então é onde a gente vai tratar o panorama geral da vida desse usuário né! E da justamente as suas queixas principais e seu histórico de vida [...] Pra desmistificar algumas coisas que ele já traz consigo como preconceito, como medos, como temores (AS, 05).

No contato inicial, fica evidente a centralização da abordagem do assistente social na própria enfermidade. A finalidade da intervenção resta clara- subsidiar a ação do médico psiquiatra. Neste contexto, o assistente social bem se caracteriza como um agente paramédico.

O próprio recorte da abordagem tem por eixo “as queixas”, uma terminologia própria do campo médico. O assistente social parece ter dificuldade em reconstruir a demanda que lhe chega fora do espectro do campo médico.

Não faz nenhuma alusão às repercussões do transtorno mental nas relações sociais do portador de transtorno mental, por exemplo, o impacto sobre as relações familiares, de amizade, de trabalho; as habilidades que ficaram comprometidas com a enfermidade. A abordagem parece encerrar-se no próprio portador de transtorno mental e, nos seus processos interiores, medo, temor. O preconceito, embora um componente do processo interativo e dos valores sociais, perde sua densidade na abordagem mais voltada para a própria pessoa enferma.

Conformando esta autoidentificação com o ser interior psicológico do portador de transtorno mental, emerge a representação dos assistentes sociais como terapeutas.

Subcategoria 4 – Como terapeuta

Há elaborações de representações sociais diferenciadas para alguns assistentes sociais, quando se representam como terapeuta, dimensionando essa subcategoria como reinserção do portador de transtorno mental, através de atividades, comunicação interpessoal dialógica com os usuários, buscando compreender suas particularidades, a fim de promover sua saúde mental.

... eu creio que seja a própria filosofia dos CAPS a questão da interdisciplinaridade. Então aqui nós costumamos dizer que todos nós somos terapeutas né, de acordo com a afinidade que o paciente vai ter. Então os assistentes sociais dos CAPS, ele é mais um terapeuta da equipe. Eu vejo que esse é o grande papel assim, o lugar que o Serviço Social tem e daí como terapeuta ele vai dentro das suas atividades, dentro do seu papel mesmo dentro da equipe, fazer com que o paciente seja reinserido na sociedade. Mas, também, com que ele venha promover a saúde dele como um todo. Eu acredito que esse é o grande lugar do assistente social na equipe é de terapeuta também (AS, 02)

Um dos elementos representados pelos atores sociais investigados, como importante na mediação do trabalho em equipe, diz respeito à interdisciplinaridade como uma diluição da particularidade de cada profissional de nível superior. É uma representação ilusória, haja vista o fato de que cada agente profissional não só participa de uma categoria profissional específica como também responde juridicamente por um conjunto de atribuições exclusivas, bem como por um código de ética próprio, embora haja muitos elementos em comum entre as diversas categorias.

É claro que há vários entendimentos da interdisciplinaridade com esta perspectiva também. As fronteiras profissionais e de saberes se ampliam em busca da construção de um sujeito coletivo, mas, paralelo ao crescimento da perspectiva interdisciplinar, há também, como resistência a sua ampliação, a emergência de um neocorporativismo.

Apesar de este trabalho partilhar da perspectiva interdisciplinar, não dá para esquecer que a inserção dos diferentes profissionais na equipe acontece por intermédio de suas identidades tradicionais e por elas respondem perante os usuários e a sociedade.

Há competências específicas, bem como certas qualificações e habilitações que, no caso particular do assistente social, sua formação profissional não supriu.

Conforme o dicionário, terapeuta é a “pessoa que exerce a terapêutica; pessoa que conhece bem as indicações terapêuticas” (BUENO, 1984).

Por sua vez, a terapêutica é definida como a “Parte da medicina que trata da escolha e administração dos meios de curar doenças, de acordo com sua natureza; tratamento das doenças” (Idem).

Neste sentido, pode-se perguntar: qual a formação específica do assistente social como terapeuta? Quem o habilitou para tal atividade? Em que medida o assistente social pode responder jurídica e socialmente como terapeuta?

A literatura profissional contemporânea é contundente ao negar as abordagens de cunho “psicologizante”, ao ponto de, como reconhece Vasconcelos (2000), ter levado ao recalcamento do tema da subjetividade, das emoções, do inconsciente.

Os conselhos regionais e o Conselho Federal da categoria ainda não se posicionaram, por exemplo, em relação ao assistente social como terapeuta de família ou ao Serviço Social clínico.

Neste sentido, todos os elementos apresentados levam à conclusão de que os assistentes sociais que se representam como terapeutas estarão violando o Código de Ética da profissão e a Lei de Regulamentação da profissão, pois tal atribuição não consta como uma prerrogativa profissional da categoria, nem mesmo tem uma capacitação pessoal e técnica para tanto, como exige o Art. 4º. parágrafo f. do Código de Ética.

Contudo é inegável que alguns resultados da intervenção do assistente social, bem como de qualquer ser humano em interação com seus pares, podem ter efeitos terapêuticos, bem explícitos no caso da catarse em que o usuário, após um longo processo de escuta, pode sair de uma entrevista sentindo-se aliviado ou com seu

estado emocional melhorado. Outro indicador encontra-se no processo de acolhimento, na recepção e aceitação da singularidade do portador de transtorno mental pelos profissionais do CAPS.

Desse modo, explicita-se o cuidado que os assistentes sociais devem ter com a auto-identificação de terapeuta. Parte significativa dos assistentes sociais tem procurado uma formação específica em Saúde Mental através da terapia de família, um campo atualmente em litígio com a Psicologia e ainda não equacionado.

A terapia familiar é um campo mais clínico e dirigido para o segmento de classe média, que pode pagar pela intervenção do profissional. As críticas em relação a este tipo de formação do assistente social foram realizadas por Teixeira (1997) e Vasconcelos (2000).

Em Saúde Mental, uma demanda reconhecida pelos assistentes sociais e ainda pouco qualificada pela categoria é exatamente a área das relações familiares, como reconhece uma assistente social.

... a gente tem um papel fundamental enquanto profissão que trabalha no eixo central que é a família, que casa perfeitamente com o ideal do CAPS que é justamente o sentido da integração do usuário, de trabalhar o sofrimento mental daquele usuário. Não desvinculando do contexto sócio-familiar. Então eu acho que nesse aspecto que a gente tem um papel fundamental (AS, 05).

O assistente social, na sua intervenção, necessariamente alarga o seu campo para o território familiar. Em Saúde Mental, além da desinformação da família e sobretudo do cuidador acerca do transtorno mental, o grupo precisa ser capacitado no complexo manejo cotidiano da enfermidade, como refere Rosa (2000).

A família é a principal potencializadora de mediações do portador de transtorno mental com a sociedade. A parceria entre o CAPS e a família é determinante no processo de reinserção daquele na sociedade.

Um avanço do CAPS é o investimento que faz nas visitas domiciliares, momento em que no geral dois profissionais dirigem-se até a residência e abordam o cuidador, avaliando *in loco* as condições de vida e as relações entre a família e o

usuário direto do serviço. Mas o assistente social, ainda que situando o eixo de seu papel na família, necessita de maior qualificação e formação também para abordar este grupo.

De um modo geral, o assistente social na Saúde Mental tem a identidade construída entre as dimensões psicológicas e sociais, mas o político também é realçado neste cenário.

Subcategoria 5 – Como agente político

Outro aspecto da auto-representação de alguns assistentes sociais está inscrito na arena do político, como manifesto pelos elementos representacionais: atento às leis, buscando a efetivação dos direitos dos usuários de saúde mental.

... a ação do assistente social inicia no psicossocial. [...] o Serviço Social traz também esse arejar de fora, que a gente tem uma formação mais política que os outros profissionais. Então, a gente está sempre atento às leis, a gente está trazendo isso. Está vivenciando isso no cotidiano e está aprendendo a cobrar (AS, 06).

A formação profissional direcionada para as macroestruturas tendem a permitir ao assistente social um alargamento de atenções para os aspectos econômicos, políticos, culturais e conjunturais, como reconhece a profissional.

O político é remetido às leis, ao caráter mais formal do Direito, que, para ser efetivado, tem que ser construído e reivindicado no cotidiano, como admite a assistente social. Faz parte de um aprendizado que paulatinamente pode interferir nas relações de poder, pois,

... O Serviço Social [...] acabou conduzindo a formação do conselho [...] Incentivou e que mobilizou e que trabalhou com os grupos de saúde, da família local, com as associações, com outras unidades de saúde [...] organizar o conselho de saúde local (AS, 01).

Como visto, o assistente social como um agente político pode elevar sua atuação da esfera do sujeito subjetivo para a ação organizada e coletiva.

Utilizando os espaços previstos por lei contribui para a construção de uma cidadania ativa dos usuários, através do exercício do controle social dos serviços de saúde. Neste mesmo diapasão, quando efetivam sua condição de agente político, alguns assistentes sociais admitem que projetam uma imagem para os demais profissionais da equipe. Interessante é notar que durante os depoimentos raramente os assistentes sociais fizeram alusão a sua imagem projetada para os demais membros da equipe.

A imagem refletida é percebida como traduzida de forma negativa pelos demais membros da equipe, quando é a própria equipe ou algum profissional em particular o alvo da ação política do assistente social, como exemplificado:

O Serviço Social acaba ocupando um espaço de ficar o tempo inteiro meio que reclamando uma equipe. A existência de uma equipe mesmo. [...] Uma equipe que converse, uma equipe que constrói um projeto. Uma equipe que pense junto, que defina suas ações, que interaja um com o outro. Isso a gente não tem. [...] mas o Serviço Social tem aberto uma discussão, um debate constante lá dentro para que a gente crie um CAPS de verdade. Então a gente tem dificuldade de fazer uma visita domiciliar. Se tiver demanda para que o médico vá, o médico não quer ir. Esses dias o Serviço Social teve que colocar para os demais profissionais que era omissão de socorro, uma situação, uma pessoa com depressão, não reagia não levantava da cama, estava com uma palidez importante e outras questões. E tem uma pilha lá de demanda para visita né e assim, foi colocado para a equipe e ninguém quer fazer a visita. O médico não quer fazer a visita né, então a gente vai e pega a questão da legislação e fala, olha isso é omissão de socorro, isso é o papel do CAPS e tal. Então é assim o Serviço Social ele acaba realizando as atividades que outros profissionais poderiam realizar (AS, 02).

A identidade atribuída de reclamante e crítica situa alguns assistentes sociais como agentes de revitalização, de repensar o que há de novo nestes novos serviços em saúde mental. Buscam impulsionar uma nova modalidade de trabalho coletivo e, quando este coletivo é ilusório, procura através dos instrumentos legais exigir a qualidade na prestação de serviços dos profissionais, singularmente. Todavia, nem sempre a ação política do assistente social produz resultados, algumas vezes assume mesmo as tarefas dos demais colegas da equipe.

Na luta cotidiana por modificar a dinâmica da equipe e do próprio serviço, alguns assistentes sociais contam com o recurso da persistência e do conhecimento para manter a auto-representação preservada:

... algumas categorias nos apontam como a categoria um pouco vamos dizer assim, encrenqueira, popularmente falando. Porque a gente está sempre a questionar, a buscar, a fazer valer o que realmente a gente concebe como certo. Então a gente tem esse pequeno probleminha assim, mas eu acho que é tudo uma questão de tempo, a gente precisa demonstrar que a gente sabe fazer então quando a gente mostra que sabe fazer, quando a gente detém algum conhecimento de alguma forma a gente está legitimando um poder, se faz respeitar (A S, 06).

