



## **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III**

Islânia Kênia Lourenço de Azevêdo<sup>1</sup>, Maria de Fátima Leite Gomes<sup>2</sup>

### RELATO DE EXPERIÊNCIA

#### **RESUMO**

Este artigo traz o relato da minha vivência enquanto Assistente Social, na Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tendo como cenário de prática um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III. O relato busca descrever e analisar as atividades desenvolvidas entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022. Vale ressaltar que este equipamento se constitui em um dispositivo estratégico de cuidado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, cujo objetivo é reorientar o modelo de assistência ofertada às pessoas em sofrimento mental. No sentido de buscar compreender os objetivos postos, este estudo classifica-se como descritivo, do tipo qualitativo, por meio do relato de experiência, considerando este, como técnica que viabiliza descrever, compreender e analisar as ações desenvolvidas em equipe interdisciplinar. Nessa perspectiva, por meio das práticas no âmbito da residência multiprofissional, foram realizadas intervenções profissionais, e, através destas, foi possível observar como vem se dando os rebatimentos de movimentos macroestruturais no dispositivo. Foi possível identificar que, a realidade que se coloca na atualidade, remonta grandes desafios para o cuidado em saúde mental baseado em serviços de caráter aberto e comunitário, tendo em vista os sucessivos ataques ao modelo de atenção psicossocial, os quais se revelam na precarização do serviço e nas fragilidades das condições de trabalho. Há que se considerar, ainda, os atravessamentos relacionados à Pandemia da COVID-19 no âmbito desse espaço sócio ocupacional. Nesse contexto, a experiência revela a importância da inserção da residência no cotidiano de trabalho do SUS, e, ainda, traz contribuições sobre a atuação específica do serviço social nesse contexto, apontando os desafios e possibilidades de atuação profissional em meio a conjuntura de desmontes e precarização na Política de Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Serviço Social, Saúde Mental, CAPS.



## **SOCIAL SERVICE AND MENTAL HEALTH: REPORT OF EXPERIENCE IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER – III**

### **ABSTRACT**

The present work brings the report of my experience as a Social Worker, in the Multiprofessional Residency in Mental Health (RESMEN), of the Federal University of Paraíba (UFPB), having as a practice scenario a Psychosocial Care Center (CAPS) III. It is worth mentioning that this study constitutes a February strategic study for people with psychological objectives, whose objective is to reorient the model of assistance offered to the graves. people in mental distress. In order to seek the objectives of the posts, this study is understood as descriptive, of the type of experience report, considering this as a technique that makes it possible to describe, understand and study as articles classified in an interdisciplinary team. In this, through the practices in the scope of the multiprofessional residency, professional interventions were carried out, and, through these, it was observed how the repercussions of macrostructural movements in the device have been happening. It was identified that, from the present day, the great challenges for mental health care go back to open and community-based services, in view of the psychosocial model, with a view to the beginning of the precariousness of the service and working conditions. It is also necessary to consider the crossings related to the COVID-19 Pandemic within the scope of this occupational space. In this context, an experience reveals the importance of inserting the residence in the daily work of the SUS, and, in this context, brings contributions on a still specific performance of the social service in this context, the performance in challenges and professional possibilities in the midst of the dismantling and precariousness in Mental Health Policy.

**Keywords:** Social Work, Mental health, CAPS.

**Instituição afiliada** – <sup>1</sup> Assistente Social Residente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: [iklazevedo@gmail.com](mailto:iklazevedo@gmail.com) <sup>2</sup> Professora Doutora da Graduação e Pós-graduação em Serviço Social e Professora Tutora e Orientadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: [fatima.l.gomes2016@gmail.com](mailto:fatima.l.gomes2016@gmail.com).

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 08 de Fevereiro e publicado em 28 de Março de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2641-2666>

**Autor correspondente:** Maria de Fátima Leite Gomes [fatima.l.gomes2016@gmail.com](mailto:fatima.l.gomes2016@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## **INTRODUÇÃO**

O Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) pode ser compreendido como um complexo processo social que se encontra em curso, no Brasil, desde o final da década de 1970, em meio às lutas pela redemocratização do país e pelo fim do regime militar (Amarante, 2008). Esse processo surge como uma proposta de transformações para além de mudanças nos serviços de saúde mental, mas que possa promover a construção de uma nova lógica de cuidado e de um novo lugar para a loucura em nossa sociedade.

Com a constituição do Sistema único de Saúde (SUS), a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), da portaria nº336/2002, da portaria nº 3.088/2011 dentre outros textos legais, foram trazidos importantes avanços para a assistência à saúde mental. Os textos citados representam conquistas em direção à Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, trazendo o estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a primazia do cuidado em liberdade para as pessoas em sofrimento mental.

Considerando o cenário exposto, no intuito de fortalecer o SUS e formar profissionais qualificados para atuar no âmbito da saúde pública brasileira, foram criados os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. Os programas de Pós-Graduação *Lato Sensu*, na modalidade residência, foram instituídos pela Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 e regulamentados pela Portaria nº 2.117, de 3 de novembro de 2005; são caracterizados pela modalidade de ensino voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (Brasil, 2005).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), está vinculado ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), e foi aprovado pela Resolução nº 15/2015 do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE). A RESMEN tem como objetivo geral promover a especialização de profissionais da saúde (assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, terapeuta ocupacional, educadores físicos e nutricionistas) por meio da educação em serviço e proporcionar a aquisição de atributos que possibilitem o exercício profissional com excelência, visando a melhoria da qualidade de vida da população (UFPB, 2015).



