



**Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciência Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER**

**ANA KAROLINE ANDRADE DE FREITAS**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:  
UMA ANÁLISE SOBRE O SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA – DF**

**2014**

**ANA KAROLINE ANDRADE DE FREITAS**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:  
UMA ANÁLISE SOBRE O SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade de Brasília – UnB  
como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Serviço Social, sob  
a orientação do Prof. Dr. Reginaldo  
Guiraldelli.**

**BRASÍLIA – DF**

**2014**

**ANA KAROLINE ANDRADE DE FREITAS**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:  
UMA ANÁLISE SOBRE O SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli**  
**Orientador – SER/UnB**

---

**Profa. Dra. Andréia de Oliveira**  
**Examinadora Interna – SER/UnB**

---

**Profa. Ms. Liliam dos Reis Souza Santos**  
**Examinadora Interna – SER/UnB**

**Brasília-DF, 25 de novembro de 2014.**

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a minha família, por ter me proporcionado as condições objetivas para poder ter cursado Serviço Social na Universidade de Brasília, em especial ao meu pai que partiu recentemente, mas onde quer que esteja creio que está muito orgulhoso por ver que sua filha está passando por mais uma etapa da vida.

Agradeço a todo o Departamento de Serviço Social por ter me proporcionado essa tão importante formação acadêmica, em especial ao professor Reginaldo Guiraldelli que aceitou ser meu orientador e cumpriu seu trabalho sempre com muita atenção e dedicação.

Agradeço a todas as colegas de curso, por termos passado por tantos acontecimentos, discussões, confraternizações ao longo desses anos.

Agradeço as assistentes sociais da saúde mental, em especial as dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Sobradinho II e de Taguatinga, por terem sido muito gentis e atenciosas no meu processo de ida a campo.

E por fim, agradeço a uma das pessoas mais importantes da minha vida, a Mayã, a minha companheira, namorada, melhor amiga que ao longo desse processo de produção dessa pesquisa me deu muito apoio e aguentou as minhas angustias, inquietações, incertezas e inseguranças.

Obrigada a todos que estiveram comigo nesse íngreme processo.

## Resumo

É no contexto de uma sociedade capitalista, marcada pela lógica neoliberal, flexibilização e precarização das relações de trabalho que surgem e se intensificam as mais variadas expressões da questão social. Com isso surgem novas demandas para o assistente social, exigindo-se cada vez mais uma reflexão crítica sobre o exercício profissional, sob o ponto de vista teórico, ético, político e operativo. Por isso, este trabalho pretende analisar o exercício profissional do assistente social na saúde mental, dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Sobradinho II e de Taguatinga, diante das novas demandas emergentes, especificamente as demandas de suicídio no Distrito Federal. Assim, pretende-se elencar o suicídio como uma demanda significativa e que precisa de um olhar crítico e conduta ética dos profissionais da saúde mental e, particularmente, dos assistentes sociais.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Saúde Mental; Suicídio; Exercício Profissional