Para manter a auto-representação, como reconhece esta assistente social, não basta ser, não basta a auto-affirmação, mas necessita mostrar o saber-fazer por meio do conhecimento.

Os atributos conferidos após uma formação profissional específica, pela preservação de um espaço sócio-ocupacional próprio e por um estatuto jurídico ético-político singular, constituem parte da identidade e da imagem do ser assistente social.

Não basta o auto-reconhecimento, pois é na relação com as demais categorias profissionais, com os usuários e com a sociedade, que o assistente social se afirma como um profissional. Não basta dizer “eu sou um assistente social”. Tem que “saber-fazer”. Assim, é na prática, na ação intencional que transforma ou reproduz uma realidade ou um objeto específico que o assistente social se constrói. Mostra quem é como profissional.

É na capacidade de produzir mudança que o assistente social legitimará sua imagem nos CAPS do Ceará.

3.1.2 A imagem da prática do assistente social por outros profissionais

A representação social é uma teoria significativa, por permitir explicitar aspectos expressivos das relações dos profissionais na equipe de saúde mental. Entre suas funções, encontra-se a construção da identidade, que permite localizar uma pessoa e seu grupo social. No caso do presente estudo, o Serviço Social, em um campo social que lhe confere uma identidade social.

Como visto no item anterior, em que 07 assistentes sociais foram entrevistados, no momento presente, serão examinadas as representações sociais de 15 profissionais de nível superior que integram as equipes dos novos serviços em saúde mental, sendo 06 terapeutas ocupacionais, 05 psicólogos, 02 enfermeiras e 02 médicos psiquiatras, sendo 12 do sexo feminino e 03 do sexo masculino (dois psicólogos e um psiquiatra).

A forma como os demais integrantes da equipe vislumbram, representam o assistente social, é fundamental na construção do processo interativo e de trabalho no CAPS.

Uma dimensão da realidade é a forma como o assistente social se representa, se identifica como um profissional componente da equipe através de sua fala e de sua ação profissional. Outra dimensão é como a imagem lançada é apreendida e reconstruída pelos demais profissionais, que podem reforçá-la, negá-la ou dar-lhe novos tons, distorcendo ou conferindo-lhe outras densidades.

A imagem que os outros profissionais produzem do assistente social está relacionada, sobretudo, com a imagem social que esta categoria construiu historicamente e com o seu lugar na divisão social e técnica do trabalho. Pela multiplicidade de ações atribuídas ao assistente social na equipe, correspondeu uma diversidade de representações deste profissional, conforme explicitado no quadro a seguir.

Quadro 03 - A imagem da prática do assistente social por outros profissionais

Descrição	Número de vezes citadas
Agente assistencial	11
Potencializador de mediações	10
Profissional da família	08
Profissional auxiliar/complementar	06
Profissional dos direitos, da cidadania, da política	05
Terapeuta	04
Agente educativo/socializador	02
Profissional da inserção	02
Profissional do controle	01
Agente multiplicador	01

Conforme este quadro, 10 representações sociais emergiram da percepção dos profissionais de nível superior. Inicialmente ganha destaque a representação social do assistente social como o agente da assistência.

Subcategoria 1 – Agente assistencial.

Interessante é ressaltar que uma diversidade de representações sociais do Serviço Social emergiu nas falas dos demais profissionais da equipe, construídas a partir da ação cotidiana, que se caracteriza por uma multiplicidade de ações desenvolvidas pelos assistentes sociais. Mas a representação social que se explicitou de forma hegemônica remete de forma direta ou indireta à imagem do assistente social como o agente privilegiado da assistência.

Muito embora haja uma crise na materialidade da esfera assistencial no dia-a-dia do assistente social, sua imagem tradicional persiste ancorada na “ajuda” material, no fornecimento de bens em função das dificuldades socioeconômicas dos usuários dos CAPS.

Entre os bens mais atrelados à imagem do assistente social, como um agente da assistência, destacaram-se o vale transporte e os benefícios previdenciários.

... questão das oficinas terapêuticas, nós iniciamos programas mais muita das vezes não podemos executar porque depende de um vale transporte, e quem é que vê isso? O Serviço Social né. Ele tem que buscar isso para dar esse suporte ao paciente, para que o paciente realmente participe das oficinas produtivas. Porque se não tiver esse vale, como será que ele vem, se as dificuldades atacam a maioria dos nossos pacientes de queixas difusas, de depressão. A dificuldade dele é a questão financeira, né” (TO, 01).

“Bom aqui há uma grande procura né, por aposentadoria/eu sei que aqui nós não podemos fazer muitas coisas né. [...] as pessoas vem aqui só atrás do atestado e da assistente social para a questão da aposentadoria. Ai nesse caso eu encaminho para ela explicar como é esse processo, as vezes as pessoas estão desinformadas mesmo, acham que aqui nós damos a aposentadoria e não é. Então eu mando mesmo para essa questão dela [assistente social] explicar como é todo o processo (Psicólogo, 4)

“[...] na realidade a maior parte dos problemas das pessoas que me procuram aqui é relacionado muito mais à questão socioeconômica né. Então a atuação do assistente social, a minha relação com ela é muito direta ta entendendo. [...] ela orienta as questões de atuação em licença, em INSS, essas questões de aposentadoria, todos os pacientes sempre precisam disso aí, está certo então sempre os encaminho ao assistente social (Médico, 12).

Tendo em vista a realidade das condições socioeconômicas do portador de transtorno mental, o assistente social é demandado pelos demais profissionais da equipe a realizar orientações sobre os benefícios previdenciários, bem como a encontrar formas de oferecer suporte através do vale transporte ou ajuda financeira para aquisição de medicamentos ou outro bem que lhes garanta a manutenção do tratamento no CAPS.

Dessa maneira, é buscada uma atenção integral ao portador de transtorno mental, através da prática do encaminhamento de uma categoria profissional a outra, dentro da particularidade das atribuições técnicas de cada segmento.

A intervenção do assistente social, dentro de suas atribuições profissionais e considerando as limitações econômicas dos usuários do CAPS, torna-se fundamental na trajetória de obstáculos a serem vencidos para se ter não só acesso, mas também a continuidade a um tratamento em saúde mental.

O campo assistencial parece um detalhe, mas, tendo em vista o nível de pobreza do portador de transtorno mental em termos educativos e de direitos em geral, é um detalhe que pode ganhar, por vezes, uma dimensão de garantia do direito à saúde.

Mas, como visto nas representações e na prática do assistente social, a arena assistencial nos CAPS fica reduzida, no geral, às respostas de natureza informativa, e é operacionalizada através do encaminhamento aos recursos da comunidade.

Neste contexto, fica a indagação acerca da real resolubilidade desses encaminhamentos. O portador de transtorno mental é encaminhado com a garantia de ser atendido em sua demanda ou é uma forma de repassar a responsabilidade da saúde mental para a política de assistência? A quem cabe responder pela pessoa que carrega historicamente o peso do duplo estigma de ser pobre e portador de transtorno mental? Há um campo de tensão ainda não muito bem explicitado e politizado entre os dois campos de política social: a saúde mental e a assistência, sobretudo quando o portador de transtorno mental não tem moradia nem família. Ao sair de alta médica do serviço de Saúde Mental, este tipo de usuário deve ser encaminhado para a área da assistência ou deve manter-se como um morador de rua?

A própria esfera assistencial, quando esvaziada de seu conteúdo material de bens e serviços, exige determinadas qualidades relacionais do assistente social, as quais conformarão a próxima representação social construída deste profissional.

Subcategoria 2 – Potencializador de mediações

Dez profissionais indicaram o assistente social como potencializador de mediações, adotando vários qualificativos que condensam o significado construído deste profissional como articulador de instâncias diferentes. Assim, o assistente social foi qualificado como “elo”, “intercâmbio”, interligação; como manifesto:

... todos nós profissionais da área de saúde trabalhamos com comunidade, mas o assistente social é como se diz a formação básica do assistente social, então dentro da área de saúde mental, principalmente no Centro de Atenção Psicossocial, essa visão esse profissional é de fundamental importância

sabe, juntamente com o terapeuta ocupacional, do médico, do enfermeiro, sabe, porque é essa inter-ligação que nós temos, por exemplo, temos várias oficinas, vários trabalhos de arte que a gente descobre que o paciente precisa de um trabalho lá fora e a assistente social, faz esse papel de buscar e trazer, levar esse paciente né ao balcão da cidadania (T.O, 01).

... porque o assistente social faz o intercâmbio entre o terapeuta e assistido justamente na hora de enviá-lo para qualquer tipo de programação, de programa dentro do CAPS (TO, 03).

... O assistente social, ela faz com que essa ligação fique mais clara para o cliente, porque geralmente as pessoas procuram o serviço para se tratar no ambulatório, a maioria da clientela não conhece o serviço de um CAPS. O que se percebe de saúde mental é a questão tipo asilar, então eles acham que vão lá, que vão ser tratados e medicados e encerra a função dos profissionais, como O CAPS tem uma outra lógica, o serviço social faz essa ligação do serviço com o social ou como a gente chama o psicossocial. Então questões como aposentadoria, é o auxílio na medicação, quando a pessoa não tem recursos, o Serviço Social tem essa mobilidade dentro do serviço e dentro de outros serviços que fazem o sistema local de saúde (Psicólogo, 08).

O assistente social é representado, então, como o profissional encarregado tanto de cimentar as relações que se desenvolvem entre o usuário e o CAPS, quanto entre o CAPS e os demais serviços e políticas sociais e da comunidade em geral.

É reconhecido assim como o articulador, por excelência o delegado do CAPS a representar o serviço na ativação da intersetorialidade com as demais políticas sociais, como no primeiro caso, as políticas de geração de emprego e renda. Ou ainda intermedeia as relações entre os demais profissionais de Saúde Mental e os usuários dos CAPS, viabilizando a participação deste na programação terapêutica, ampliando o trabalho de interpretação do serviço; isto é, esclarece o que é o serviço – CAPS e qual a sua rotina (lógica), contribuindo na mudança da cultura manicomial que historicamente se prendeu ao oferecimento de internação e prescrição medicamentosa, mantendo o usuário passivo e alienado, incapacitando-o e institucionalizando-o.

A representação de sua intervenção está situada na esfera psicossocial, pois promove as pontes entre o dentro e o fora do CAPS. De forma explícita, é representado por um médico psiquiatra como o profissional da reinserção social.

... tudo o que nós fazemos né, no serviço pode estar vinculado diretamente ao assistente social, porque ele na minha visão é a porta de saída do serviço

e aqui nós discutimos muito isso, cliente que entra para um tratamento no CAPS, ele entra para ser preparado para sair, via Serviço Social, principalmente os clientes é, com psicose e tudo. Então essa é a nossa idéia, do CAPS como uma usina de cidadania. O CAPS não é o novo lugar do doente, não é uma casa dos loucos [...] é uma casa na cidade, que atua na cidade (Médico, 13).