Desse modo, os residentes da RESMEN perpassam pela RAPS tanto em dispositivos de âmbito estadual como nos da rede municipal, atuando nos municípios de João Pessoa, Cabedelo e Santa Rita. Têm como cenários de prática: os CAPS II e III, CAPS AD III, CAPSi (infantil); Unidades Básicas de Saúde (UBS); Rede de urgência e emergência; e no âmbito da gestão da Política de Saúde Mental, tem como cenários a Coordenação de Saúde Mental do estado da Paraíba e a Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do município de João Pessoa-PB. Todo esse processo possibilita visualizar como se dá a execução e implementação da Política de Saúde Mental, local, em seus diversos níveis e revela a importância de que os serviços operem de modo articulado, cumprindo as diretrizes do SUS e garantindo a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado (Brasil, 1990).

Isto posto, vale considerar a particularidade do Serviço Social nesse processo, uma vez que é uma das categorias que fazem parte do processo formativo e de trabalho desenvolvido na residência multiprofissional. Os assistentes sociais atuantes na área da saúde mental, ao compor uma equipe interdisciplinar, contribuem com as trocas de saberes proporcionadas nessa modalidade de trabalho e, sobremaneira, enriquecem a intervenção realizada junto aos usuários.

Nessa direção, este trabalho visa trazer contribuições acerca da atuação do Serviço Social e sua relação com o campo da saúde mental, através da minha experiência em um CAPS III. Relatando, pois, uma experiência que proporcionou aprendizados acerca da forma como tem se organizado o trabalho de assistentes sociais na saúde mental e a possibilidade de visualizar os rebatimentos de movimentos macroestruturais da política e do momento histórico de pandemia vivenciado durante a realização da experiência profissional. Assim como, buscou-se compreender como o dispositivo CAPS tem se configurado na realidade, a partir das demandas que se colocam no cotidiano, a forma como se dá a inserção do assistente social na equipe multiprofissional e no trabalho interdisciplinar, bem como, analisar as tendências postas nesse campo de atuação.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho é um relato de experiência profissional, advindo das práticas



de campo, vinculadas ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III. A RESMEN articula ensino e trabalho, mediante o emprego de técnicas e conhecimentos para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a escolha metodológica pelo relato de experiência busca refletir o cotidiano da atuação profissional enquanto assistente social, através da narrativa crítica.

O trabalho em foco é caracterizado enquanto estudo descritivo de abordagem qualitativa que, conforme Triviños (1987, p. 128-130), tem por base as seguintes características:

1º) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; 2º) A pesquisa qualitativa é descritiva; 3º) Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; 4º) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente; 5º) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa [...].

O relato de experiência no contexto acadêmico, objetiva, além de descrever uma vivência, também “a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva [...]” (Mussi, Flores, Almeida, 2021, p. 64). Caracteriza-se, igualmente, pela junção do vivido com a análise teórica. A análise do relato de experiência deve mostrar desde os problemas encontrados até as possibilidades de “superação” mediante o exercício profissional.

Assim, as principais ações realizadas consistiram em atividades de triagens, “anamnese social”<sup>1</sup>, orientação sobre direitos e benefícios sociais, atendimento à família, escuta qualificada, realização de grupos operativos, registros em prontuários, elaboração de relatório social, reunião de equipe, discussão de casos e articulação intersetorial. Em relação aos instrumentos técnico-operativos da profissão, no CAPS III,

---

<sup>1</sup> Anamnese consiste no histórico de todos os sintomas narrados pelo paciente sobre determinado caso clínico. Também pode ser considerada uma lembrança incompleta ou a reminiscência de uma recordação. Todavia, o Serviço Social brasileiro utiliza o termo prontuário social ao invés de anamnese, considerando tanto à natureza biopsíquica, quanto a cultural, social e econômica do/a usuário/a. Igualmente, substituiu o termo cliente, por usuário/a, a partir do Código de Ética Profissional de 1986.



os mais utilizados foram: anamnese social, elaboração de relatórios sociais, fichas de encaminhamentos, registros nos prontuários dos usuários e registro no livro de ocorrências do Serviço Social. Todos esses recursos, formaram a base teórico-crítica que também fundamentaram o relato em tela.

A análise descritiva da experiência no serviço, como proposta para a elaboração deste artigo, procura, portanto, abordar os desafios e potencialidades encontradas para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da minha atuação enquanto residente. Assim, as informações contidas na narrativa que sistematizo, partem da observação direta e de registros pessoais feitos em diário de campo, dispensando à submissão em Comitê de Ética e Pesquisa, uma vez que, não foram coletados dados empíricos.

## **RESULTADOS**

### ***Lócus da experiência***

O Centro de Atenção Psicossocial III que é o *lócus* da experiência que será ora relatada, fica localizado no estado da Paraíba, e foi inaugurado há pouco mais de uma década. Este dispositivo é atualmente o serviço de referência de atenção especializada em saúde mental de dois distritos sanitários da cidade no qual está localizado, e ainda divide a assistência de mais um distrito com outro CAPS III do município, totalizando a referência de 38 unidades de saúde da família (SMS-JP, 2021).

O espaço físico do CAPS é amplo: possui uma área interna que contém corredores com assentos/cadeiras, uma sala de atividades grupais, duas salas para atendimentos individuais, uma sala com prontuários, uma sala de arquivo, uma sala de triagem, uma sala da enfermagem, uma sala da direção, uma do setor administrativo, uma do serviço social, uma da farmácia, um repouso para funcionários, dois dormitórios para usuários (com seis leitos no total, sendo três leitos femininos e três masculinos), quatro banheiros e um refeitório; possui ainda uma área externa na qual contém outra sala de atividades grupais, bancos de convivência, quadra, horta, um galinheiro e alguns espaços desertos/não explorados.



A equipe do serviço no período da experiência encontrava-se com: quatro profissionais do apoio, quatro auxiliares de serviços gerais, uma telefonista, uma recepcionista, um auxiliar de farmácia, quatro assistentes administrativos, quatro cozinheiras, dois oficineiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro enfermeiras/os, uma nutricionista, três farmacêuticas, sete psicólogas/os, uma assistente social, dois/as terapeutas ocupacionais, um profissional de educação física, três psiquiatras e uma diretora.