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

**CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões**

**CEAS – Centro de Estudos e Ação Social**

**CEP-IH – Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas**

**CFESS – Conselho Federal de Serviço Social**

**CRESS – Conselho Regional de Serviço Social**

**CUT – Central Única dos Trabalhadores**

**DISAM – Diretoria de Saúde Mental**

**DF – Distrito Federal**

**ENESSO – Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social**

**GEPETSS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social**

**GIASS – Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde**

**HSVP – Hospital São Vicente de Paula**

**IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões**

**MS – Ministério da Saúde**

**MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental**

**OMS – Organização Mundial da Saúde**

**SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>CAPÍTULO 1. SERVIÇO SOCIAL E QUESTÃO SOCIAL: FUNDAMENTOS SOCIO- HISTÓRICOS.....</b>	<b>12</b>
1.1. Construção do Projeto ético-político e desafios à ética profissional.....	14
1.2. Formação profissional e mercado de trabalho: tendências e perspectivas.....	18
<b>CAPÍTULO 2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>23</b>
2.1. A saúde como política pública de proteção social.....	26
2.2. O exercício profissional do assistente social na saúde mental.....	29
2.3. Suicídio: expressão da questão social e demanda para o Serviço Social..	32
<b>CAPÍTULO 3. O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....</b>	<b>40</b>
3.1. A saúde mental como espaço sócio-ocupacional para o assistente social: uma análise no Distrito Federal.....	42
3.1.1. Atribuições e competências profissionais.....	47
3.1.2. O trabalho interdisciplinar.....	49
3.1.3. Precarização, intensificação do trabalho e adoecimento profissional.....	50
3.1.4. Limites, possibilidades e desafios profissionais.....	52
3.1.5. O trabalho do assistente social na saúde mental e a questão do suicídio.....	53
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUÇÃO

É no contexto da globalização mundial sob a égide do grande capital, marcada pela lógica neoliberal, flexibilização e precarização das relações de trabalho que surgem e se intensificam as mais variadas refrações da questão social. Com isso surgem novas demandas para o assistente social, exigindo-se cada vez mais uma reflexão crítica sobre o exercício profissional, sob o ponto de vista teórico, ético, político e operativo.

O interesse pela pesquisa ora apresentada resulta de leituras e discussões que emergiram no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social (GEPETSS) e me levaram a analisar o trabalho do assistente social na saúde mental diante das demandas contemporâneas, sobretudo no que se refere à questão do suicídio. Assim, esse trabalho pretende elencar o suicídio como uma demanda significativa e que precisa de um olhar crítico e conduta ética dos profissionais da saúde mental e, particularmente, dos assistentes sociais.

O Serviço Social como “uma especialização do trabalho coletivo, dentro da divisão social e técnica do trabalho” (IAMAMOTO e CARVALHO, 1982) se caracteriza como uma profissão de cunho crítico e interventivo que visa à defesa de direitos sociais pautada no projeto ético-político que é concretizado por três referências: o Código de Ética Profissional de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão n.8662/93 e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996.

O Serviço Social no Brasil, em suas origens, buscou, com êxito, a institucionalização da profissão sem um questionamento crítico ao modelo burguês de desenvolvimento. A adoção de teorias positivistas e psicologizantes, que também reforçavam a ordem societária vigente, foram incorporadas em diferentes momentos nesse período. A partir desses pressupostos, era necessário institucionalizar essa nova profissão (MATOS, 2009).

Além do mais, cabe ressaltar que o objeto de trabalho do assistente social é a questão social que é produzida pelas contradições da relação capital e trabalho onde se tem o grande capital como norteador das estruturas políticas, econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2009). A questão social se expressa através da pobreza, da precarização das relações do trabalho, do desemprego, da miséria, da violência, do suicídio, dentre outros produtos da desigualdade que o capitalismo proporciona.



Para o enfrentamento da questão social são formuladas e executadas políticas sociais e o assistente social é um dos profissionais que atua nessa esfera, em diversos espaços sócio-ocupacionais, cada um com suas particularidades. A área sócio-ocupacional que será abordada nesta pesquisa será a saúde pública, em âmbito estatal, especificamente a saúde mental, com destaque para o Distrito Federal.

Segundo Raichelis (2009), para analisar o exercício profissional no âmbito estatal é fundamental compreender a dinâmica sócio-histórica que configura o campo profissional (no caso desse trabalho, a área da saúde) e problematizar as respostas profissionais, pois o Serviço Social, assim como as demais profissões, é uma construção histórica que só ganha inteligibilidade se analisada no interior do movimento da sociedade na qual está inserida. Portanto, é importante a análise do processo de inserção do Serviço Social na saúde mental.

Vale lembrar que o projeto ético-político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas. Daí, o compromisso com a emancipação humana e a plena expansão dos indivíduos sociais. Com isso, esse projeto profissional, sintonizado com um projeto societário, se orienta pela defesa de uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia, ou seja, sem qualquer espécie de exploração, dominação e opressão. Portanto, é um projeto construído coletivamente pela categoria profissional, mas não se encerra na preocupação com a corporação profissional. Nesse sentido, se apropria de aportes teóricos, metodológicos, éticos e políticos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória história e sua relação com os trabalhadores e usuários.