Reconhecido como o profissional que atua na “porta de saída do serviço”, a representação do assistente social ganha uma dimensão de principal agente da reinserção social e da construção de uma cidadania do portador de transtorno mental.

Ao ser uma casa, o CAPS se insere na cidade e no lugar comum das pessoas e neste contexto é o assistente social o grande mentor da construção de relações sociais.

O psiquiatra remete o assistente social às origens da profissão na área da Saúde Mental, pois, no contexto do *after care*, nos Estados Unidos, nos anos 1905 a 1910, este profissional atuava na comunidade, combatendo o estigma e o preconceito e construindo estratégias de inserção social.

Contudo, o assistente social tem não só um vínculo mas também um mandato institucional frente ao CAPS e, no contexto cearense, segue tecendo relações.

Na confluência de várias representações, constrói-se outra representação do assistente social como o profissional da família.

Subcategoria 3 – Profissional da família

Quando emerge um portador de transtorno mental, todo o seu grupo social é afetado pela enfermidade, de forma direta e indireta, como mostrou Rosa (2000). A família é o principal grupo atingido, pois, além de ter que conviver com uma enfermidade socialmente estigmatizante e estigmatizável, tem que responder o seu portador através das exigências do provimento de cuidado.

Nos serviços tradicionais, manicômios, a família era restrita a ser visita. Nos novos serviços em Saúde Mental, por dinamizarem outra lógica, pautada na

reinserção social e na reconstrução da cidadania, a família é exigida a ser parceira e co-responsável no próprio processo de tratamento. Ao ser abordada de outra maneira, a família requisita capacitação e orientação dos profissionais do CAPS.

Neste contexto, o assistente social é apontado e representado por 8 profissionais como o agente encarregado da família, porta-voz da equipe junto à família, como reconhecem os profissionais a seguir.

... Na questão de trabalhar também muito com a família né, porque as famílias sempre recorrem a uma explicação, uma orientação tanto por parte do assistente social como na questão do enfermeiro também, de uma forma mais ampla, menos específica, né (Enfermeiro, 14).

... quando o assistente social [...] vê a necessidade de fazer sua abordagem, dentro da visão ou [...] de uma dinâmica familiar, ou dentro, buscando mesmo esse ser cidadão dentro do objetivo dela (T.O, 04).

... quando a gente às vezes tem dificuldade com a família [...] a gente envolve a assistente social (TO, 06).

... Serviço Social para dar encaminhamento nessas questões, seja de cunho legal, seja de diagnóstico social né, que muitas vezes eu tenho um diagnóstico de uma criança ou adolescente e eu imagino que o ambiente social tenha alguma influência, então eu peço a ajuda do Serviço Social para fazer um diagnóstico familiar, um diagnóstico da comunidade, até para me dar subsídio no tratamento (Psicólogo, 08).

... quando eu percebo assim, que o paciente tem questões que a família precisa ser trabalhada e aí eu solicito da assistente social mesmo para ir contatar com essa família (Psicólogo, 09).

... os familiares dessas pessoas que estão assim, às vezes em crise né, até porque às vezes os familiares chegam aqui e querem que a gente encaminhe logo para o hospital né, para o hospital psiquiátrico. Ai é assim de fazer mesmo essa parte de integração, eu acho que a assistente social tem essa parte também de socializar a família do paciente junto com os outros profissionais (Psicólogo, 10).

Como profissional da família, o assistente social é demandado a responder a uma ampla relação de situações que requer a construção de ações de natureza sócio-educativa, ou mesmo de proteção aos membros vulneráveis do grupo.

Na relação com a enfermidade, a família traz para o CAPS o desconhecimento do que é o próprio transtorno mental. Por outro lado, a família pode constituir um fator de risco ou agravamento do transtorno mental, exigindo uma

abordagem específica ao fazer outros usos do dinheiro destinado à pessoa enferma ou ao ter suas relações abaladas por uma crise psiquiátrica.

Como a área da Saúde Mental, no cerne dos novos serviços, é uma novidade para o Serviço Social, sendo algo em construção, vale a pena problematizar o campo como forma de instigar a categoria a repensar seus lugares e papéis sociais.

Se a família fosse de classe média ou de alta renda, seria encaminhada ao assistente social?

O que particulariza a representação do assistente social no CAPS como o profissional da família são as condições socioeconômicas dos usuários?

O assistente social tem uma competência para atuar com a família no contexto do transtorno mental?

O que a categoria tem acumulado de produção teórica na área? A profissão construiu uma abordagem teórico- metodológica própria para atuar junto à família?

A Revista *Serviço Social e Sociedade* n° 71, de setembro de 2002, foi dedicada ao tema famílias. Vale a pena examiná-la, pois, no Brasil, constitui o principal veículo de circulação da produção científica e do debate da categoria.

Dos nove (09) artigos publicados, observou-se que dois autores são terapeutas de família e um informa ser “especialista em família”; ou seja, os autores que têm uma formação específica em família a têm na área clínica, mais voltada para as dimensões da subjetividade, tendendo a valorizar mais a compreensão, os significados “em contraposição a uma análise objetiva e crítica da realidade social, econômica, política e cultural” (ANA VASCONCELOS, 2002: p.512).

Em termos de conteúdo, quatro (04) artigos abordam de forma direta ou indireta a questão das mulheres ou de gênero. É evidente que, pela forma como se configurou a divisão sexual do trabalho na sociedade moderna, há forte vinculação entre a figura feminina e a família. Contudo, apesar da importância e dos avanços consignados pelas abordagens de gênero, a família não se resume a um de seus

membros, a mulher, a despeito de, no segmento de baixa renda, esta personagem tender a chefiar o grupo e ser o principal elo organizador das relações.(ROSA, 2002).

Obviamente, fato de o assistente social ser reconhecido como um profissional da família na saúde mental, como bem demonstram os estudos de Rosa (2000) no Piauí e Wetzel em São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, é significativo ganho de espaço para a categoria. Mas este campo precisa ser problematizado e qualificado de forma mais elucidativa pela categoria.

No interior do processo da Reforma Psiquiátrica, a abordagem às famílias tem sido considerada tão importante que a Portaria Ministerial nº 251, de 31 de janeiro de 2002 (define as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica hospitais psiquiátricos), estabelece que no projeto terapêutico dos serviços é necessário o preparo do portador de transtorno mental no seu retorno à residência/inserção domiciliar, recomendando também uma atuação voltada à família, garantindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento (ROSA, 2002).

Como visto, tal demanda é encaminhada ao assistente social. A relação entre os serviços de Saúde Mental e a família constitui um campo de tensão permanente, pois há uma tendência dos profissionais considerarem a família um lugar natural de cuidado do portador de transtorno mental (ROSA, 2000). Além disso, nas expectativas dos agentes dos serviços de Saúde Mental em relação à família, surgem palavras como “responsabilização, inserção no trabalho, envolvimento, participação, compromisso” (WETZEL, 2000).

Tais terminologias apontam o risco de devolução do portador de transtorno mental e de seus cuidados à família, bem como de inculpação do grupo pela eclosão da enfermidade. Além disso, as famílias na contemporaneidade encontram-se sobrecarregadas e o provimento de cuidado a um portador de transtorno mental é algo complexo, exigindo uma capacitação específica para o seu manejo. Enfim, é um campo aberto que necessita de uma ocupação de forma qualificada.

Subcategoria 4 – Profissional auxiliar/complementar

No trabalho coletivo, realizado em equipe, é comum (não só a troca de saberes) uma certa flexibilidade nos papéis e funções. O trabalho em equipe orientado para a interdisciplinaridade objetiva a horizontalidade nas relações entre os diferentes profissionais, o que implica maior distribuição de poder.

Todavia, pela própria multiplicidade de inserções do assistente social e tendência à pulverização de sua prática, pode se colocar como um agente subalterno, auxiliar, a otimizar o tempo e a intervenção dos outros profissionais da equipe, como admitem os próprios agentes do Serviço Social.

Mas, os demais profissionais também percebem o assistente social como um coadjuvante no seu dia-a-dia, conforme expressam nas representações sociais construídas sobre este agente:

... Já ele fica por dentro dessa história de aposentadoria, de benefício, tudo é responsável por ele, então quando nós não temos esse entendimento muito bem formado, então ele que vai nos auxiliar (TO, 03).

... Tem casos que você tem que trabalhar em conjunto para que tenha uma evolução e assim [...] a assistente social é um complemento, eu acho que ele é muito importante em vários momentos a gente, quando a gente às vezes tem dificuldade com a família e a gente às vezes precisa de algum recurso e a gente às vezes, casos de pessoas que deveriam ter um benefício e não estavam nem sabendo, a gente envolve a assistente social. Então é o complemento, é a união para que ocorra uma evolução positiva com o cliente e sua família (TO, 06).

... Eu não posso estar saindo e fazendo visita né, então essa parte quem fica é com o Serviço Social, ela teve um importante papel no sentido de averiguar, de investigar o campo social dessa família entender o relacionamento da mãe com o bebê, a parte de mantimentos, então o Serviço Social ele foi responsável por colocar mantimento para essa família que não tinha, entendeu ... (Psicóloga, 07).

... quando eu sinto a necessidade de elo de ligação com algum serviço público específico, por exemplo, aposentadoria, benefício, um contato com um Serviço Social do município com uma necessidade específica, eu recorro ao assistente social do CAPS para me auxiliar nesse aspecto. Muitas vezes eu não posso sair, não que eu não saia, mas geralmente somos nós que determinamos dentro do serviço que essa é uma função do Serviço Social, então recorro. [...] pode né, então no meu caso se eu peço para fazer um diagnóstico da localidade, da comunidade, da residência, no meu caso começaria aí. Agora no serviço do CAPS como um todo, inicia no

diagnóstico da situação social do município, da localidade né, para que o Serviço Social tenha um projeto específico do Serviço Social (Psicólogo, 08).

Parece que no contexto da saúde mental ainda persistem a visão compartimentalizada do conhecimento e a fragmentação do usuário em suas várias problemáticas. Em nenhum momento, houve menção, por exemplo, de uma consulta ou atendimento realizado em conjunto, à exceção da visita domiciliar, quando, no geral, vai o assistente social, necessariamente, freqüentemente acompanhado de outro, um profissional, comumente o psicólogo, o terapeuta ocupacional ou a enfermeira, mas, raramente, o médico psiquiatra.

A própria visita domiciliar implicitamente representada como um instrumento de trabalho por excelência do assistente social que trabalha o “fora” do CAPS, o extraclínico, mais uma vez remete tal agente para a família, às condições de vida do portador de transtorno mental e, sobretudo, para a situação de moradia, citadas por dois profissionais.

Ainda o assistente social desponta como um complemento na equipe quando algo de “anormal” se explicita na relação dos demais profissionais com os usuários ou com a família; quando há “dificuldade com a família” ou “precisa de recursos/benefícios”, bem explícitos no segundo depoimento.

Mas é nas representações dos psicólogos, dos agentes clínicos, que a condição subalternizada do assistente social é escancarada, como pode ser observado nos 3º e 4º depoimentos. Observa-se na própria frase construída na primeira pessoa... “Eu não posso estar saindo e fazendo visita” e “quando eu sinto a necessidade de um elo de ligação”; ou seja, os demais profissionais tendem a realizar a triagem, selecionar o que é para ser endereçado para o Serviço Social, mas não só tendem a fazer ingerência no próprio processo de trabalho do assistente social, aparentemente com pouca autonomia na definição dos rumos de sua intervenção, quando é solicitado por outros profissionais.

