



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CONTEXTO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL: OLHARES A PARTIR DA PRÁTICA PROFISSIONAL

ANA PAULA VARGAS RONSANI¹

Resumo: O presente trabalho é fruto da experiência enquanto assistente social inserida em uma Unidade de Atenção Psicossocial, como residente. A vivência possibilitou analisar as ações de campo na saúde mental com o olhar do serviço social. O direcionamento do trabalho se deu devido a uma análise do Profissional de Referência e Grupo de Familiares. A compreensão desses dois dispositivos possibilitou identificar os fatores que envolvem o processo saúde-doença, bem como realizar uma apreciação da atual conjuntura política em que se vivencia o país. A residência multiprofissional proporciona uma experiência de ensino em serviço essencial para a atuação e efetivação do SUS.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde Mental; Residência Multiprofissional.

Abstract: The present work is the result of experience as a resident social worker inserted in a Psychosocial Attention Unit. The experience made it possible to analyze the field actions in mental health with the social service approach. The focus of the work was due to an analysis of the Reference Professional and Group of Relatives. The understanding of these two devices made it possible to identify the factors that involve the health-disease process, as well as to make an appreciation of the current political situation in which the country is experienced. The multiprofessional residence provides an essential in-service teaching experience for SUS actuation and implementation.

Keywords: Social Service; Mental Health; Multiprofessional Residence.

1. INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde vem como proposta qualificar e fortalecer as ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela orienta-se a partir dos princípios e diretrizes do SUS, desenvolvendo atividades conforme as necessidades locais e regionais, abrangendo diversas áreas da saúde como Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social (Resolução CNS nº 287/1998).

Trazendo a realidade do programa de residência da Universidade Federal de Santa Maria/RS, os programas são divididos em: Gestão e Atenção

¹ Profissional de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: <paulavronsani@gmail.com>

de Sistema Público de Saúde, tendo como áreas de concentração atenção básica/estratégia da saúde da família e vigilância em saúde; Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, como áreas de concentração crônico-degenerativo, hemato-oncologia, materno infantil; Saúde Mental; e por último, os programas de residência multiprofissional em Medicina Veterinária.

O recorte deste trabalho será elaborado no que concerne a realidade do programa de residência multiprofissional em saúde mental, devido ser a área de concentração a qual realizou-se a residência. Os residentes em saúde mental inserem-se pelos serviços da rede, sendo eles: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD e CAPS II), 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Gestão e Hospital Universitário de Santa Maria (Unidade de Atenção Psicossocial – Paulo Guedes).

Sob essa perspectiva, o presente relato tem o intuito de elucidar algumas ações desenvolvidas enquanto assistente social, na Unidade de Atenção Psocossocial -Paulo Guedes, como residente.

2. ENTENDENDO A SAÚDE MENTAL

Vários movimentos surgiram na sociedade representando o esforço da luta pela democracia. Um deles foi o Movimento da Reforma Psiquiátrica, surgido no período de 1970 e 1980, o qual envolveu diversos atores, sendo que seus posicionamentos vinham ao encontro das condições de saúde e assistência oferecidas no campo da saúde mental.

Os atores e protagonistas desse cenário estavam vinculados ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por associações de profissionais e usuários com histórico de longas internações psiquiátricas, que também estavam envolvidos nas discussões que permeavam o movimento sanitário². O MTSM denunciava a questão da violência posta nas instituições psiquiátricas, como é assinalado a seguir:

este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da

² As principais reivindicações desse movimento eram a universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito universal e dever do Estado, entre outros. (BRAVO,2009)

hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em meados dos anos 1980, a percepção da desinstitucionalização³ começa a amadurecer e em 1989 é lançado o projeto de Lei Paulo Delgado (Lei 3657)⁴. O referido projeto constituiu-se pelas exigências do movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo como viés a não abertura de novos leitos psiquiátricos e a transferência desse modelo por um descentralizado, de base comunitária. É a partir deste período que a política para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O processo de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil⁵ marcou essa ruptura da lógica hospitalocêntrica e medicalizante da Saúde Mental, propondo uma nova relação entre o usuário, o profissional, o serviço e o território. Segundo Bezerra Jr. (2007), a reforma psiquiátrica no Brasil deixou de ser uma “proposta alternativa” e consolidou-se como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental. Este processo foi marcado pela Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001⁶.