O serviço funciona 24 horas, sete dias por semana, isto é, funciona com oferta de atendimento ininterrupta. É um serviço que funciona como porta de entrada, reguladora da atenção em saúde mental, e atende tanto a demanda espontânea, como encaminhada de outro ponto de atenção. Seu público-alvo são pessoas maiores de 18 anos em sofrimento mental grave e persistente da sua abrangência territorial. Esse serviço tem, ainda, sob sua responsabilidade dois SRT's do tipo II, sendo uma residência masculina e uma mista (feminina e masculina), totalizando 20 moradores no total.

Para o/a usuário/a ser admitido/a para tratamento no CAPS, há um primeiro acolhimento ao chegar no serviço, visando conhecer preliminarmente a demanda e se corresponde à área territorial que o serviço atende, e em seguida é realizada a triagem do/a usuário/a. No momento de triagem é realizada uma primeira escuta da pessoa que procura o serviço, seja por demanda espontânea ou encaminhada de outro ponto de atenção, a qual pode ser realizada por qualquer técnico de nível superior da equipe multiprofissional da instituição, de acordo com a escala do serviço.

A partir da triagem, o profissional responsável avalia a necessidade de que a pessoa seja assistida no CAPS ou se deve encaminhá-la para outro ponto da RAPS. Caso seja constatado que a demanda do usuário se constitui em um adoecimento psíquico grave, este poderá acessar a proposta terapêutica e de cuidado oferecido no mesmo. Assim, a partir do cadastro, abre-se um prontuário e se iniciam os primeiros passos para o acompanhamento.

Existem, ainda, três modalidades de atendimento que determinam como se dá a intervenção e cuidado aos/as usuários/as: a 'Atenção 24 horas'; o 'Intensivo'; o 'Semi-intensivo' e o 'não-intensivo'.

Na modalidade de Atenção 24 horas, o/a usuário/a fica acolhido/a em um leito no serviço por um curto período de dias, em decorrência de alguma desestabilização no



seu estado psíquico. A modalidade de atendimento Intensivo, ocorre quando o quadro de crise do/a usuário/a demanda que este frequente o serviço diariamente por algum período, mas não requer acolhimento noturno. No atendimento Semi-intensivo, requer um acompanhamento frequente, de acordo com o estabelecido em seu PTS, ocorrendo, no geral, semanalmente. E o atendimento não-intensivo, compreende aqueles/as usuários/as mais estáveis que demandam menor frequência ao serviço.

### **A vivência no CAPS III – uma análise sobre a inserção de residentes no cotidiano do serviço**

A partir da compreensão dos serviços substitutivos e de sua relevância na efetivação da RP, este relato aborda a minha vivência enquanto assistente social, residente em saúde mental, inserida no cotidiano de um dispositivo de atenção psicossocial, buscando, nesse sentido, apreender a dinâmica de trabalho nessa instituição de saúde. Para tanto, convém relatar as atividades realizadas na experiência, compreendendo como a instituição conduz a oferta de cuidado psicossocial, assim como, conceber os desafios, avanços e as interferências dos movimentos macroestruturais e seus rebatimentos na prática profissional.

Vale destacar, ainda, que me inseri nesse cenário de prática compondo uma equipe multiprofissional de residentes em saúde mental, a qual, além do serviço social, era composta por profissionais da psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, educação física e nutrição. Além disso, a preceptoria se constituiu por profissionais da terapia ocupacional, serviço social e psicologia, os quais contribuíram na inserção da equipe dos residentes na instituição, apresentando o serviço, seu funcionamento e equipe, e mantendo um contato mais próximo para contribuir, de modo geral, na formação dos residentes. Dessa forma, na minha inserção como residente, pude contribuir na maior parte das atividades, das quais: triagens, escutas, orientação, realização de grupos, registro em prontuários, articulação intersetorial e reuniões de equipe.

Contudo, é preciso salientar, de antemão, alguns pontos importantes que interferiram na dinâmica de trabalho da instituição no período da experiência: um deles é que esta se deu ainda no período de calamidade pública em decorrência da Pandemia da COVID-19; outro é que o serviço se aproximava da marca de mil usuários/as com





matrícula ativa, o que indica uma superlotação.

Em relação ao período pandêmico, vale ressaltar que no momento da experiência já havia se passado mais de um ano que a pandemia havia iniciado, e uma grande parte dos/as usuários/as e funcionários/as já se encontravam vacinados/as contra a infecção pelo novo coronavírus ou COVID-19 e a rotina do CAPS estava, aos poucos, retornando as atividades coletivas no dispositivo.

Nesse sentido, os/as usuários/as estavam voltando a frequentar o CAPS, após o período mais crítico da pandemia ter passado, e a liberação de atividades com maior número de pessoas a ser permitido pelas normativas das autoridades sanitárias. A portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, traz que a quantidade de usuários que o CAPS III pode atender corresponde a 40 pessoas por turno e limite máximo de 60 usuários/dia. No entanto, a partir do ano de 2020, com o advento da pandemia, por mais de um ano, foi inviável que houvesse a reunião desse quantitativo de usuários diariamente no serviço, para evitar aglomerações e contágio da COVID-19. Ainda, é importante assinalar sobre a dificuldade de fazer com que os/as usuários/as em crise psíquica cumprissem com os protocolos de biossegurança contra o vírus, como uso de máscaras, higiene das mãos e o distanciamento social.

Nessa perspectiva, o serviço passou mais de um ano sem realizar atividades coletivas, fazendo com que o acesso ao CAPS se desse principalmente para atendimentos individuais como consultas e prescrição de medicação, descaracterizando a proposta comunitária e configurando uma característica ambulatorial ao dispositivo. Desse modo, a prática de cuidado predominante estava se dando por base na medicalização, impondo o desafio ao serviço de resgatar as demais estratégias de promoção de saúde e promover uma oferta de cuidado psicossocial.