Dessa maneira, a visita domiciliar e a solicitação de diagnóstico comunitário ou residencial são prescritas *a priori*, ou seja, não parece haver uma troca de saberes ou uma construção partilhada.

Mesmo reconhecendo que “essa parte (visita domiciliar) quem fica é o Serviço Social” ou “determinamos dentro do serviço que esse (elo de ligação) é uma função do Serviço Social”, ambos os profissionais admitem que “eu não posso sair”. Esta frase tanto pode indicar que o profissional gostaria de poder acompanhar o assistente social para uma intervenção conjunta, como também que não é sua prioridade e, assim, tem que otimizar o seu tempo para a esfera da clínica.

Assim, o extraclínico, o “fora do CAPS”, constitui uma particularidade do assistente social importantíssima, mesmo que entendida como auxiliar, complementar, subsidiária. Na realidade da Reforma Psiquiátrica que ampliou a clínica da psicose e a reorientou para os espaços societários e relacionais, tal dimensão “do fora”, do “extraclínico” é estruturante na reinserção social do portador de transtorno mental.

Contudo, na “clínica da psicose”, em muitas circunstâncias, o assistente social é representado como agente complementar por assumir a condição de esclarecedor/intérprete do processo de trabalho dos demais colegas de equipe, como representa a psicóloga em sua fala:

... aí essa primeira conversa, esse primeiro contato, quando eles são chamados para consulta com o psiquiatra ou com o psicólogo, ou antes de iniciar a terapia ocupacional, elas as assistentes sociais conversam, elas falam sobre as expectativas deles, o que eles estão achando. Um dado muito curioso que acontecia muito aqui no início, é assim, quando o paciente iniciava um processo psicoterapêutico, todas as reclamações do serviço, elas desembocam no serviço social, ou então dúvidas. É muito importante o trabalho da assistente social, por exemplo os pacientes que iniciavam um processo de psicoterapia e aí eles iam se queixar pra assistente social porque que a gente fala, fala, fala, e a psicóloga fica calada, me explica como é que é isso, como é que é esse tratamento. Então queixa com algum funcionário, elas vão lá para a assistente social, isso a gente percebe que os pacientes têm uma confiança nas assistentes sociais, se sentem à vontade e que eles inclusive é ... onde eles podem até falar das impressões deles a respeito dos outros profissionais, das outras categorias e dos outros serviços. Aí elas iam, lá depois, elas diziam: profissional X, usuário tal que está sendo atendido por você veio me perguntar como é que é mesmo a história desse tratamento, que elas vem falam, falam, e vocês ficam caladas e como é que é isso. E aí eu ia até inclusive conversando com

elas, falando um pouco como era o tratamento, qual era o propósito, como era que era isso, e aí ela foi até podendo, até esclarecer pra eles e conversar com eles sobre isso e aí eu orientava para elas que elas pudessem dizer pra eles, inclusive falarem comigo sobre isso que eles estavam vivendo, isso que eles estavam sentindo e aí eles iam trazendo isso para as sessões e a gente ia trabalhando nê, com essa questão. E assim eu vejo pela fala delas nas reuniões isso mesmo, que não é só comigo [...], ela uma vez contando um episódio de um paciente que estava se queixando que o médico, perguntava pro médico qual o diagnóstico dele, o que ele tinha e o médico nunca dizia. E aí ela foi, o paciente foi se queixar do médico pra ela, então assim, a assistente social é aquela que escuta a queixa de todos os outros. Se o paciente não entende, não sabe ou está aborrecido ou nem é aborrecido o termo, mas assim é algo que já que acontece nos outros consultórios, ou da psiquiatria, ou da psicologia, como esses dois episódios que eu te contei, né. O início de terapia e a história do paciente querer o diagnóstico, que eles vão falar sobre isso com elas né. Diz assim, curioso isso porque que eles vão, aqui no caso que, aconteceu já isso, como eu estou citando algumas vezes e nesse espaço com o terapeuta ocupacional que eles vão colocar essas questões. Porque que aconteceu isso em tal serviço, como é que é isso direito, como a assistente social é como se elas se fossem, ocupassem um lugar para eles daquelas, daquela, que ia esclarecer, ia interceder, que ia de alguma forma ter algum retorno imediato, é essa minha impressão a respeito (Psicóloga, 09).

Esse longo depoimento é ilustrativo não só da condição de intérprete do assistente social, como também de todo seu processo de trabalho nesta condição. O assistente social, no caso descrito, inicialmente recepciona os usuários do CAPS, tendo por matéria-prima suas expectativas em relação ao serviço de Saúde Mental. Parece que a interpretação, do próprio serviço e da forma de trabalhar da equipe, são negligenciadas, o que de início dá margem para ruídos na comunicação e nas relações a serem construídas entre os terapeutas e os portadores de transtorno mental.

Constituído o problema ou a dificuldade do cenário em entender o processo de trabalho clínico, o assistente social é acionado para potencializar as mediações e contribuir na garantia da qualidade da prestação do serviço.

O que faz o assistente social no caso descrito? Viola uma relação de confiança e denuncia o usuário queixoso ao profissional reclamado. Paradoxalmente, é o profissional reclamado que indica outro procedimento mais ético e cidadão “aí eu orientava para elas que elas pudessem dizer para eles, inclusive falarem comigo sobre

isso que eles estavam vivendo. Isso que eles estavam sentindo e aí eles iam trazendo isso para sessões e a gente ia trabalhando né”.

Isto quer dizer que o assistente social, ao intermediar relações, constitui-se porta-voz, destituindo o poder do usuário de enfrentamento direto com o próprio terapeuta, violando duplamente o Código de Ética da profissão.

A representação social do assistente social como “aquela que escuta a queixa de todos os outros” abre, assim, amplas possibilidades pouco exploradas pela profissional há pouco citada.

A principal diz respeito a mudanças na relação entre usuários e terapeuta e à inclusão da particularidade do adoecer psíquico na condição de pobreza e subalternização social.

Felizmente, o assistente social também direciona a sua ação para os direitos e para a dimensão política em outras esferas, extraclínica, o que configura sua representação social como agente dos direitos, da cidadania, da política.

Subcategoria 5 – Como o profissional dos direitos, da cidadania, da política

Cinco profissionais elaboraram representações do assistente social como o agente dos direitos, da cidadania e da política, que busca a interdisciplinaridade, a fim de compartilhar saberes, propostas e projetos que contribuam com o fortalecimento das relações sociais dos usuários, da família e da comunidade.

... é um profissional que busca, é um profissional que luta, que vai atrás dos direitos, que visa o ser cidadão, né. Estão assim, os trabalhos com a equipe, é um profissional que busca essa interdisciplinaridade, que busca fazer com que a pessoa tenha consciência, faz propostas, faz projetos, busca a atuação com os outros profissionais. É em função do trabalho, em conjunto, em função da pessoa, do ser cidadão com a família, com a comunidade e com a sociedade. Então essa visão, essa luta, essa persistência né, dentro da política, dentro do serviço, que não deve faltar nunca e que todos os profissionais né, tem que trabalhar juntos para poder resgatar esse ser cidadão, que ele tenha consciência que ele é uma pessoa importante é que ele também vai em busca dos direitos, vai lutar né. Que o profissional do Serviço Social ele trabalha em função disso, de fazer com que a pessoa tome consciência e vá a luta buscando seus direitos (T O, 04).

... Elas estão sempre participando das sessões clínicas, são pessoas politicamente atuantes, sensíveis aos problemas sociais e políticos que o CAPS enfrenta. O que eu observo até inclusive mais que em outras categorias é quando elas percebem nas visitas domiciliares ou nas consultas individuais, quando pacientes vão até a sala delas ou nos trabalhos de grupos, algum problema assim que querem encaminhar ou conversar, sobre alguma questão do paciente, elas sempre estão procurando os psicólogos, os psiquiatras. Eu percebo que para falar e tentar dizer assim ... olha, eu estou observando isso com tal caso, o que você acha dessa ou que você pensa assim, tem uma atitude de disponibilidade, de troca, assim muito interessante. [...] os outros profissionais assim tanto para encaminhar os pacientes como para falar, para perguntar, olha eu ouvi isso e isso de tal paciente, o que você acha disso, o que a gente pode fazer, porque eu estou observando tal e tal. Elas foram observando e ouvindo né, e assim, vem solicitar das outras categorias profissionais especificamente quando falam comigo, né enquanto psicóloga, tanto minha opinião, se seria o caso de encaminhamento para outro serviço para discutir o que é que a gente pode fazer diante daquele caso e daquele paciente (Psicóloga, 09).

... da parte de socialização, integração, reintegração mesmo também do paciente [...] a parte de cidadania mesmo de resgatar as pessoas que estão vivendo como animais. [...] o papel dele é resgatar a cidadania dessas pessoas (Psicólogo 10).

“elas trazem muitos conhecimentos sobre leis, sobre direitos que as pessoas têm, sobre visão social, sobre construção. A gente faz trabalhos sobre gênero, então, elas trazem algo sobre construção de gênero (Psicólogo, 11).

... fazendo o seu trabalho, cuidando dos benefícios, da assessoria jurídica (Médico, 13).

... O Serviço Social ele também é muito presente na questão não só do atendimento específico na área de assistência, participa muito de movimentos sociais, procurando ver a questão política né, de reivindicar melhoria, de estar contatando com as autoridades, de estar sempre vendo o lado social mais amplo, para que todas as outras pessoas que precisem do serviço possam também ser beneficiadas. Então eu acho assim que tem esse lado específico e tem esse lado mais amplo [...] eu acho que a profissão é mais formada para essa questão de estudo de leis, de socialização, cidadania. Vocês acabam conhecendo mais especificamente as leis de forma a negociar. Vocês sabem se engajar nesse movimento né, tentando as melhorias do nível de assistência geral, né (Enfermeira, 14).

No primeiro e segundo depoimentos, o terapeuta ocupacional e o psicólogo destacam o assistente social como um ser dinâmico, atuante, que “busca”, “luta”, “vai atrás”, “faz propostas”, implementa a interdisciplinaridade e faz “a ligação”, potencializa mediações tendo em vista os direitos, a cidadania.

Ao trabalhar no campo assistencial, o trabalho do assistente social se inscreve, necessariamente, na esfera da defesa e/ou realização de direitos sociais de cidadania.

Neste sentido, tende a contribuir no partilhamento do poder e na sua democratização. A própria matéria-prima do seu trabalho – a questão social - ao vinculá-la a múltiplas dimensões da vida social, exige que o tema dos direitos e da cidadania atravessem as suas intervenções.

Embora nenhum profissional tenha destacado diretamente a particularidade dos direitos e da cidadania do portador de transtorno mental, o assistente social, ao operar com a socialização e reintegração, lida com todas as repercussões do processo de exclusão social a que estas pessoas foram submetidas, levando-as a “viver como animais”, como reconhece o psicólogo.

Historicamente, a sociedade moderna, ao tratar o louco como enfermo, doente, ao excluí-lo do convívio social e segregá-lo em instituições totais (GOFFMAN, 1992) – os hospitais psiquiátricos - contribuiu para a construção de sua representação social como animal, à margem do contrato social moderno.