Frente a isso, os assistentes sociais assumem um compromisso com os direitos da população usuária, com a saúde e demais serviços e políticas públicas e com o projeto ético-político profissional. Mas no cotidiano, enfrentam inúmeros limites e desafios de construir e materializar uma ação concreta que viabilize esta perspectiva.

Atualmente, entendemos que o suicídio, por se tratar de uma expressão da questão social, é uma demanda recorrente aos assistentes sociais que atuam na

área da saúde e da saúde mental. Esses profissionais estão presentes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos hospitais.

O suicídio é atualmente uma das dez causas mais frequente de morte em todas as idades, segundo a Organização Mundial da Saúde. O ato suicida é um processo complexo, compreendido como um fenômeno multideterminado por fatores biológicos, sociais, psicológicos, econômicos, familiares, culturais e religiosos, o que revela a sua complexidade em termos de estabelecer estratégias adequadas ao contexto.

Emile Durkheim (1982, p.17) analisa o suicídio como um fato social e não como um fenômeno sócio-psicológico individual, como expõe:

Assim, se, em vez de vermos neles [nos suicídios] apenas acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que necessitam cada um por si de um exame particular, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada durante uma unidade de tempo dada, constatamos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que constitui em si um fato novo e sui generis, que possui a sua unidade e a sua individualidade, a sua natureza própria por conseguinte, e que, além disso, tal natureza é eminentemente social.

Durkheim apresenta uma explicação eminentemente social (e não sociológica, nem biológica) acerca do suicídio, pois para ele é necessário agrupar, dentre os diversos tipos de mortes, aqueles cometidos pela própria vítima.

Já o pensador Karl Marx (2006), em sua obra *Sobre o Suicídio*, expõe sua crítica radical à sociedade burguesa, ressaltando o seu modo de vida “antinatural”. Com base nas análises do autor, o suicídio passa a ser compreendido como um sintoma forte de uma sociedade adoecida, carente por transformações radicais.

Portanto, é importante um olhar crítico ao exercício profissional do assistente social diante das demandas de suicídio, considerando a concepção marxista e durkheimiana, a conjuntura societária capitalista e a política de saúde brasileira.

Assim, o presente trabalho se divide em três capítulos, sendo que no primeiro capítulo se aborda o Serviço Social e a questão social com base nos fundamentos sócio-históricos, fazendo uma discussão sobre o processo de construção do projeto ético-político e seus desafios, além de abordar o debate sobre a formação profissional e o mercado de trabalho.

O segundo capítulo enfatiza o Serviço Social na área da saúde, contextualizando como ocorreu a inserção do assistente social na saúde mental e as

demandas emergentes na área. Nesse capítulo ainda se aborda a saúde pública como proteção social, discutindo o exercício profissional do assistente social no âmbito da saúde mental e apresentando o suicídio como uma demanda para o Serviço Social.

No terceiro e último capítulo se apresenta o percurso metodológico da pesquisa, expondo a saúde mental como um espaço sócio-ocupacional do assistente social, com destaque para a realidade do Distrito Federal. Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa, por meio das entrevistas com assistentes sociais inseridas na área da saúde mental no Distrito Federal.

## **CAPÍTULO 1. SERVIÇO SOCIAL E QUESTÃO SOCIAL: FUNDAMENTOS SOCIO-HISTÓRICOS**

Tendo em vista uma perspectiva histórico-crítica, entende-se que o Serviço Social é resultado da síntese dos projetos político-econômicos, operando no desenvolvimento econômico, reproduzindo-se de maneira material e ideológica, a partir de estratégias da classe hegemônica, inserida no contexto do capitalismo monopolista, onde o Estado toma para si a responsabilidade das precariedades inseridas na compreensão da questão social (MONTAÑO, 2009). Questão social apreendida por Iamamoto (2009), como,

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (p.27).

A questão social no âmbito do Serviço Social é fundamental para a consolidação da profissão, pois, segundo Iamamoto (2009) é a base de sua fundação como especialização do trabalho, para isso a profissão precisou ao longo do tempo de uma maior qualificação para o enfrentamento das desigualdades sociais geradas pelo capitalismo.