O outro ponto que é importante destacar, diz respeito a quantidade de usuários com prontuários ativos, que no momento da experiência estava se aproximando dos mil usuários sob responsabilidade da equipe. Esse dado pode ser assimilado como sendo resultado da quantidade insuficiente de CAPS no município, tornando a cobertura de serviços deficitária em relação à população atendida, acarretando uma superlotação. Essa situação ilustra, no entanto, uma tendência observada nacionalmente, isto é, enquanto se observa uma diminuição na implantação de serviços substitutivos no país, as demandas não param de chegar nos serviços existentes, os quais operam com uma



cobertura populacional muito além de sua capacidade. E, como consequência, essa drástica redução do ritmo de implantação de CAPS aponta para um cenário de desassistência e estagnação do processo de reforma (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2019).

Diante dessas considerações, vale pontuar sobre como o serviço vem se adaptando e quais estratégias de cuidado vêm sendo realizadas, considerando o contexto assinalado, assim como descrever e analisar as atividades que pode realizar em conjunto com a equipe interdisciplinar, incluindo os profissionais da instituição e os demais residentes.

Uma das atividades em que me inseri e despertou inquietações sobre o processo de cuidado nas circunstâncias relatadas, foram as triagens. Por meio da realização dessa atividade, observei alguns desafios para realizar o cuidado psicossocial efetivo. Outrossim, as pessoas que chegam nesse contexto, se deparam com algumas fragilidades no processo de cuidado em razão da superlotação e precarização do equipamento social; a título de exemplos, elenca-se a demora no atendimento, a dificuldade no acompanhamento e sistematização de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), a inviabilidade da figura do Técnico de Referência (TR), e, ainda, a escassez de recursos terapêuticos necessários no processo de cuidado.

Conforme o Ministério da Saúde (2007, p. 40), o PTS pode ser definido como “[...] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”. Devendo ser pensado junto com o/a usuário/a e levando em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa, enquanto que, o TR é o profissional responsável por monitorar junto ao/à usuário/a o seu PTS, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço; assim como, é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no PTS, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (Brasil, 2002).

Ademais, considerando as fragilidades da composição da equipe e a superlotação de usuários/as, pode-se dizer que o serviço encontra muitos desafios no que tange as condições de ofertar um cuidado personalizado e acompanhamento sistemático do TR para todos/as os/as usuários/as. Dessa forma, as saídas encontradas, na maioria das vezes, consistem em dar prioridade aos casos de maior gravidade, nos quais a equipe se mobiliza para discutir e elaborar estratégias singulares.



Em meio a esses entraves, a equipe do CAPS vem buscando alternativas para promover uma atenção psicossocial, ainda que atuando no limite das condições objetivas, enfrentando as ofensivas e sucateamentos, na perspectiva de reafirmar a importância de cuidado no território. Assim, o CAPS oferta, no âmbito das ações coletivas, oficinas terapêuticas, grupos operativos e assembleias. Em relação a este aspecto, destaca-se que a instituição contava com apenas dois oficinairos na equipe, sendo um para oficinas de musicoterapia e o outro, de arteterapia. Segundo o Ministério da Saúde (2002):

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. [...] Elas [as oficinas] realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (Brasil, 2002, p. 20).

Nesse sentido, a inserção dos residentes se deu, também, na organização de oficinas e atividades grupais, sendo estabelecido um turno fixo, na semana, para o desenvolvimento destas.

A partir destas reflexões sobre as fragilidades e potencialidades das ações, buscou-se estimular o exercício da cidadania dos/as usuários/as, quanto ao reconhecimento de sua condição de sujeitos de direitos na perspectiva da mobilização social. Na intenção desta atividade coletiva, facilitamos discussões sobre direitos e cidadania, por meio das quais foi possível identificar alguns/as usuários/as que demonstravam potencial para participar de mobilizações sociais. Vale considerar que, no decorrer da experiência, se aproximava a ocorrência da Conferência Municipal de Saúde Mental, e, desse modo, passamos a utilizar os momentos dos grupos para estimular os/as usuários/as, principalmente aqueles que demonstravam interesse em participar de espaços de discussão política, que participassem desse processo, trazendo debates politizados e a importância da sociedade civil se fazer presente. Além disso, confeccionamos cartazes e os expusemos nas paredes do serviço convidando os/as usuários/as e suas famílias a participar da Conferência.



Os momentos das atividades grupais se constituíram em oportunidades ímpares para conhecer e estabelecer vínculos com os/as usuários/as. Dessa forma, uma outra atividade que é de suma importância para o processo de cuidado, que realizei, se deu no registro das minhas observações e intervenções realizadas nos prontuários<sup>2</sup> das pessoas que participavam dos grupos e dos atendimentos individuais. Pude perceber, ainda, ao folhear os prontuários, um aspecto peculiar que predominava nos registros, não sendo incomum encontrar usuários/as que frequentavam há anos o serviço, mas que nesse documento não havia informações sobre seu processo de cuidado ou que revelasse sua singularidade. Encontrei, no entanto, laudos que continham as mesmas “sentenças”, para todos/as usuários/as: *“paciente calmo/orientado; ou em crise/desorientado; participou (ou não) das oficinas; administrou (ou não) a medicação”*, restringindo o preenchimento dos prontuários a um aspecto meramente burocrático, com registros pontuais e vagos sobre sua vivência na instituição.

Em relação a esse aspecto, foi dialogado em algumas ocasiões, principalmente nas reuniões de equipe, sobre a necessidade de ressignificar o preenchimento dos prontuários, de modo que possam ser exploradas suas potencialidades, considerando que é um documento do/a usuário/a, mas que os profissionais devem utilizar no sentido de se comunicar e contribuir na continuidade do cuidado. E, para tanto, convém inserir registros para além do aspecto clínico/administrativo, de modo que seja possível compreender o sujeito de forma integral, permitindo, então, que sejam traçados caminhos e possibilidades para a promoção do cuidado.