Ao assegurar ao portador de transtorno mental um espaço de tratamento, assistência, o hospital psiquiátrico, a sociedade moderna assegurou um direito social a este ente em nome da defesa da sociedade, subtraindo-lhe os direitos civis e políticos. O portador de transtorno mental ingressa na sociedade moderna pelo último direito consignado historicamente à cidadania, o direito social, mas à custa do seu direito civil e político.

Nestes termos, o portador de transtorno mental ficou excluído da cidadania que não incorpora a dimensão do inconsciente, da des-razão. Desse modo, a cidadania do portador de transtorno mental tem que ser inventada, como assinala Vasconcelos (2000).

O assistente social é representado por seus colegas das equipes dos CAPS como o profissional vanguardeiro, político, que tem uma capacitação específica para tal tarefa.

Não é à toa que o assistente social é representado como o profissional conhecedor da lei, “da assessoria jurídica”, da universalização do direito à saúde, pois o seu trabalho requer o conhecimento da legislação respectiva da política social em que atua, pois tem que socializar informações acerca dos direitos dos usuários, instrumentalizando-os, ou, como define o terapeuta ocupacional 04, conscientizando-os.

Nesta direção, tende a ter como resultante de sua intervenção a mobilização da comunidade, o fortalecimento coletivo, o engajamento nos movimentos sociais, como reconhece a enfermeira (14).

É interessante ressaltar que vários profissionais reconhecem no assistente social a capacidade de negociação, de articulador de interdisciplinaridade, ao buscar construir respostas conjuntas com os demais colegas da equipe para apresentar a resolubilidade construída de forma partilhada.

Ao estabelecer esta estratégia de trabalho, o assistente social alarga a sua intervenção, incorporando outro profissional no seu processo de trabalho, o que, por sua vez, contribui para o entendimento de outras dimensões da vida do portador de transtorno mental, como admite o psicólogo 11, que tem uma visão ampliada sobre as “leis, direitos,” bem como acerca da construção de gênero, o que será mais bem analisado em outro item.

Subcategoria 6 – Como terapeuta

A despeito de todas as implicações já analisadas na representação social do assistente social como terapeuta, 04 profissionais das equipes dos CAPS assim também perceberam este profissional - sendo 01 terapeuta ocupacional, dois psicólogos e um médico psiquiatra. Parece não haver nenhum impedimento na

representação social dos profissionais, historicamente reconhecidos como do “campo psi”, no assistente social como terapeuta, como explícito nos depoimentos a seguir:

... Ela faz aconselhamentos psicológicos que é uma nova solução que a gente encontrou para os pacientes que tomam certos tipos de psicotrópicos, mas que precisam de uma escuta (Terapeuta Ocupacional, 05).

... elas fazem um trabalho de terapeutas que é assim, elas fazem grupos e de forma dão um apoio, um suporte para os pacientes que estão em sofrimento né. São atividades terapêuticas, elas trabalham com visitas domiciliares, onde elas vão às residências dos pacientes que não podem vir até o CAPS. Nessas visitas domiciliares elas fazem uma avaliação da ordem mesmo da assistente social. Condições de moradia (Psicólogo, 09).

... Então a visão do assistente social enquanto terapeuta, a visão do assistente social enquanto assistente né, enquanto presta esta assistência” (Psicólogo, 11).

... ela é meio que terapeuta, ela é de tranquilizar, de analisar o caso e dar uma resposta assegurada para aquela paciente me retornar (Médico, 13).

Como visto, representado como terapeuta, o assistente social é engajado em múltiplas tarefas. É pelo fazer do assistente social e pela maneira como cada equipe construiu a sua história e o seu processo de trabalho que o profissional é percebido como terapeuta.

Assim sendo, o assistente social é representado como terapeuta porque faz “aconselhamento psicológico”, um trabalho de escuta; porque “elas fazem grupo” que tem o propósito de oferecer apoio e suporte ou mesmo porque realizam a particularidade de sua profissão, “presta esta assistência e extensivamente tranquiliza”, analisam o caso.

Como admite o profissional (TO, 05), o assistente social “faz aconselhamento psicológico” porque foi uma solução que a equipe encontrou para que todo portador de transtorno mental que procure o CAPS seja “escutado”; talvez uma estratégia encontrada pela equipe para equacionar o escasso número de profissionais ou enfrentar o excesso de demanda. Dessa maneira, todos os profissionais fazem neste CAPS aconselhamento psicológico, como no geral, todos participam da triagem, geralmente realizada através de um rodízio entre os diferentes profissionais da equipe.

Assim posto, como terapeuta reconhecido pela própria equipe, resta à categoria dos assistentes sociais melhor dimensionar este trabalho dentro de sua esfera de competências, buscando qualificar-se.

Para iniciar o debate no meio profissional, decerto há necessidade de se repensar a própria terminologia. Será apropriado utilizar a expressão aconselhamento psicológico? E terapeuta? A “escuta” do assistente social é a mesma do psicólogo, do psiquiatra ou do psicanalista, formados na perspectiva do inconsciente e do paradigma das relações interindividuais, no modelo clínico?

Outros profissionais oferecem algumas pistas para enriquecer o debate, ao situarem implicitamente o assistente social para além da co-terapia.

... eu já aprendi muito com elas. Eu faço grupos terapêuticos com elas, e eu acho que elas aprendem comigo e eu aprendo com elas tanto que por exemplo: a [...] fazia um grupo que era só dela e ela fazia um grupo só social, educação social e ela começou a perceber a necessidade da terapêutica do grupo e ela me chamou e hoje o grupo também é terapêutico. Então eu aprendo essa coisa da construção social com ela e ela aprende um pouco da abordagem terapêutica comigo. [...] nossa troca é ótima. É a mesma coisa com [...] a gente conversa, luta junto para se conseguir alguma coisa daqui (Psicóloga, 11).

... nós vamos sempre para visitas né. É sempre ela que me acompanha nas visitas domiciliares. Visitamos as entidades e é uma pessoa que [...] ela faz parte também das terapias conosco e sempre está atuante né” (Enfermeira, 15).

Cada qual ao manter a sua particularidade profissional, trocar saberes e construir um processo de trabalho em conjunto, pode somar esforços e determinar o surgimento de algo, para além da clínica, do aspecto estritamente psíquico e medicamentoso.

Parece ser este o grande desafio da Reforma Psiquiátrica neste novo cenário. Alguns profissionais da equipe posicionam o assistente social em vários lugares de destaque, representando-o inclusive como um educador da própria equipe.

Subcategoria 7 – Agente educativo, socializador

Como visto, o assistente social, ao ser um agente implementador de políticas sociais, sobretudo um agente do campo assistencial, tem um trabalho fundamental na socialização de informações, principalmente na ampliação do conhecimento de direitos, que, no caso brasileiro, constituem-se como direitos formais, inscritos na lei, porém não assegurados na prática.

Assim ele “conscientiza” sobre os direitos, fundamentados na legislação pertinente.

Como o principal direito a ser assegurado pelos novos serviços em saúde mental ao portador de transtorno mental é o de convívio social e comunitário, o assistente social é representado por dois dos informantes da pesquisa como agente da socialização. Um deles destaca o assistente social como um agente socializador do próprio portador de transtorno mental, como manifesto no depoimento:

... socialização mesmo desse paciente, quando eu falo em socialização eu digo assim, que esse paciente está isolado, a família isola, a sociedade isola né. Essa parte mesmo dela procurar fazer com que esse paciente ele tenha uma nova integração né. Ele consiga se inserir, de ir procurar ela mesma formas de coloca-lo dentro da sociedade, as vezes nós temos o CVT, de ir procurar o CVT, procurar as instituições né, as nossas parcerias e fazer essa socialização mesmo do paciente, de colocá-los em cursos, aqueles que estão aptos para isso, de manda-los para cursos, de algum tipo de lazer (Psicólogo, 10).

Como um agente potencializador de mediações, o assistente social também efetiva um processo de socialização, de restabelecer os vínculos sociais do portador de transtorno mental com a sociedade, através dos cursos profissionalizantes ou das demais políticas sociais. Procura desmistificar a loucura e contribuir na reintegração social de seu portador; fazer com que a diferença seja aceita socialmente.

Mas, no trabalho de socialização empreendido pelo assistente social, a equipe também pode acabar constituindo um alvo da ação deste profissional, como admite um psicólogo.

... então elas trazem para a equipe esse conhecimento. Por exemplo [...] eu como psicóloga trago o meu conhecimento. Então a minha especificidade que eu acho que aí muda um pouco porque eu acho que o que o Serviço Social faz ele educa a gente para fazer, está entendendo? [...] consulta sobre direitos, mas algo que toda equipe pode estar sabendo daquilo, pode ser educada pelo o Serviço Social para dar essas respostas. Eu vejo mais ou menos assim, é um profissional dentro da equipe trazendo o conhecimento que ele tem para educar também a equipe (Psicólogo, 11).

Na troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais dos CAPS, um novo conhecimento ou, no mínimo, um treinamento propiciado pela interlocução cotidiana, promove um alargamento de horizontes. O assistente social é destacado como um profissional que acrescenta em termos de conhecimentos; socializa o seu saber com a equipe, contribuindo para seu enriquecimento.

Como um desdobramento de seu trabalho educativo, o assistente social pode também ser representado como um agente da inserção ou reinserção social.

Subcategoria 8 – Profissional da inserção

Como já bastante indicado, o assistente social, ao articular mediações, é também representado como um agente da inserção:

... como nós realmente inserimos esse paciente e isso eu acho que o Serviço Social, ele deve estar presente nessa inserção, sabe. Nós temos que descentralizar mais [...] o Serviço Social ele é o profissional que pode fazer esse desmando, essa descentralização (TO, 01).

... tem um paciente que precisa da ajuda do CAPS, ela [assistente social] vê imediatamente a situação social daquele paciente, se ele pode ou não ser reinserido ou inserido no mercado de trabalho, a questão habitacional se pode conseguir é uma renda para aquela família (TO, 05).

É claro que o próprio CAPS, como uma nova proposta, inserida em outra lógica de reinserção social, numa abordagem psicossocial, tem como objetivo maior a inserção social. Todavia, dois profissionais destacam o assistente social como o profissional da inserção, ambos terapeutas ocupacionais.

O primeiro salienta ainda o assistente social como o profissional da descentralização, que pode contribuir alargando a esfera do próprio CAPS, no seu

trabalho de inserção. Já o segundo profissional constrói a imagem do assistente social como agente da inserção através das políticas sociais, sobretudo na área de geração de renda (mercado de trabalho) e moradia.

Subcategoria 9 – Profissional do controle

Dentro dessa subcategoria, o assistente social é representado como o profissional do controle, conforme o relato:

... paciente melhora, o assistente social tem que estar junto, o paciente piora tem que está junto. Porque a doença mental não é uma coisa que tem cura, tem esse processo né, você tem que estar policiando o paciente, ele tem os picos né (TO, 02).

Interessante é o deslocamento da imagem do assistente social de um hospital psiquiátrico para a realidade de um CAPS. Com exceção do exemplo imediatamente anterior, em nenhum outro momento o assistente social foi sequer apontado como o agente das normas e do cumprimento das rotinas da instituição.