É na década de 1990, caracterizada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas⁷ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁸, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-

³ A desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomialistas, visando o cuidado em liberdade.

⁴ Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

⁵ Fortemente influenciada pelo movimento promulgado por Franco Basaglia na Itália, na década de 1970

⁶ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

⁷ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

⁸ O surgimento do primeiro CAPS no Brasil se deu na cidade de São Paulo, em 1987. Criado pela Portaria GM 224/92 e regulamentados pela portaria GM 336/02.

dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As propostas de reabilitação psicossocial perpassam pelo estágio da autonomia e cidadania dos usuários, visando a sua inserção social, pois estes estão em processo de estigmatização social. Construir um novo lugar social para a loucura não deve restringir-se aos limites sanitários, mas estar atrelado à invenção de novos espaços e formas de sociabilidade e de participação (DIMENSTEIN e LIBERATO, 2009).

Podemos dizer que esses movimentos foram o auge para a ideia de liberdade e democracia. Aspectos de inclusão e exclusão social foram pertinentes para que os direitos sociais tomassem um rumo mais humanitário, com a afirmação da cidadania e solidariedade. Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre os avanços do processo da Reforma Psiquiátrica, buscar romper com a lógica da institucionalização, visando a integralidade dos usuários e familiares, suas complexidades, ou seja, constituir um projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado.

3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

A chegada Serviço Social no Brasil caracterizou-se como assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social (IAMAMOTO e CARVALHO, 1998).

Barbosa e Silva (2007) registram que, no momento histórico compreendido entre 1940 e 1960, a saúde mental demandou do serviço social uma atuação voltada para a higiene social (nos moldes do higienismo), expressa através da moralização do sujeito e da família (nos moldes do tratamento moral). Já Bisneto (2007) afirma que o assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático, sendo que a profissão foi demandada pelo Estado (ditatorial) a executora terminal de políticas públicas na saúde mental, reproduzindo sua contradição histórica demandada pelas elites para acolher os mais “necessitados”.

O processo do Regime Militar além de sinalizar o começo de intensas mudanças no campo da saúde, também refletiu conquistas no campo da saúde

mental e na categoria profissional. Segundo Rocha (2012), o período da ditadura militar foi caracterizado pela ampliação das políticas públicas, tendo parte da dinâmica contraditória de concessão e ampliação dos direitos sociais. Essa ampliação se deu como forma de garantir a governabilidade.

Bisneto (2007) considera que a entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece a lógica que estava posta em todo o Brasil no período de 1964, como a modernização conservadora dos aparatos dos Estados, a centralização do controle dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, buscando a legitimação para a ditadura militar.

O trabalho dos assistentes sociais (AS) na saúde mental está diretamente relacionado com o movimento da reforma sanitária. Após as conquistas do movimento, o campo de trabalho dos AS se expandiram, trazendo à categoria profissional um leque de possibilidades de intervenção, sendo uma delas no campo da saúde mental. Bisneto (2007) aponta que existe uma ligação da Saúde Mental com as políticas sociais da saúde em geral no Brasil e, nesse sentido, não podemos dissociar o Serviço Social em Saúde Mental dos movimentos progressistas.

As principais ações do assistente social no campo da saúde mental são compreender e reconhecer as demandas surgidas no seu cotidiano de trabalho, logo, buscar alternativas para intervir nesta realidade. O assistente social, habitualmente, é identificado pelos demais profissionais como um profissional que possui capacidades e competências para atuar diretamente com usuários e familiares que estão em situação de vulnerabilidade social.