Ademais, uma atividade que se revelou de suma importância e na qual os residentes puderam contribuir, se deu nas reuniões de equipe. Estas reuniões ocorriam semanalmente e se constituíram em momento valioso no que tange ao trabalho interdisciplinar e, possibilitou trocas entre a equipe da residência e a do serviço. Nesse espaço se discutiam casos, eram elaborados planos de intervenção e problematizadas questões as quais precisavam avançar. A presença da equipe da residência se mostrou significativa, uma vez que evitou a visão endógena.

Tal como assinalado anteriormente, o CAPS estava em um momento de retorno gradual às configurações operacionais pré-pandemia, e não havia a quantidade de

---

<sup>2</sup> No período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022.



usuários/as frequentando o cotidiano do serviço. Nessa perspectiva, o dispositivo estava sendo mais acessado para as ofertas de atendimentos individuais e atenção à crise. O maior contato se deu com os/as usuários/as acolhidos/as nos leitos 24 horas, os quais foi possível estabelecer vinculação, a partir das escutas e momentos de interação e convivência diária.

Ainda sobre os/as usuários/as acolhidos/as, é válido fazer algumas observações sobre determinadas situações: sabe-se que essa modalidade de atenção (acolhimento em leito 24 horas) se dá para usuários/as cujo quadro clínico demande uma atenção diária, e, segundo o MS (2002, p. 19) “O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias”. No entanto, durante a experiência, tiveram duas usuárias que passaram mais de dois meses ininterruptos acolhidas na instituição, pois, apesar da estabilização do quadro psíquico e possibilidade de saída do serviço, permaneceram em razão do contexto socioeconômico/familiar e de entraves nas articulações intersetoriais.

Nesse sentido, pude contribuir com as tentativas de articulações com serviços da rede intersetorial, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), em razão de situações que envolviam condições de extrema vulnerabilidade social e violação de direitos das usuárias, assim como em relação a necessidade de acolhimento provisório. No entanto, na maioria dos casos, eram tentativas frustradas, principalmente em relação ao abrigo temporário, pois a resposta dessas entidades era o de que não poderiam lidar com a demanda, por se tratar de pessoa em sofrimento mental, apontando ser inviável o acolhimento junto aos demais usuários/as da entidade.

Tal como aponta Machado (2009, p. 81), há que se considerar que os usuários do campo da saúde mental apresentam formas de vulnerabilidade que têm implicações no acesso a outras políticas sociais:

A primeira é “material”, pois a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi e continua a ser composta de sujeitos em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho. A segunda é “cultural”: o “louco” é (ainda) reconhecido como sujeito “estigmatizado”. Ainda é visto como “um outro ameaçador” que comete atos violentos, sua fala é “incoerente”,



“alienada”, sendo muitas vezes considerado perigoso para a sociedade.

Essas dificuldades encontradas na articulação intersetorial refletem o estigma ao qual as pessoas em sofrimento mental ainda sofrem socialmente, implicando em desafios para acessar direitos de cidadania, sustentado em uma presunção de periculosidade dos sujeitos ‘loucos’. Indicando, ainda, muitos desafios a serem superados em relação à história de exclusão das pessoas em sofrimento mental em nossa sociedade, e remontando aos princípios da RP, que esta não deve se limitar aos serviços de saúde mental, mas no estabelecimento de um novo lugar social para a loucura.

Por fim, apesar dos entraves assinalados, vale ressaltar sobre uma intervenção potente que estava sendo desenvolvida em relação às SRT’s de abrangência do CAPS e que pude acompanhar de perto. Segundo o Ministério da Saúde (2002), o CAPS também realiza:

[...] atividades de suporte social: tais como projetos de inserção no trabalho, **articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis** através da formação de associações de usuários e/ou familiares (Brasil, 2002, p. 22, grifo nosso).

No período da experiência, alguns profissionais do CAPS foram designados enquanto responsáveis técnicos das residências terapêuticas (RT), isto é, esses trabalhadores passaram a realizar um acompanhamento sistemático dessas moradias, cumprindo a função de mediação entre a RT e o serviço, de modo a manter a aproximação e contribuir no processo de desinstitucionalização dos moradores. Igualmente, pude acompanhar e contribuir em algumas intervenções realizadas neste processo.

As referidas RT’s foram inauguradas há poucos anos, sendo a mais antiga datando dois anos de existência. Isso implica dizer que, os sujeitos que hoje compõem essas casas, saíram há pouco tempo de longas internações em hospitais psiquiátricos. Desse modo, o processo de desinstitucionalização dessas pessoas vem ocorrendo aos poucos; vale considerar que a maioria desses sujeitos passaram grande parte de suas



vidas confinadas em instituições psiquiátricas e não possuem uma referência de lar, persistindo com os costumes adquiridos na rotina do manicômio.

Além disso, muitas dessas pessoas tiveram suas identidades perdidas, tanto no campo subjetivo, mas também no campo objetivo. E esse aspecto é um dos grandes desafios da equipe que vem acompanhando as RT's, o de estimular a cidadania dos sujeitos, pois muitos não possuem documentos, não sabem suas origens, se há familiares ou qualquer vestígio da sua existência fora do hospital. Nesse sentido, pode contribuir na articulação que o CAPS estava fazendo, no sentido de que essas pessoas tenham acesso a seus direitos de cidadania, sejam reconhecidos civilmente e possam ter acesso aos benefícios assistenciais que têm direito, como o auxílio do Programa Volta Para Casa, mas que, em razão de não “existirem” enquanto cidadãos, não podem ter acesso.