A emergência da questão social em meados dos anos de 1920 e 1930, diz respeito diretamente a generalização do trabalho livre numa sociedade marcada pela escravidão (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009). Ou seja, a questão social se expressa em um período histórico marcado pelo surgimento da industrialização, calcado na grande e abusiva exploração da força de trabalho e conseqüentemente na precarização da vida humana. Daí surge certa resistência do operariado frente a exploração do trabalho. Isso incomoda e coloca em xeque a moral, a religião e a ordem estabelecida, o que força os segmentos dominantes a procurar mecanismos de controle social da força de trabalho. Com a pressão dos trabalhadores e dos movimentos sociais organizados, foi elaborada a regulamentação jurídica do mercado de trabalho através do Estado, cuja parte mais importante dessa regulamentação foram as Leis Sociais (IAMAMOTO E CARVALHO, 2009).

Para Iamamoto e Carvalho (2009) nesse período ocorreu o desdobramento da questão social, que é entendida por esses autores, como a entrada da classe operária no cenário político, o surgimento da necessidade de seu reconhecimento

pelo Estado e conseqüentemente a implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração os interesses da classe trabalhadora.

A emergência do Serviço Social decorre desse processo histórico, que não se baseará em medidas coercitivas do Estado, mas sim da iniciativa popular de grupos e frações de classe que se manifestam por intermédio da Igreja Católica que aborda a questão social como problema moral e religioso e numa intervenção que priorizava a formação da família e do indivíduo para a solução dos problemas e atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais. (YAZBEK, 2009)

As intervenções da Igreja Católica no enfrentamento da questão social significavam o desenvolvimento de práticas filantrópicas, marcadas pelo catolicismo social, ações doutrinárias, entre diversas outras. Essa cobertura que a igreja tinha a favor da comunidade denominava-se ação social. (IAMAMOTO E CARVALHO, 2009)

Nesse período foi fundado o CEAS (Centro de Estudos e Ação Social) que foi o primeiro passo para a implantação da primeira Escola de Serviço Social no Brasil. O objetivo principal do CEAS era o de promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da Igreja e fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais, visando tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais e adotar uma orientação definida frente aos problemas a resolver (IAMAMOTO E CARVALHO, 2009). Esse centro foi uma forma de dispersar as doutrinas católicas e neotomistas da Igreja Católica e os cursos promovidos estavam fundamentados na vocação como premissa para o assistente social, caracterizando a profissão como um sacerdócio.

Inserida nesse contexto de intervenção da Igreja Católica, a questão social passou a ser enfrentada a partir de seus efeitos e não de suas causas, o que dificultava a “resolução” dos problemas sociais, pois eram enfrentadas apenas suas expressões e não o seu cerne. Não se levava em consideração as condições sócio-históricas que determinavam os conjuntos de problemas sociais, econômicos e políticos que eram resultados da contradição capital e trabalho. Portanto, o enfrentamento das desigualdades sociais não tinha um caráter revolucionário, muito pelo contrário, o objetivo da Igreja era a dominação ideológica da classe subalterna para que essa não questionasse o status quo ou a ordem burguesa vigente, mitificando os meandros do sistema capitalista, base para o engendramento da miséria, da exploração, dominação, opressão e regressão de direitos. Ou seja, o

Serviço Social se origina de uma demanda diametralmente oposta ao reconhecimento da cidadania social do proletariado.

A questão social também teve outras formas de enfrentamento, antes da década de 1930, pois até então era vista como caso de polícia, duramente reprimida pelo Estado. Após a década de 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, a questão social passa a ser reconhecida como questão política. Com essa legitimação da questão social, o Estado passa a ser o responsável pela “resolução” e enfrentamento dos problemas sociais. Vale ressaltar que o governo de Getúlio Vargas foi marcado pelo caráter repressivo, populista, paternalista e concepções de integração social. Nesse contexto, o enfrentamento da questão social se dá pelo encobrimento dos antagonismos de classe e pela camuflagem da repressão através das leis trabalhistas, com o objetivo de alienar a população para que esta se sentisse “assistida” socialmente, reconhecida como classe trabalhadora e que possui direitos e cidadania. Os direitos concedidos não eram vistos como uma conquista do trabalhador e sim como garantias concedidas pelo Estado benfeitor, para minimizar as desigualdades sociais. Com isso, o Estado passa a ser reconhecido como instância preocupada com a questão social, a fim de evitar reivindicações, greves e outras lutas pela melhoria das condições sociais de vida e trabalho.