No hospital, em geral, o assistente social é o profissional encarregado de traduzir as normas do serviço e de fazê-las cumprir por seus usuários.

É evidente que, como visto, no CAPS, um dos papéis que podem ser assumidos pelo assistente social é de intérprete do serviço ou das ações de seus profissionais, mas o seu caráter disciplinador ficou dissimulado ou é assumido por outras categorias.

De modo genérico, o terapeuta ocupacional que opinou há pouco representa o assistente social como o agente do controle, do acompanhante, do monitoramento do portador de transtorno mental, tanto em suas melhoras quanto na piora de seu quadro clínico. É pena que a profissional não especificou como vê isso no dia-a-dia profissional. Ainda à pesquisadora parece algo impossível de ser operacionalizado.

Subcategoria 10 – Agente multiplicador

Outra representação do assistente social é como agente multiplicador do serviço CAPS na comunidade, como explicitado no relato seguinte:

... também quando ele faz programas de rádio né, ela funciona como um agente multiplicador do serviço de saúde mental juntamente com a comunidade (TO, 05).

Ao divulgar o serviço ou realizar um trabalho socioeducativo em Saúde Mental pela emissora de rádio local da cidade, o assistente social torna-se um porta-voz do CAPS e, conseqüentemente, “um agente multiplicador do serviço de saúde mental”.

Como analisado, os demais profissionais das equipes dos CAPS que se constituíram campo empírico da pesquisa construíram 10 representações dos assistentes sociais. Nelas, observa-se que a imagem tradicional do assistente social coexiste com novas imagens construídas a partir das novas demandas postas para a profissão a partir de sua inserção na equipe multiprofissional que requisita um novo processo de trabalho, e do CAPS, um novo serviço em saúde mental ainda em construção.

Identifica-se ainda que o SER do assistente social não é apreendido a partir meramente da formação profissional, do estatuto jurídico da profissão ou de uma suposta essência trazida *a priori*. A imagem do assistente social é codificada no dia-a-dia da construção de um serviço, com um processo de trabalho e a partir do que cada profissional traz como habilidade pessoal e profissional. Mas, acima de tudo, é a ação funcional que possibilita ao profissional ser alvo de visibilidade na equipe e legitimidade, a partir das respostas que constrói no seu dia-a-dia interventivo.

3.2 O ser e o fazer do assistente social no trabalho em equipe

Ao ter reconstituído a auto-representação dos assistentes sociais no CAPS, observou-se a auto-imagem, como os profissionais do Serviço Social se interpretam, que imagens constroem de si mesmos como profissionais.

Ao responder o que é ser assistente social no CAPS, uma variedade de dimensões da experiência vivida como profissional emergiu nas imagens projetadas de si.

Identificou-se como a representação social dos participantes da pesquisa - a “crise de materialidade do Serviço Social”, representada pelos elementos e - emergiu a partir de sua ação, sobretudo desde os relacionamentos que dinamiza na condição de agente potencializador de mediações, o que é corroborada por Santos (2001), quando acentua que acontece essa materialidade em virtude da diluição da base material do Serviço Social. Desse modo, o Serviço Social fica mais bem representado quando se observa o que faz o assistente social e que direção imprime ao seu trabalho.

Neste horizonte, o novo e o velho, este retomado e reatualizado com novos significados se fazem presentes no campo de tensão e negociação no processo de o assistente social construir-se como profissional.

Na área da Saúde Mental, um processo reformista, o assistente social demarca com alguma dificuldade o seu ser profissional no mapa da divisão social das tarefas através do trabalho de equipe.

É na equipe, na interação com os demais profissionais de nível superior, que o assistente social delimita o seu território profissional e constrói no dia-a-dia a sua imagem, projetando-a na sua fala e na sua ação.

Ao demarcar sua atividade, manifesta também o seu saber e se lança, mostrando-se ao outro, o qual referenda e/ou negará a imagem que o assistente social projeta.

Assim o trabalho em equipe constitui um palco privilegiado no jogo de conhecimento e reconhecimento do assistente social.

Partindo desta premissa, este item privilegiará o trabalho do assistente social, destacando os elementos que particulariza sua pessoa/ação no trabalho em equipe.

Neste sentido, pretende responder o que faz o assistente social tanto na equipe como no CAPS? Que saber técnico operacional dinamiza e que estratégia constrói para afirmar a auto-representação social?

Segundo a literatura, a discussão sobre interdisciplinaridade foi iniciada no Brasil a partir da obra de Hilton Japiassu *Interdisciplinaridade e patologia do saber*, datada de 1976, a qual divulgou idéias do Congresso de Nice-França, realizado em 1969.

Os debates sobre a interdisciplinaridade emergem em contraposição à fragmentação do conhecimento e da especialização dos saberes que, levada ao extremo, pode redundar, em uma “patologia” ou “cancerização” (JAPIASSU,1976).

Para superar tal tendência de segmentação do conhecimento, é proposta a soma dos sujeitos pensantes. A interdisciplinaridade passa a ser pensada como uma via de congregação dos saberes através do trabalho em equipe, onde se supõe se formaria uma espécie de sujeito coletivo. Neste sentido, a interdisciplinaridade pretende romper com a divisão social clássica dos saberes e do trabalho instituída pela sociedade moderna, que segmenta, parcela o conhecimento. É uma nova atitude em relação ao conhecimento e à organização social do trabalho, haja vista que “o objetivo utópico do método interdisciplinar, diante do desenvolvimento da especialização sem limite das ciências, é a unidade do saber” (JAPIASSU, 1976, p.145).

As representações apreendidas no cotidiano das práticas do assistente social mostram particularidades no campo da Saúde Mental reveladoras da necessidade de aprofundamento do conhecimento e renovações dessa prática, a qual tem recentemente se constituído objeto de estudo.

Entre as décadas de 1910 e 1920, o Serviço Social americano na Saúde Mental recebeu a influência do movimento de higiene mental, através dos trabalhos de Richmond e Robinson e no desenvolvimento de Serviço Social de casos em geral (VASCONCELOS, 2000, p.134). Tal influência estendeu-se para o Brasil até pelo menos os anos 1950.

Segundo Vasconcelos (2000, p.156), a “presença higienista nos primórdios da profissão não vem sendo devidamente reconhecida pela historiografia da profissão no Brasil, apesar da diversificação e flexibilização das interpretações históricas sobre a profissão, a partir dos anos 1990”.

A particularidade do Serviço Social na área da Saúde Mental no final dos anos 1940 e, sobretudo, nos anos 1950, configurou-se a partir do tipo de serviço, onde atuava: o hospital psiquiátrico. Neste contexto institucional Vasconcelos (2000, p.186) denomina a prática do assistente social como “mediação na “porta de entrada e saída” das enfermarias e asilos psiquiátricos. Funcionava “de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para a alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos”.

Esta prática ainda persiste nos hospitais psiquiátricos, embora tenha se modernizado para atender demandas atuais, tais como a reciclagem do leito hospitalar e a melhoria na qualidade dos serviços (ROSA, 2000).

Mas, as dificuldades em discutir a particularidade do Serviço Social, além da escassa bibliografia, deparam-se com o fato de que o Movimento de Reconceituação expandido no País na década de 1970 “recalçou o tema da subjetividade, do inconsciente, da sexualidade, da emoção, da família e do sujeito (VASCONCELOS, 2000, p.197)”, colocando-os como tendo em seu cerne uma dimensão funcionalista, dada *a priori*.

Pretende-se com estas informações mostrar que, embora o agente profissional possa construir a particularidade do seu ser profissional, pois, toda profissão só existe na prática, no exercício de um ser singular, as atividades interventivas, a dinâmica, os recursos e os objetivos de seu trabalho não se encerram em si mesmos. O agente individual, o assistente social, imprime uma marca pessoal em sua ação profissional, mas este está determinado por instâncias macro-estruturais, haja vista que toda profissão é definida pelas necessidades sociais que, no marco da sociedade capitalista, visa à reprodução social do próprio modo de ser capitalista e está circunscrita pela divisão social do trabalho.

... o Serviço Social é uma profissão que tem características singulares. Ela não atua sobre uma única necessidade humana (tal como o dentista, o médico, o pedagogo [...]) nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade sem distinção de renda ou classe. Sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternizados, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade. É por isso que os profissionais de Serviço Social atuam, basicamente, na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada (PAULO NETO; FALCÃO, 1987: 51).

Nesta direção, os assistentes sociais admitem que a particularidade do Serviço Social se orienta para a potencialização de mediações entre os usuários do serviço e o próprio serviço e sua equipe multiprofissional.

... a função primordial do assistente social na equipe do CAPS é de estar interagindo com os demais profissionais no sentido de veicular para o cliente do CAPS, portador de sofrimento psíquico, condições para que ele possa usufruir da melhor forma possível da sua cidadania (AS, 07).

Em determinadas circunstâncias, sobretudo quando há desvios na qualidade da atenção prestada por outros profissionais, no geral, é o assistente social que é acionado pelo usuário, o qual assume inclusive a condição de agente que vai corrigir distorções e conseqüentemente tende a manter a imagem positiva de outros colegas profissionais e do próprio serviço, haja vista que:

... muitas vezes em decorrência de um mau atendimento de outro profissional ele (usuário) vem para o Serviço Social. Isso inúmeras vezes já ocorreu, né! Porque a gente constrói [...] passa àquela pessoa a segurança que ela precisa pra ela ficar bem novamente [...] por exemplo [...] um apertar na mão a gente consegue passar aquela segurança e só a escuta faz com que ela volte novamente a ficar bem né (AS, 01).

O assistente social transforma-se em agente do relacionamento a salvaguardar os aspectos positivos da imagem da equipe. Neste sentido, pode tanto corrigir equívocos de leitura do usuário quanto atenuar seu senso crítico ou seu poder de enfrentamento dos conflitos com outros membros da equipe

A observação e as informações levantadas na realidade cearense mostram que a particularidade do Serviço Social nos CAPS (na Saúde Mental) redundam em uma multiplicidade de dimensões, atividade e direcionamento, haja vista que o assistente social reorienta seu desempenho profissional para uma ampla gama de necessidades sociais.

Apesar de os assistentes sociais mostrarem clareza em relação à particularidade do assistente social no CAPS, deparam-se com demandas de outros profissionais, sobretudo médicos, que, ao se verem com problemas extraclínicos, logo qualificam como sendo algo do Serviço Social. O que não é de ninguém é do Serviço Social, que acaba sendo o responsável, no final da corrente, para orientar o paciente para outro profissional.

O paciente chegou e foi ao psiquiatra, ele é diagnosticado, nenhuma psicose, nem neurose, não se vê também a necessidade de uma terapia psicológica, mas ele está passando por um sofrimento e precisa de um aconselhamento, aí o psiquiatra encaminha esses casos para o serviço social. Muitas vezes a raiz do problema não está mesmo numa doença psicológica mas está numa realidade social que ele vive, na falta de um recurso, quando ele vem para o aconselhamento ele à medida que vai colocando a gente vai percebendo onde está o sofrimento dele e as vezes é a falta de um benefício, e que isso vai resolver a situação dela, pelo menos vai agir diretamente na questão do sintoma que não está numa raiz mesmo da doença mas é algo externo que ele está vivendo, que ele está passando (AS, 03).