Outra intervenção necessária para contribuir na desinstitucionalização dos moradores das RT's tem sido o acompanhamento no sentido de resgatar a contratualidade destes, auxiliando para que possam exercer as atividades de vida diária, ter autonomia e poder de escolha sobre suas próprias vidas. Além de promover saídas no sentido da reinserção social, tem sido feito um trabalho com os cuidadores das RT's, uma vez que são esses profissionais que passam mais tempo com os moradores, mas que, no geral, não conhecem a história e princípios da RP. O objetivo é fazer com que esses profissionais compreendam qual a proposta da RT e da desinstitucionalização, para que suas práticas sejam alinhadas ao propósito do referido equipamento. Se faz necessário o desenvolvimento de uma prática que não se efetue no âmbito da tutela, apreendendo a necessidade de que essas pessoas possam ter aquilo que lhes foi negado: autonomia, um lar onde possam manifestar seus desejos, sua individualidade e tudo o que lhe foi tomado no manicômio, em outras palavras, sua liberdade.

Diante do exposto, é possível visualizar que o serviço vem enfrentando desafios em várias esferas, com a precarização do trabalho, falta de investimento do poder público, mas também avançando em pontos importantes como a desinstitucionalização dos moradores das RT's. Observa-se a necessidade de que o serviço expanda os horizontes de cuidado e possa ofertar uma atenção sob a lógica comunitária, o que impõe novos desafios aos trabalhadores, ou seja, o de trazer os usuários de volta e refazer os vínculos destes com o dispositivo de cuidado, para que o serviço se torne



eficaz, a saber: promotor de vida, cidadania e de inserção social.

### **O Serviço Social no CAPS III**

O Serviço Social se insere no CAPS III, que é o *lôcus* das vivências aqui relatadas, desde que esse serviço foi inaugurado, compondo uma equipe multiprofissional que é constituída por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, profissionais de educação física, entre outros profissionais de nível médio. No entanto, no período da minha vivência nesse cenário de prática, dentre as categorias citadas, a de assistentes sociais era uma das que se encontrava com a composição mais reduzida nessa instituição, contando com apenas uma profissional no seu quadro de funcionários. Todavia, pude observar um movimento na instituição no qual assistentes sociais de outros serviços da rede de atenção estavam desempenhando atividades nesse CAPS, por meio de plantões em dias isolados, na modalidade 'extra', enquanto permaneciam vinculados às suas instituições de origem.

A partir desse movimento, apenas alguns dias na semana o serviço contava com mais de um profissional do Serviço Social; na maior parte da semana a instituição contava somente com a assistente social do próprio CAPS, atuando de segunda a sexta-feira apenas no turno da manhã. Em relação a este aspecto são colocados desafios importantes ao exercício profissional do assistente social, dentre os quais vale destacar, no caso dos profissionais que atuam na modalidade 'extra', a dificuldade no estabelecimento de vínculos com os usuários, devido à falta de regularidade e continuidade das intervenções; e um outro grande obstáculo é que o número reduzido de profissionais provoca uma sobrecarga para a categoria, que tem uma demanda muito volumosa e acaba por limitar seu exercício à práticas individualizadas e de respostas imediatas frente às demandas do cotidiano. Isto é, prejudicando um dos processos primordiais do trabalho do assistente social: planejamento e execução das ações, impossibilitando, por vezes, a apreensão sistemática das necessidades dos usuários e imprimindo tendências ao trabalho burocratizado.

Ademais, outro aspecto que reforça a precarização do trabalho na instituição, são os vínculos trabalhistas fragilizados no SUS. A única profissional do quadro de Serviço Social não possui um vínculo efetivo, mas sim um contrato flexibilizado. Refletindo as tendências da contrarreforma do Estado e do avanço do projeto





neoliberal, cujas consequências são duramente sentidas pela classe trabalhadora e pelos/as usuários/as das políticas públicas. Esses ataques se mostram visíveis tanto no âmbito das relações trabalhistas, predominando contratos precários, baixos salários e sem estabilidade; quanto ao serviço, ocorre, igualmente, o sucateamento do mesmo.

Feitas essas considerações, convém assinalar as competências profissionais dos assistentes sociais nesse serviço, que se constituem principalmente em: realização de triagem, encaminhamentos, anamnese social, elaboração de relatório social, escuta qualificada, orientação social, articulação intersetorial, facilitação de oficinas e grupos operativos, visitas domiciliares, matriciamento, reunião de equipe, discussões de caso e registros nos prontuários. Pude participar e contribuir, assim como os demais residentes, em todas as atividades realizadas no processo de trabalho do CAPS, tanto nas atividades de cunho interdisciplinar, assim como desempenhar atribuições privativas do assistente social. Vale ressaltar que, devido às condições objetivas do serviço, algumas dessas atividades não estavam acontecendo, a exemplo das visitas domiciliares e matriciamento, tendo em vista a falta do transporte para o deslocamento dos profissionais.

O exercício do/a assistente social no CAPS pode se dá desde o primeiro contato do usuário e a família, assim como durante todo o percurso no qual os sujeitos são assistidos no âmbito da instituição e nas articulações intersetoriais. Igualmente, observei que as demandas mais acentuadas aos assistentes sociais, dizem respeito a orientações sobre acesso à benefícios socioassistenciais, diálogo com a família e articulação intersetorial.

As contribuições do assistente social incidem nos esforços pela garantia de acesso a direitos de cidadania dos usuários em sofrimento mental. Nesse sentido, sua atuação é requisitada constantemente para esclarecimentos sobre benefícios sociais, a rede intersetorial e na mediação de direitos para a população usuária.

Pude contribuir nas articulações intersetoriais, que se davam, principalmente, por meio de contato telefônico, considerando a dificuldade do transporte. De modo geral, os contatos se dão no sentido de garantir acesso a algum benefício ou Política de Assistência Social, Previdência Social e Habitação. Em alguns casos, foram feitos relatórios sociais e articulações com o sistema judiciário para tratar de situações que envolviam a violação de direitos.



Devido às fragilidades já assinaladas na equipe do CAPS e a defasagem no quadro de funcionários, as demandas corriqueiras provocam rebatimentos no processo de trabalho que se mostra pouco dinâmico, dificultando a criação de propostas inovadoras e criativas de intervenção. Tal como nos traz Iamamoto (2010, p. 20-21):

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de *decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano*. [...] Responder a tais requerimentos exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do Assistente Social a mero *emprego*, como se esse se limitasse ao cumprimento burocrático de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento burocrático de atividades preestabelecidas. Já o exercício da *profissão* é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional.