Diante disso, cabe destacar que o Serviço Social tem na questão social os fundamentos sócio-históricos que permitem a atuação do assistente social, pois é nas demandas da sociedade, na desigualdade social, nas formas de reprodução e produção da vida social que se apresenta seu principal aspecto interventivo. As dinâmicas sociais são fatores determinantes da formação profissional porque é a intervenção do assistente social que viabiliza, planeja, executa e avalia programas e políticas sociais. (IAMAMOTO, 2009).

O trabalho interventivo do assistente social será guiado pelo projeto ético-político da profissão que foi construído de forma coletiva e democrática pelo corpo profissional.

### **1.1. Construção do Projeto ético-político e desafios à ética profissional**

A construção do projeto ético-político no marco do Serviço Social no Brasil se inicia na transição da década de 1970 para a década de 1980. Esse período é

marcado por um momento muito importante no processo de desenvolvimento do Serviço Social brasileiro, pautado principalmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional. É nesse processo de recusa e de crítica ao conservadorismo que se encontra as raízes do projeto ético-político. (NETTO, 1999).

Para Netto (1999) um projeto é uma ação humana que sendo individual ou coletiva tem como base necessidades e interesses, ou seja, [...] um projeto é uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para lográ-lo (NETTO, 1999, p. 2).

Os projetos coletivos são designados como projetos societários que são aqueles que propõem uma nova forma de sociedade. Todo projeto e conseqüentemente toda ação humana, numa sociedade classista apresenta dimensões políticas. Isso quer dizer que esses projetos se desenvolvem em meio das contradições políticas e econômicas inseridas nas dinâmicas de classes sociais antagônicas (que no capitalismo são: burguesia e proletariado). Então, logo o projeto profissional (e a ação profissional) pode ser considerado um projeto-político ou político-profissional (TEIXEIRA E BRAZ, 2009).

Inseridos no marco dos projetos coletivos se encontram os projetos profissionais, tendo como especificidade as profissões que são regulamentadas juridicamente. Esses projetos apresentam uma auto-imagem de uma profissão que guiam a ação profissional (NETTO, 1999). Os projetos profissionais são construídos através de uma organização que envolve profissionais, instituições, pesquisadores, docentes, estudantes, entre outros que constituem o corpo profissional e elaboram o seu projeto. No caso do Serviço Social brasileiro essa organização é composta pelo conjunto CFESS/CRESS, a ABEPSS, a ENESSO, os sindicatos e as demais associações de assistentes sociais.

Os projetos profissionais são estruturas dinâmicas e apresentam dimensões políticas tanto relacionadas com os projetos societários quanto referidos as perspectivas particulares da profissão (NETTO, 1999).

No âmbito dos projetos profissionais encontram-se os Códigos de Ética, pois os projetos profissionais necessitam de uma fundamentação de valores de natureza ética. Porém esses valores éticos vão além de normativas morais, prescrições de direitos e deveres. Eles envolvem opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais. Logo, na contemporaneidade, os projetos profissionais são tratados

como projetos ético-políticos, pois segundo Netto (1999), “uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional”.

Segundo Teixeira e Braz (2009), são identificados como elementos constitutivos do projeto ético-político: a explicitação de princípios e valores ético-políticos, a matriz teórico-metodológica em que se ancora, a crítica radical à ordem social vigente e os posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política com setores mais progressistas da sociedade brasileira. Esses elementos se objetivam e se expressam a partir de determinados componentes construídos pelos assistentes sociais, tais como: a produção de conhecimentos no interior do Serviço Social, as instâncias político-organizativas da profissão e sua dimensão jurídico-política.