O médico, ao encaminhar o paciente para o assistente social, tende a entender que resolveu o problema, mesmo sabendo que o Serviço Social não atua com bens materiais. Os problemas de vida, de condições de reprodução social, sobretudo de natureza econômica, são endereçados ao Serviço Social. Neste sentido, qualquer fracasso na intervenção tende a ser imputado ao Serviço Social.

3.3 A formação do assistente social no campo da saúde mental

Historicamente, o assistente social ingressou na área da Saúde Mental com seu saber específico valorizado pelo médico, que precisava do histórico familiar e social do portador de transtorno mental.

Nos países centrais - como os Estados Unidos - conforme visto, o assistente social é incluído no campo da Saúde Mental desde 1905 e desenvolve o *after care*, o cuidado comunitário após a alta hospitalar.

O Serviço Social, como advoga Vasconcelos (2000), em sua origem, teve influência do movimento de higiene mental que fundamentou a obra de Mary Richmond e orientou a intervenção em Saúde Mental entre os anos 1910 e 1920. No Brasil, tal influência se fez presente nos currículos das primeiras escolas de Serviço Social, em São Paulo e Rio de Janeiro, até os anos 1970.

A ênfase nos aspectos psicossociais da formação do assistente social tem sido historicamente retratada nos debates do Movimento de Reconceituação da Profissão, dinamizado a partir dos anos 1970. Aliás, tal movimento tem seu início exatamente a partir da crítica de importação de idéias de outra realidade, sobretudo norte-americana e européia, bem como ao aspecto “psicologizante” da formação profissional centrada no indivíduo e em seus processos e conflitos interiores, bem representado no Serviço Social de caso e grupo, com uma vasta bibliografia na profissão.

Com base nestas críticas, a formação profissional, nos anos 1980, principalmente, foi redirecionada para uma abordagem predominantemente macro-estrutural, sócio-política.

Os temas do indivíduo, das emoções e do inconsciente são recalçados, assinala Vasconcelos (2000) no meio da categoria profissional. Tal supressão no processo de formação profissional tem efeitos internos entre os assistentes sociais que

trabalham no campo da Saúde Mental, pois se ressentem de uma qualificação mínima para identificar e entender um transtorno mental.

... tenho dificuldades, às vezes, de compreender o próprio diagnóstico mesmo, o comportamento (AS, 02).

Ressentem-se, ainda, por não terem uma formação específica em Psicoterapia, conforme este assistente social:

... a gente não consegue dar conta de questões que são psíquicas né! Que tem que ter uma formação de psicanálise, de psicoterapia para trabalhar e que a gente não tem né [...] A gente vai até [...] as questões sócio-educativas né! As questões que são terapêuticas [...] elas são de uma função maior do psicólogo que já vivencia esses processos (AS, 01).

É importante que o trabalho em equipe tenha o conhecimento da área, pois essa prática é compartilhada, os saberes e poderes são diluídos; deve haver a interdisciplinaridade, mas transparece nas representações elaboradas o fato de que o assistente social, embora desejando uma habilitação específica para intervir no campo das psicoterapias, fala da importância de o profissional do Serviço Social apropriar-se de uma abordagem, mesmo que circunscrita à área clínica.

É comum o assistente social da área da Saúde Mental buscar uma formação própria do campo. Lamentavelmente, os cursos, ofertados no campo da saúde, têm direcionado esse conhecimento para uma abordagem clínica e voltada ao consultório particular e para os segmentos de classe média e alta da população, o que traz sérias consequências na questão da identidade do profissional e na relação com as outras categorias profissionais, sobretudo com os psicólogos, a exemplo da terapia de família reivindicada por aqueles como sua exclusividade.

Nos discursos dos profissionais, são elaboradas representações voltadas para a interdisciplinaridade como a alternativa para ampliar os conhecimentos a fim de intervir na prática, mas pelo fato de serem raros os cursos e os preços serem exorbitantes, há dificuldade dessa compreensão e articulação com os outros membros da equipe.

Apreendeu-se no discurso dos investigados, que cabe ao profissional buscar subsídios práticos no cotidiano e referencial teórico a fim de compreender suas ações e aprofundar o conhecimento da área, pois os serviços não promovem treinamentos nem qualificam os seus profissionais para exercer a prática com todas as diversidades, porém, essa busca não é dada sendo também necessário empenho dos profissionais que escolhem o campo da Saúde Mental.

... isso a gente vai aprendendo, assim, uma crise não é necessariamente um fim, não significa que aquela atividade não foi uma atividade legal e que a pessoa não possa se organizar dentro do próprio grupo e que você seja responsável. Ela poderia entrar em crise ali, em casa, ou na esquina e ela entrando ali ela pode ser cuidada; o próprio grupo pode dar confiança, então apesar de que eu trabalhava com grupos educativos é diferente se trabalhar com formação de professores né, com relação à sexualidade para trabalhar com seus alunos ou seja, você entra numa sala de aula para fazer grupos com alunos, levar textos, discutir emoções que envolve a sexualidade é diferente. Trabalhar num grupo que tem uma questão emocional emergente ali a qualquer momento a flor da pele (AS, 02).

Pelo ensaio e erro e com as demandas do cotidiano, o profissional constrói a sua formação na autodidaxia, o que tem sérias implicações, pois não existe nenhum mecanismo de controle de qualidade da prática profissional, nem avaliações sistemáticas dos resultados consignados. Parte significativa dos CAPS tem supervisão em equipe, que não resolve problemas isolados de formação profissional.

A prática interventiva do assistente social precisa ser qualificada e habilitada na Saúde Mental, conforme depoimento:

... ainda falta um investimento mais técnico. Porque precisa para você trabalhar na saúde mental como em qualquer outra área [...] Não adianta só também a visão política. Entender o papel político do CAPS Você também tem que entender assim, como se relacionar com usuários no momento de uma crise. Como em alguns momentos colocar um limite [...] Precisa de um conhecimento né! Tem a instituição, mas não é só isso (AS, 02).

A visão generalista, que traz um conteúdo político, é considerada indispensável, mas o campo da Saúde Mental traz questões próprias para toda a equipe em relação ao manejo cotidiano de um enfermo em um surto psicótico, por exemplo, que desencadeia os sintomas em pleno desenrolar de uma atividade de natureza grupal. Por exemplo, preparar a família no manejo doméstico do portador de transtorno mental se o próprio profissional em Saúde Mental não se sente apto. Tais questões trazem

inclusive problemas de ordem ética, haja vista que um dos princípios fundamentais do Código de Ética do Serviço Social postula o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”. (CRESS, 2000).

O fato de o Serviço Social ter “recalcado o tema da subjetividade e do inconsciente” (VASCONCELOS, 2000), no cerne do Movimento de Reconceituação desde os anos 1970, remete a questão ética para a categoria como um todo, não só para o agente profissional isoladamente. É uma questão pendente que precisa ser equacionada coletivamente pois, além das implicações indicadas, há sérias repercussões na construção da identidade profissional do Serviço Social na área da Saúde Mental, sobre seu lugar, atribuições e competências na equipe multiprofissional.

Como os novos serviços em Saúde Mental também representam uma construção recente, a equipe encontra-se em estruturação. Há tempo do Serviço Social reconstruir seus lugares conforme reconhece uma assistente social, já que o CAPs é:

... um campo ainda novo né [...] precisando de muito conhecimento ainda. É algo novo, inclusive a literatura é muito restrita, a gente sente uma certa dificuldade em relação a isso né. Mas eu acho que é a área que precisa realmente ainda ser desvendada, é algo muito novo, pelo menos pra mim, é muito novo (AS, 06).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, pretendeu-se demonstrar as representações sociais dos assistentes sociais e demais profissionais dos CAPS sobre a prática do Serviço Social na Saúde mental do Ceará. Na análise da trajetória do Serviço Social, observou-se que até os anos 1970 havia um predomínio teórico e prático centrado nas abordagens interindividuais de cunho “psicologizante”.

Com o Movimento de Reconceituação, que ganha predomínio nos anos 1970, prevalece na profissão a abordagem centrada na visão sociológica e macroeconômica direcionada pela leitura marxista da realidade social. Neste contexto, os temas relacionados ao indivíduo, às emoções e do inconsciente foram “recalcados”.

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua proposta de desconstrução dos saberes e das práticas centradas no modelo hospitalocêntrico, nascem os centros de atenção psicossocial – CAPS, a partir dos anos 1990, que redirecionam a abordagem em Saúde Mental para a reinserção comunitária e para o trabalho em equipe interdisciplinar e para a cidadania do portador de transtorno mental.

Neste contexto, novas exigências são feitas para os profissionais da Saúde Mental, requisitados a empreender um cuidado integral ao portador de transtorno mental.

Para captar as representações sociais dos assistentes sociais nos CAPS de Fortaleza – Secretaria Executiva Regional- SER III e IV e dois municípios do Estado do Ceará (Quixadá e Itapipoca), foi necessário compartilhar com o pensamento de Moscovici, com a finalidade de apreender as representações elaboradas no cotidiano. De um lado, examinou-se a representação social dos assistentes sociais com o propósito de identificar como o próprio profissional se percebe na sua profissão e como elabora o trabalho, que auto-imagem constrói e acredita projetar.

Em seguida, buscou-se apreender as representações sociais dos assistentes sociais construídas por outros profissionais de nível superior da equipe.

Com os recortes das falas, percebeu-se que existem representações elaboradas sobre autopercepção definidas como agente assistencial, potencializador de mediações, agente complementar/colaborador, terapeuta e como agente político. Por outro lado, apreendemos representações elaboradas pelos profissionais técnicos da equipe que se configuram como agente assistencial, potencializador de mediações, profissional da família, auxiliar complementar, dos direitos, da cidadania e da política; como terapeuta, agente educativo/socializador, da inserção social, do controle e agente multiplicador.

Neste sentido, a representação social do assistente social reedifica-se na construção da identidade contrastante entre o eu e os outros. Ao entender que só há uma construção de identidade profissional relacional, onde o “eu sou isso” ocorre em meio às necessidades e expectativas do outro, então este outro, ao apontar o profissional como responsável por isto ou aquilo, também determina a construção da representação social de uma categoria.

Excetuando a condição de terapeuta, uma identidade forjada num contexto da clínica, as demais representações são correlatas e relativamente previsíveis, não apresentando assim significativas novidades. A maior novidade é o contexto em que se constroem estas representações, os CAPS, que demandam novos significados para o que tradicionalmente era realizado pelo Serviço Social no campo, lançando o profissional mais para fora do serviço de saúde mental.

As representações construídas pelos assistentes sociais foram legitimadas, ou seja, houve correspondência entre a imagem que o assistente social projeta de si e aquela refletida e apreendida pelos demais membros da equipe.

Entre as representações elaboradas no cotidiano, destacam-se as representações elaboradas pelos membros da equipe de Saúde Mental como as mais contundentes que exprimem a ação do assistente social como profissional que

estabelece vínculos com a família; tem um elo afetivo e de compromisso com o processo educativo e socializador tão importante na construção da cidadania do portador de transtornos mentais, cria condições de inseri-lo na célula social, integrando família e sociedade; desenvolve ações de controle social que possibilitam descobrir as questões relativas a condições materiais, buscando meios de colaborar com a melhoria da qualidade de vida.