Para poder exercer as habilidades, o profissional necessita das bases teóricas e metodológicas, técnico-operativas e ético político para sua atuação profissional, que se baseiam pelo Código de Ética da Profissão, regulamentado pela Lei 8662/93. Sobre o código de ética, Iamamoto (2012, p. 78) afirma que “[...] não pode ser um documento que se ‘guarda na gaveta’: é necessário dar-lhe vida por meio dos sujeitos que, internalizando o seu conteúdo, expressam-no por ações que vão tecendo o novo projeto profissional no espaço ocupacional cotidiano”.

Assim como os demais profissionais, o assistente social está inserido em espaços contraditórios e, no campo da saúde mental, defronta-se com o preconceito existente entre sociedade e instituição, tendo como dificuldades os recursos escassos e precarização nos atendimentos aos usuários. Para Garcia (2001), o agir profissional necessita ser criativo e dinâmico, e a nossa prática deve ser compromissada com os direitos dos usuários, pois temos o compromisso com a cidadania, equidade e igualdade.

A inserção do Serviço Social na saúde mental objetiva contribuir para a efetivação de um atendimento integral, humanizado para os usuários e seus familiares durante todo o processo de reabilitação, e sua identidade condiz com as atribuições e competências profissionais, que se constrem através das relações sociais e demandas surgidas dentro da instituição.

Na perspectiva do acolhimento e na garantia dos direitos sociais, o assistente social trabalha com a identificação das necessidades sócioassistenciais através de ações de orientações referentes aos benefícios sociais como, por exemplo, o Bolsa Família, Auxílio Doença, Benefício de Prestação Continuada, entre outros.

Entendemos que o profissional, dentro do campo da saúde mental, precisa desempenhar suas funções que considerem as informações e orientações aos usuários e familiares, contribuindo neste espaço pela sua visão frente à questão social, levando em conta a problemática da saúde mental como algo que potencializa ou até mesmo originado pela contradição capital e trabalho.

Nessa direção, a questão social é afirmada, segundo Yasbeck (1999, pg.6), como “a matéria – prima e a justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho e na construção/ atribuição da identidade da profissão”. Para Iamamoto e Carvalho (2011),

a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO & CARVALO, 2011, p.83-84).

As múltiplas competências e atribuições, as quais o assistente social é chamado a exercer, exigem dele uma interferência prática nas variadas manifestações da questão social, tais como experimentadas pelos indivíduos sociais. Essa exigência, no âmbito da formação profissional, tendeu a ser unilateralmente restringida ora aos procedimentos operativos, ora à qualificação teórica como se dela automaticamente derivasse uma competência para a ação (IAMAMOTO, 2008, p. 240).

Robaina (2010) faz uma crítica da inserção do assistente social no campo da saúde mental, coloca que o profissional muitas vezes não se reconhece nesse espaço, trabalhando muitas vezes com uma atividade “clínica”, devido muitos profissionais terem essa direção de formação. A autora coloca que o profissional tem uma riqueza de saber próprio, fecundo de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica atinja o seu projeto de uma sociedade igualitária, que acolha todas as diferenças.

O assistente social trabalha nos processos de reprodução das relações sociais, e possui compromisso ético e político com a classe trabalhadora. O viés de sua atuação vem ao encontro de uma nova ordem societária, sem discriminação, exclusão e distinção entre classes.

Assim, o Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade [...] a conjuntura não é pano de fundo que emolduram o exercício profissional; ao contrário são partes constitutivas da configuração do trabalho do Serviço Social devendo ser apreendidas como tais (IAMAMOTO, 2001, p.55).

O trabalho do assistente social na saúde mental é de suma importância, pois as suas ações refletem na mobilização dos usuários e seus familiares, com vistas ao exercício da cidadania, autonomia, protagonismo e direitos sociais.

4. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: EXPERIÊNCIA E AÇÕES DESENVOLVIDAS A PARTIR DA ATUAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A portaria nº 224/MS de 1992 institui diretrizes que envolvem a organização de serviços baseada nos princípios do SUS. A mesma apresenta normas para o atendimento hospitalar, que tem a partir do hospital geral a assistência em saúde mental como um recurso intermediário. O atendimento

em regime de internação deve caracterizar quando se esgota todas as possibilidades de atendimentos em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao usuário será desenvolvida por equipe multiprofissional, e deverá incluir atividades individuais, coletivas, familiares, preparação e organização na rede sócioassistencial garantindo a referência para a continuidade do tratamento após a alta visando prevenir a ocorrência de outras internações.

A Unidade de Atenção Psicossocial (UAP)-Paulo Guedes é alocada no Hospital Universitário de Santa Maria/RS. Ela conta com 30 leitos e uma equipe multiprofissional para o atendimento dos usuários e seus familiares. Sendo referência no município e região, a UAP abrange os 32 municípios que compõem a 4ª Coordenadora Regional de Saúde. A UAP tem como objetivo o tratamento à pessoa com transtorno mental grave através da internação, por conta dos riscos que estes sujeitos estão expostos, uma vez que os pacientes lá internados apresentam em surto psicótico, estados alterados de humor e/ou risco de suicídio, auto e heteroagressão, entre outros.

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde/UFSM(PRMS) foi implantado em 2009 e possui diretrizes político-pedagógicas e metodológicas na formação de profissionais para atuar no SUS. A saúde mental torna-se um cenário orientador para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

As atividades desenvolvidas no PRMS são divididas em ações de campo, núcleo e atividades teórico-práticas. As atividades de campo correspondem ao trabalho interdisciplinar, o que é comum a todos. Já as de núcleo, se configuram o que é específico de cada profissão. As teórico-práticas também se dividem em de campo e de núcleo, que caracterizam-se pelas preceptorias e tutorias.

Neste ensaio, faremos um recorte das atividades de campo (Profissional de Referência e Grupo de Familiares), com o olhar do serviço social. O fazer profissional está pautado em ações que venham ao encontro da garantia dos direitos dos usuários na rede SUS, bem como sua atuação deve ser orientada conforme o projeto ético político profissional.

A inserção, enquanto assistente social residente, foi de suma importância para iluminar a prática profissional, visto que durante o processo de formação acadêmica o único contato com a prática foi no estágio curricular. A atuação enquanto residente na UAP foi primordial para o aprimoramento da práxis profissional, e com o olhar mais maduro e crítico analisou-se a saúde mental com um viés direcionado às condições de vida e trabalho dos sujeitos.

Entre as atribuições enquanto residente da UAP, estava a de ser Profissional de Referência, ou seja, profissional responsável pelas demandas dos usuários referenciados. O profissional de referência na UAP é uma atividade de campo, e tem como intuito o acompanhamento de usuários e seus familiares no período da internação e, conforme cada caso, no pós alta. A relação profissional de referência/usuário/família é uma ferramenta-chave para as intervenções no trabalho em saúde mental, pois possibilita um vínculo entre os sujeitos, bem como uma aproximação real das demandas surgidas pelos usuários. É necessário apontar que o vínculo entre esses atores é fundamental, uma vez que contribui para um acompanhamento efetivo e humanizado.

Outra atribuição do profissional de referência é o contato com a rede socioassistencial. Esse contato deve ocorrer frequentemente durante a internação e após a alta. A articulação com a rede possibilita identificar os caminhos percorridos pelos usuários até a chegada da internação, bem como pensar estratégias de cuidado ao usuário e seus familiares.

Como não existe um manual a ser seguido, apenas orientações a respeito do profissional de referência, cada profissional tem uma visão do que é o desempenho de tal tarefa. O olhar do assistente social é diferente do enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, e suas ações são orientadas a partir de um compromisso ético político com a classe trabalhadora. O olhar que se fala, possibilita uma maior compreensão dos condicionantes que envolvem o processo saúde-doença, as relações presentes na sociedade capitalista, as políticas públicas e atualmente os retrocessos dos direitos historicamente conquistados.