Considerando a forma com que a profissão se insere no cenário institucional, tem dificultado o trabalho crítico-reflexivo e propositivo da prática profissional no CAPS III. Apesar desse contexto, no período da minha experiência, a assistente social compartilhou anseios quanto a implantação de instrumentos técnico-operativos, a exemplo do livro de ocorrência do Serviço Social, no qual se registrariam as informações e demandas postas diariamente no seu cotidiano, bem como, a elaboração de outros instrumentos sociais.

A realização da Anamnese Social dos usuários do CAPS foi construída no decorrer da minha passagem no serviço, na qual pude dialogar e contribuir com as demais profissionais envolvidas na elaboração do instrumento, assim como, na aplicação deste; tendo em vista que os dados contidos nos prontuários não continham informações satisfatórias acerca dos dados socioeconômicos e familiares dos usuários do CAPS.

A ideia desse levantamento de dados dos usuários é que seja identificado o perfil dos mesmos, suas necessidades e demandas reais, para que seja pensado, em equipe, a reestruturação na organização do serviço, objetivando intervenções embasadas a partir do real interesse e necessidades dos usuários, com fins à sua reabilitação psicossocial.



Dada a falta de profissionais, a tarefa não tem avançado em decorrência de respostas imediatas e do elevado número de atendimentos que sobrecarregam o trabalho profissional.

No entanto, uma demanda recorrente dos/as usuários/as se dá em torno de questões relacionadas às dificuldades financeiras e de renda. Alguns/as usuários/as em razão do adoecimento e vulnerabilidade conseguem acessar benefícios de transferência de renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), porém, essa é uma realidade de, apenas, uma pequena parcela do público do CAPS.

É preciso considerar que, apesar do sofrimento mental grave e persistente, o que define o acesso ao benefício é a Classificação Internacional de Doenças (CID) e pressupõe uma incapacidade para o trabalho. No entanto, considerando o estigma social, o preconceito e exclusão das pessoas em sofrimento mental, o acesso destes ao mercado de trabalho formal torna-se muito mais difícil, colocando-os em uma situação de desproteção social e contribuindo no agravamento da vulnerabilidade dessas pessoas.

Nesse sentido, a partir da sistematização dos dados obtidos, o CAPS, enquanto um dispositivo voltado a contribuir na autonomia e reinserção social dos sujeitos, apresenta o potencial de organizar oficinas voltadas para a geração de renda, indo além da proposta terapêutica, compreendendo os impactos desse fator na inserção social dos/as usuários/as.

Nessa perspectiva, fica explícita a importância de o/a assistente social sistematizar e registrar sua prática e intervenção profissional. A partir desse processo, além de ser constituída uma história do Serviço Social na Instituição, fornece dados importantes para uma melhoria do serviço no geral.

Outrossim, outra expectativa refere-se a conquista de sala para atendimento individual e guarda de material específico do/a assistente social.

Contudo, a respeito da sala para atendimento individual do serviço social na instituição, foi possível observar que o espaço não atende às prerrogativas da resolução CFESS nº 493/2006, que trata das condições éticas e técnicas para o exercício profissional do assistente social, uma vez que não apresenta ventilação adequada para atendimentos mais demorados nem espaço para colocação de material técnico de caráter reservado. Desse modo, a realização de atendimentos individuais e o sigilo



profissionais são comprometidos pela falta de condições objetivas da instituição, conforme a resolução acima:

O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Ainda em relação ao ambiente do Serviço Social na instituição, durante as reuniões de equipe foi possível perceber que havia um desconforto por parte de outros profissionais, que não consideravam importante que houvesse um espaço próprio para a categoria de assistentes sociais desempenhar algumas de suas atribuições. A partir dessas colocações, observei que não há um entendimento satisfatório da equipe acerca dos limites do trabalho interdisciplinar e compreensão sobre a legitimidade das atribuições privativas do/a assistente social, pois, ainda que desempenhe um trabalho em equipe no CAPS, os assistentes sociais devem manter suas especificidades de intervenção, e se faz necessário que a instituição ofereça as condições de preservar o sigilo e de um espaço adequado para atendimento aos usuários e familiares. Dessa forma, tal como nos coloca lamamoto:

O trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto. O assistente social mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações (lamamoto, 2002, p. 64).

Ademais, vale ressaltar que no processo de trabalho interdisciplinar, um espaço no qual a presença de assistentes sociais é de suma importância, se dá nas discussões de casos entre a equipe, pois enriquece muito o debate. Quando o debate desconsidera o contexto social dos indivíduos, limita a intervenção que é possível ser feita. A presença



de assistentes sociais contribui para que as intervenções que a equipe se propõe a realizar sejam mais compatíveis com a realidade social dos sujeitos, considerando, ainda, que a grande maioria dos usuários são pessoas das camadas sociais mais vulneráveis. Nesse sentido, além de contribuir para viabilizar o acesso a determinadas políticas e/ou direitos sociais, permite analisar criticamente a totalidade do contexto dos indivíduos e possibilitar respostas mais assertivas.

E, por fim, de acordo com minha vivência, outro espaço no qual os/as assistentes sociais também produzem intervenções importantes consiste na sua participação nas Assembleias de usuários do CAPS, que se constitui em um espaço destinado a dar voz aos usuários e consciência política, inseri-los na construção do serviço de modo que faça sentido a proposta terapêutica ofertada. E, ainda, tal como aponta Robaína (2010, p. 347):

No nível dos CAPS temos por desafio problematizar a natureza da atividade denominada assembleia, para além de sua função terapêutica, para alçá-la à participação na gestão. Na esfera mais geral, além do estímulo à organização local e no movimento de usuários e familiares, cabe provocar articulações com as instâncias organizativas da saúde em geral, como os conselhos e conferências.