Ao se finalizar o estudo, as representações elaboradas dão caminhos para se repensar a prática profissional dos assistentes sociais, principalmente no que diz respeito ao campo “assistencial”, construída pelos membros que integram a equipe de Saúde Mental, pois esta é marcante no cotidiano estudado.

Esta pesquisa não está acabada, pois as representações são dinâmicas e emancipadas, de vez que a realidade é mutável. Como escrito, no decorrer da pesquisa, uma variedade de imagens emergiu em cada situação estudada, sobretudo referenciada à ação do assistente social.

As demandas heterogêneas encaminhadas ao assistente social no CAPS indicam uma riqueza variada de possibilidades que precisam ser potencializadas.

O campo está aberto, o jogo em andamento, cabendo à categoria do Serviço Social responder em conjunto ao desafio da Saúde Mental. Que a profissão consiga marcar os gols de sua legitimação no campo; é com este propósito que esta pesquisa se apresenta.

Um aspecto é certo: a multiplicidade de imagens do assistente social tem relação direta com a matéria-prima do seu trabalho – a questão social, que se apresenta no cotidiano interventivo em sua riqueza e diversidade.

Se há uma representação social-matriz do assistente social na área de Saúde Mental, da qual as demais derivariam, esta é a de potencializador de mediações. O assistente social no CAPS é apontado como a “ligação” o tempo todo. É o profissional por excelência do relacionamento intra e extra CAPS.

Fica a dúvida de como logra dar conta de tamanha responsabilidade e de que resultado consegue de sua intervenção polivalente e aparentemente pulverizada. A experiência no CAPS é nova e encontra-se em franca construção.

Vários desafios foram lançados, salientando-se representações que necessitam de grandes investimentos para serem reforçadas ou re-significadas: a de terapeuta e de agente da família, ambas mais orientadas para a área clínica.

Historicamente, a profissão, através do Movimento de Reconceituação, negou a identidade com a clínica, com a dimensão psicossocial. Mas o CAPS e a Saúde Mental repõem esta dimensão identitária.

Em que medida o assistente social contribui com a construção do novo, reforçando o que já foi negado? Em que dimensão o assistente social é terapeuta? Este trabalho espera dar uma contribuição ao sistematizar polêmicas e mostrar a riqueza de possibilidades e potencialidades.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOSCHETTI, Ivanete *et. al.* A Recomposição do campo assistencial: natureza do direito, descentralização e colaboração vigiada. **SER SOCIAL**, Brasília, v. 9, p.217-242, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta os princípios orientadores da política de saúde mental. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília: MS, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez/UFRJ, 1996.

BUENO, Francisco da Silveira: **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: FAE/MEC, 1984.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO CEARÁ, 2., 2001, Fortaleza: CES, 2001. p. 10.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília: **Anais ...** Brasília: CEE, 2001. não paginado.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do assistente social**. Rio de Janeiro: CRESS, 2000.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.35, jul. 1992.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Representações e práticas**: identidade e processo de trabalho no serviço social. São Paulo: Veras, 1998.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1992.

MAGALHÃES, Juraci. Prefeitura cria rede de centros de atenção psicossocial **Jornal Diário do Nordeste**, Fortaleza, 18 out. 2001.

MELMAN, Jonas. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1996a.

_____.(Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 5. ed.. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996b.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 6. ed., Petrópolis: Vozes, 1995. p.89-111. (Coleção psicologia social).

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **Uma trajetória em cartografia**: os novos serviços em saúde mental: matrizes discursivas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/DAPS, 1996.

MOSCOVICI, S. La Psychanalyse, son image et son public. Paris. P.U.F., 1961.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MUNHOZ, Divanir Eulália N. Trabalho interdisciplinar: validade e utopia. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.51, p.167-170, ago. 1996.

NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre teoria das representações sociais. In: PAREDES, Antonia da Silva. **Representações sociais**: teoria e Prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p.55-88.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Saúde mental e mulheres**: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita. Sobral, CE: Edições UVA, 2000.

PAULO NETTO, José; FALCÃO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 1987.

PAULO NETTO, José. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v.17, n.50, p.87-132, abr. 1996.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

PERRUSI, Artur. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo: Cortez/ Recife: Editora Universitária –UFPE, 1995.

PITTA, Ana (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério A.; COSTA, Nilson do R. (orgs.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**, 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997

RODRIGUES, Mavi Pacheco. **Serviço Social e reforma psiquiátrica em tempo pós-modernos**. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, 2002., p.92-120. (Praia Vermelha: estudos de política e teoria social, 6).

ROSA, Lúcia C.S. **Aprumado ou avariado, todo doido tem seu dono: as representações sociais dos familiares acerca da emergência de um portador de transtorno mental em seu seio**. Recife: UFPE, 2000.

_____. As Condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. IN: **SAÚDE mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 263-288.

_____. Os Saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.71, p.138-164, 2002.

SÁ, Celso Pereira. **A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. 106p.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SOBRAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de política de saúde mental de Sobral**. Sobral: SMS, 1998: p. 1-19.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 1994. v.1.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; MOURA-FÉ, Nilson de; SANTOS, Antônio Weimar Gomes de. **Projeto de lei delgado**: um instrumento da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil. S.l.: s.n., [199?] p. 10. Mimeografado

SAMPAIO, José Jackson Coelho; BARROSO, Carlos M. C. **Manual de organização dos centros de atenção psicossocial**. Quixadá: Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá, 1996. Mimeografado.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; BARROSO, Carlos M.C. Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: SAÚDE loucura. São Paulo. HUCITEC, [199?] p. 167-187.

SANTOS, Antônio Weimar Gomes dos. **Avaliação crítica dos centros e núcleos de atenção psicossocial no nordeste**: perfil organizacional dos serviços instalados até 31 de dezembro de 1995. Fortaleza, 1997. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

SANTOS, Yara Maria Frizzera. **Serviço social**: afinal do que se trata? Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Serviço Social, 2001, p.164-189. (Praia Vermelha: estudos de política e teoria social, 5).

SERVO, Maria Lúcia. **O Pensar, o sentir e agir da enfermeira no exercício da supervisão na rede SUS local**: o revelado de uma práxis. São Paulo, 1999. 272f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem-Universidade de São Paulo.

SEVERINO, Antonio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Jeanete Liasch Martins de. (Org.). **Serviço social e interdisciplinaridade**: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, Maria Luiza Campos da. **“Psychiatric social work”** - da higiene mental à psicanálise. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

SOARES, Neusa F. O Conceito de representação social em Durkheim, Weber, Max, Bourdieu e Moscovici. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.47, n.3, 1995.

TEIXEIRA, Sônia Beatriz Sodré. **O Serviço social com famílias e as terapias familiares**: resolvendo dilemas e abrindo caminhos. Rio de Janeiro, 1997. Tese. (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VALA, Jorge. A Análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (Orgs.) **Metodologia das ciências sociais**. 10. ed. Porto: Afrontamento, 1999. p.101-128.

VALA, Jorge. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (Coord.). **Psicologia Social**. 4 . ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000, p. 457-501.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.54, p.135-157, jul. 1997.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.) **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

WETZEL, Christine. **Trabalhando junto à família em um serviço comunitário de atenção à saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000. p. 202-210. (Cadernos IPUB, 19)

ANEXOS

Anexo I

ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS

01. Quais as atividades que exerce no CAPS.
02. Descreva a finalidade dessas atividades.
03. Como Assistente Social do CAPS descreva seu lugar nessa equipe.
04. O que é uma equipe multiprofissional para você.
05. O que vem a sua cabeça quando falamos em Serviço Social na Saúde Mental.
06. Onde começa e como se delimita o trabalho do Assistente Social.

PARA OS TÉCNICOS DA EQUIPE DO CAPS

01. Como você vê a atuação do profissional Assistente Social na saúde mental.
02. Como é a sua relação profissional com o Serviço Social durante o trabalho desenvolvido no CAPS.
03. Que tipos de problemas você encaminha ou requisita a interlocução do Assistente Social?
04. Numa abordagem psicossocial onde começa e como se delimita o trabalho do Assistente Social (na sua opinião).

Anexo II

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS DOS ENTREVISTADOS

PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Idade _____ **Sexo:** () Masculino () Feminino

Estado Civil _____ Categoria Profissional: _____

Renda Familiar: _____

Há quanto tempo concluiu a graduação: _____

Há quanto tempo trabalha na área da saúde mental: _____

O que te motivou a se engajar na área da saúde mental: _____

Que formação tem na área da saúde mental. (Curso: extensão; especialização; mestrado; doutorado.

Participa de algum movimento social? Especifique.

Setor de atuação: _____

Cargo/Função: _____

Anexo III

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, com formação em _____, profissional do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS _____ do município de _____ estado do Ceará, DECLARO que a origem, a justificativa, os objetivos e as finalidades deste estudo foram a mim detalhadamente explicados por meio de linguagem simples e clara. Eu tomei conhecimento prévio da metodologia a ser utilizada, assim como da importância deste estudo para o CAPS e para o Serviço Social. Eu compreendo que a minha participação é VOLUNTÁRIA e que todos os meus dados pessoais e confidenciais serão mantidos em sigilo durante a divulgação dos resultados do estudo que possui como objetivo principal apreender as representações sociais do Assistente Social no exercício de sua prática em equipe de saúde mental nos CAPS. Portanto, EU CONCORDO com a minha participação nesta pesquisa e que as informações decorrentes da minha participação sejam utilizados na dissertação de Rocemilda Alves Ramos.

Nome do participante: _____

Município: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome da Pesquisadora: Rocemilda Alves Ramos

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

- contribuir para dar visibilidade à atuação e contribuição do assistente social no interior dos serviços substitutivos, com destaque para os centros de atenção psicossocial;
- resgatar as particularidades do Serviço Social no interior do Movimento da Reforma Psiquiátrica; e
- levantar subsídios para estudar a identidade que vem sendo construída para o Serviço Social, a partir dos debates e das demandas remetidos para a categoria no interior do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

O campo dessa pesquisa limitou-se a 04 centros de atenção psicossocial – CAPS, sendo 02 unidades em Fortaleza nas Secretarias Executivas Regionais III e IV, 01 em Itapipoca e outra em Quixadá. Como instrumento de coleta de dados, foram usados entrevistas e formulário para caracterizar o perfil dos entrevistados. Foram entrevistados 07 assistentes sociais, 02 médicos, 02 enfermeiros, 05 psicólogos e 06 terapeutas ocupacionais, totalizando, assim, 22 profissionais.

A escolha da Teoria das Representações Sociais (TRS) como eixo norteador desta pesquisa justifica-se por se considerá-la um referencial teórico importante de leitura sobre a prática profissional do assistente social na medida em que viabiliza a compreensão simbólica do pensamento e da ação dos atores e grupos sociais. Como anota Sá (1998, p.24), "as Representações Sociais é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (objeto)"; ou seja, na construção do objeto de pesquisa leva-se em conta simultaneamente o sujeito e o objeto da representação que se quer estudar.

Tentando compreender como as representações sociais estão sendo construídas e compartilhadas para conformar a realidade comum às diferentes formas de conhecimentos sobre a prática profissional dos assistentes sociais, do ponto de vista da representação social, o modo de se perceberem e de serem percebidos dentro dos centros de atenção psicossocial – CAPS, é que cresceu a aspiração para se realizar o presente ensaio.

Anexo IV