Conforme Bravo (2013), a opção pelo fortalecimento dos interesses da classe trabalhadora impõem ao profissional uma clara compreensão teórica para analisar as determinações estruturais, das forças sociais em confronto,

em conjunturas específicas e das contradições que se reproduzem no espaço institucional.

Enquanto profissional de referência, ao tentar articular atendimento para os usuários na rede de saúde mental, presenciou-se lacunas nesses acompanhamentos. Essas lacunas dizem respeito a falta de estrutura pessoal e institucional para o acolhimento e acompanhamento dos usuários no pós alta. Os serviços da rede de saúde mental do município e da região estão sucateados, não possuem equipe completa para acolher a crescente demanda posta na saúde mental.

A precarização do trabalho dos profissionais que trabalham na rede e a falta de recursos, perpassa pela atual conjuntura política em que se encontra o país. O modelo neoliberal vigente traz um rastro de desfinanciamento do SUS, mudanças nas estruturas de trabalho, desemprego estrutural, entre outros retrocessos vivenciados no país e que acabou sendo sentido na prática profissional dos residentes.

Esse cenário repercute no planejamento e na organização das políticas sociais. Muitas vezes nos sentimos incapazes, diante do contexto exposto, e nos é demandado a procurar alternativas para tentar amenizar os rebatimentos dessa atual conjuntura. Em muitas vezes, há um desestímulo, pois as consequências desses retrocessos produzem efeitos no cotidiano, que ao tentar articular atendimentos fora da internação não tínhamos a certeza que o usuário teria o devido acompanhamento, e que muitas vezes acarretava na sua reinternação.

Iamamoto (2015) traz que ao nível do trabalho concreto realizado, merece atenção a socialização das informações enquanto uma das atividades profissionais. Esse compartilhamento das informações para a autora não se reduz ao mero repasse de dados, ela deve ser transmitida a partir de uma ótica de direitos, em que os sujeitos sociais são reconhecidos em suas necessidades coletivas. A partir disso, cabe a nós profissionais orientar os indivíduos para que os mesmos tenham uma conscientização ampla tanto da realidade que eles estão inseridos- realidade atual que se manifesta na retirada de seus direitos quanto em mobilizá-los a participar de espaços democráticos, como Fóruns e Conselhos de Saúde.

Outra atividade de campo desenvolvida na UAP é o “Grupo de Familiares”, destinado a familiares e amigos de pessoas que estão internadas. Esse grupo apresenta uma rotatividade tanto de residentes que comandam a atividade, quanto de familiares e amigos que frequentam o espaço. No grupo é perceptível as angústias e sofrimentos dos familiares e, a partir das falas dos mesmos, este espaço de acolhimento, acaba sendo o único lugar de suporte e compartilhamento das experiências. Os familiares trazem questões que envolvem o cotidiano em si, as relações de estigma que sofrem ao ter uma pessoa com transtorno mental no seu núcleo, a falta de suporte tanto institucional como dos demais familiares para o compartilhamento dos cuidados. Além disso, eles enxergam a internação muitas vezes como um refúgio e descanso, pois no momento da internação, os familiares conseguem descansar e desenvolver as atividades que não conseguem quando o usuário está em casa.

A partir da experiência do Grupo de Familiares, o assistente social consegue identificar os recursos disponíveis no território, bem como as vulnerabilidades que são atravessadas por esse núcleo, e assim, propor alternativas que modifiquem a realidade desses sujeitos, buscando a transformações das relações sociais. Iamamoto (2003) coloca que o profissional tem o domínio para transformar os espaços de trabalhos em espaços políticos, que vem ao encontro dos interesses da coletividade.