Nesse âmbito, observa-se que a presença de assistentes sociais no CAPS se apresenta em diversos espaços, seja na atenção individual, coletiva, na proposição de abordagens e na leitura crítica da realidade. Reitera-se a necessidade que o profissional reafirme a direção social do seu exercício para uma atuação comprometida com práticas emancipatórias e defesa dos interesses da classe trabalhadora, principalmente em um contexto de sucessivos ataques e desmontes à Política de Saúde Mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O caminho percorrido pelo MRP, no sentido de reorientar o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, trouxe avanços importantes para o cuidado das pessoas em sofrimento mental, com a possibilidade de tratamento em serviços de base territorial e comunitária, além de resgatar a liberdade daqueles que sofreram com a exclusão do manicômio. Nessa perspectiva, os CAPS têm desempenhado um papel importante nesse



processo, fomentando um cuidado em liberdade e emancipatório dos sujeitos.

No entanto, não há como ignorar o avanço de projetos societários que investem no retorno ao modelo hospitalocêntrico, e cada vez mais promovem desmontes na política de atenção psicossocial alicerçada na RP e o sucateamento dos serviços substitutivos. Esse fato se mostra através das ofensivas da agenda neoliberal por parte do governo federal, que vem avançando na contrarreforma do Estado e da Política de Saúde Mental, desconstruindo as conquistas da RP, com a edição de uma série de normativas que favorecem o financiamento no âmbito da hospitalização e de tratamentos em espaços com características asilares. Fato que, simultaneamente, vem provocando o sucateamento dos serviços que operam sob a lógica comunitária, como os CAPS.

Percebeu-se, na vivência relatada, como vem se materializando o trabalho em saúde mental sob uma série de desmontes e falta de investimentos. Isso pode ser observado pela forma que os trabalhadores se inserem no serviço, na falta de recursos necessários para desenvolver o trabalho e os rebatimentos desse processo, que incidem diretamente na forma que o serviço vem conduzindo sua oferta de cuidado.

Observou-se, também, no lócus da experiência, que o cenário posto com a Pandemia da COVID-19 contribuiu para uma descaracterização das práticas, uma vez que o público parou de frequentar as atividades e oficinas terapêuticas durante mais de um ano, e no contexto de retorno à “normalidade”, a instituição vem enfrentando o desafio de trazer os/as usuários/as de volta ao cotidiano do serviço, nas atividades coletivas, não se restringindo aos atendimentos individuais, como ocorreu, predominantemente, no período mais crítico da Pandemia. Considerando ainda os rebatimentos da onda neoliberal nesse processo, impondo desafios em múltiplas dimensões, desde as fragilidades das condições de trabalho e perpassando a necessidade de reafirmar os princípios de uma RP pautada na garantia do cuidado em liberdade.

Apesar de muitos desafios, ainda em um contexto adverso, foi possível observar os avanços que o CAPS vem promovendo no sentido da desinstitucionalização dos moradores das RT's, demonstrando a importância de profissionais comprometidos com uma forma de cuidado emancipatória em meio a tantos retrocessos.

Nessa perspectiva, vale considerar, ainda, a minha inserção enquanto assistente



social residente na instituição, pois, através das demandas que se colocavam diariamente no meu exercício pude compreender como se dá o trabalho na saúde mental na atual conjuntura, os desafios, as possibilidades e refletir criticamente sobre a realidade enfrentada no sentido de transformá-la.

Foi possível conceber que a presença do/a assistente social na equipe interdisciplinar desempenha um papel muito importante para que o CAPS promova, de fato, uma atenção promotora de reinserção social e de efetivação dos direitos de cidadania. E, ainda, pude constatar a importância do trabalho interdisciplinar e que esteja aberto às contribuições dos diferentes saberes e da reflexão crítica sobre o fazer profissional e seus impactos positivos ou negativos nas vidas dos sujeitos.

Em linhas gerais, a experiência proporcionou visualizar os rebatimentos de movimentos macroestruturais que incidem na execução da Política de Saúde Mental e da RP, tendo por base um serviço substitutivo, que resiste em meios aos retrocessos da política. Destacando ainda, a importância do papel que a residência cumpre nesse processo, isto é, de estar fomentando a reflexão crítica sobre a realidade social, no sentido de contribuir com a oferta de cuidado no SUS, comprometida com a melhoria do atendimento para a população usuária.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**, 2008. In: GIOVANELLA, Lígia et al (organizadores). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Lei nº 11.129/2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília – DF, 2001. Disponível em:



[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 27 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 5.692/1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.normasbrasil.com.br/norma/lei-5692-1971\\_80469.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/lei-5692-1971_80469.html). Acesso em: 27 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394/1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm). Acesso em: 27 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 29 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088/2011. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 19 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria 3.588/2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 20 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336/2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 20 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica nº 11/2019. CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2022.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. 10 ed. Brasília: CFESS, 2013.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros Para Atuação do Assistente Social na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da**





**Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional: espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão.** Brasília: CFESS, 2002.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 19. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. **Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios.** 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJHwsLQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

ROBAINA, C.M.V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Serviço Social**, São Paulo, n. 102, Abr./Jun., 2010.

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

MUSSI, R. F. F. Flores, F. F. Almeida, C. B. **Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico.** Revista Práxis Educacional, v. 17, n. 48, p. 60-77, out/dez. 2021.

SCHECHTMAN, A. ALVES, S.A. **A Organização da Política de Saúde Mental.** In: Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Três enfoques na pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. In: TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987. p. 31-79.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

UFPB. **Manual do Residente.** Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, NESC, CCS, março 2015.

Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, (SMS-JP). Nota Técnica nº 01/2021. **Orientações sobre o fluxo da Rede de Atenção Psicossocial no município de João Pessoa, PB.** 2021.