Para Miotto (2010), a teoria social de Marx possibilitou adentrar no debate teórico-metodológico e projeto ético-político da profissão, trouxe um novo paradigma na forma de pensar e trabalhar a família, se desvinculando de que os problemas sociais são causados pelos indivíduos. Ao contrário, as demandas são interpretadas a partir das desigualdades sociais decorrentes da organização capitalista.

Como mencionado anteriormente, o grupo de familiares é conduzido por uma equipe multiprofissional e possui uma rotatividade de profissionais no decorrer das atividades. Cada profissional orienta o grupo a partir das demandas surgidas e conforme o seu olhar profissional. O assistente social com seu olhar crítico, desenvolve suas ações que vão além do cotidiano familiar, das relações estabelecidas. Não é que não seja importante

compreender essas relações, mas é necessário aprofundar o horizonte dessa dinâmica. Dinâmica esta carregada de fatores sociais, econômicos e culturais que incidem sobre a pessoa com transtorno mental e seu núcleo familiar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência enquanto assistente social residente, em uma Unidade de Atenção Psicossocial, foi de suma importância para a formação profissional. Ao deparar no campo da saúde mental, com a responsabilização profissional e o compromisso ético e político com os usuários ali atendidos, se teve uma maior compreensão do real significado do ser profissional.

A Residência Multiprofissional proporciona a troca de experiência e o compartilhamento de saberes. Ela permite o contato interdisciplinar e assim possibilita articular de forma coletiva ações com vistas no melhor atendimento para o usuário e seus familiares.

Vivenciar esta experiência profissional ressignificou a prática, bem como permitiu refletir sobre as políticas de saúde que atravessam a saúde mental de uma forma geral. Além disso, poder trabalhar de forma articulada com os serviços da rede socioassistencial, e compreender a realidade de cada espaço foi fundamental para uma análise conjuntural das relações que perpassam o cotidiano tanto dos usuários, quanto das famílias e profissionais.

A partir do recorte deste estudo, trazendo o exemplo das atividades de campo (Profissional de Referência e Grupo de Familiares), com o olhar do serviço social, é possível identificar o viés político que é direcionado as nossas ações. O compromisso com os usuários e a luta por uma nova sociabilidade, demanda do profissional propor alternativas que modifiquem essa realidade. Além disso, é fundamental que o profissional tenha uma análise social e histórica das relações que permeiam a sociedade capitalista. É necessário romper com a visão estigmatizada que afeta a pessoa com transtorno mental, bem proporcionar espaços de debates entre usuários/serviços/comunidade, para que a Reforma Psiquiátrica realmente se efetive.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T. K. G. de M.; SILVA, W. M. R. A. de. Serviço Social e Saúde Mental. In: PRÉDES, R. (Orgs). **Serviço social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas**. Maceió: EDUFAL, 2007.

BEZERRA, JR. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 2, n. 17, 2007.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

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

_____. Projeto de Lei nº 3.657, de 1989. **Dispõem sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

_____. Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 06 jul. 2018.

_____. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <http://ww.saude.sc.gov.br/geral/planos/programaseprojetos/saudemental>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.html>. Acesso em: 06 de junho de 2018.

BRAVO, M.I. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. ET al. (org.) Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: Fundamentos históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. COREMU/UFSM. **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde ao Ministério de Educação**. Santa Maria: UFSM, 2009.

_____. **Regimento Interno: Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde**. Santa Maria: UFSM, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social.** Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. **Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.**

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998.**

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, 2009. 1 cd-rom.

GARCIA, A. P. T. et al. **Aprendendo a trilhar um caminho diferente.** 2001. 58 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente, 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

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

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

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

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2003.

MIOTO, R.C.T. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n.2, p. 163-176, 2010.

ROBAINA, C.M.V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROCHA, T.S. **A Saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais:** limites, desafios e possibilidades. Monografia de Conclusão de Curso – Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012.

YAZBEK, M. C. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: CFESS; ABEPSS; UNB; CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 4: O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília, 1999.