O surgimento do projeto ético-político no Serviço Social brasileiro se dá a partir da segunda metade da década de 1970. Esse projeto conseguiu avançar nos anos de 1980, obtendo consolidação na década de 1990. Desde então, ainda está em constante processo de construção, sendo tensionado pelo projeto neoliberal.

O avanço do projeto nos anos 1980 acontece devido à construção coletiva do Código de Ética de 1986. Através dele a profissão teve um grande avanço porque foi a primeira tradução legal e legítima da inversão ético-política do Serviço Social brasileiro, relacionando os seus objetivos com os objetivos da classe trabalhadora.

Esse Código de Ética tinha mais um caráter de apresentar princípios e compromissos ideopolíticos do que um caráter prático-normativo, mas já demarcava seus compromissos e demonstrava a influência da tradição marxista. Nessa época também ocorreram avanços na produção teórica da profissão, trazendo temas fundamentais para o processo de renovação, tais como a questão teórico-metodológica, ético-política, as políticas sociais e os movimentos sociais.

Mas foi na década de 1990 que se deu a consolidação do projeto profissional, momento em que se demonstrou certa maturidade profissional através de um aumento significativo dos centros de formação, ampliação da produção de conhecimento, revisão do Código de Ética Profissional em 1993 e elaboração das diretrizes curriculares pela ABEPSS em 1996.

Nessa década, a categoria, segundo Teixeira e Braz (2009), estava inserida em dois processos inter-relacionados: a continuidade no processo de consolidação



do projeto ético-político e as ameaças sofridas pela política neoliberal e sua repercussão na categoria profissional.

Com isso, é importante considerar que o projeto ético-político que temos hoje no âmbito do Serviço Social tem como base de sustentação a teoria social crítica que provém do pensamento marxista. É importante ressaltar o caráter não exclusivo do projeto ético-político profissional. O projeto pode ser hegemônico, mas não necessariamente único, pois o coletivo profissional é um campo de disputas de significados sendo sempre possível o surgimento de projetos profissionais de diversas naturezas, conforme apontado por Martinelli (2006).

Para Martinelli (2006) o caráter histórico do projeto ético-político deve ser ressaltado, pois é imprescindível que o projeto não seja reconhecido como um produto endógeno, pronto e definitivo, muito menos uma abstração ou um ente metafísico que se institui entre nós. Muito pelo contrário, para a autora, esse projeto é uma extensa construção social que se faz em meio a um complexo jogo político, implicando sempre a exigência de luta por hegemonia<sup>1</sup>.

Daí parte a importância desafio dos profissionais conseguirem fazer leituras críticas, ético-políticas, de conjuntura, para construir gradativamente formas cada vez mais substantivas de consolidação do projeto profissional. Tendo em vista que o assistente social é um profissional que trabalha permanentemente com o cotidiano e é nesse cotidiano que as determinações conjunturais se expressam, é aí que se coloca o desafio de garantir o sentido e a direcionalidade da ação profissional (MARTINELLI, 2006).

Portanto, o projeto ético-político, como uma construção sócio-histórica, se consolida no próprio processo histórico e sua legitimação acontece em diferentes níveis, envolvendo vários atores, desde os contratantes do trabalho profissional do assistente social, outros coletivos profissionais, as agências formadoras e os sujeitos que demandam a sua ação (MARTINELLI, 2006).

Segundo Yamamoto (2009), o Código de Ética indica um caminho ético político e o grande desafio é a materialização de seus princípios éticos no cotidiano do trabalho, evitando que se tornem princípios abstratos e descolados do processo social. O Código afirma como valor ético central a liberdade e isso implica autonomia e a emancipação dos sujeitos sociais. O código também destaca outros princípios

---

<sup>1</sup> Hegemonia para Gramsci significa a unificação entre a estrutura e a superestrutura, atividade de produção e de cultura, particular, econômica e política universal (SIMIONATTO, 2009).

como a democracia, a cidadania, a recusa de qualquer forma de autoritarismo e arbítrio. Nesse sentido, o Código de Ética, por meio de seus princípios visa a defesa dos direitos sociais. Portanto, “colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los tanto em sua normatividade, quanto traduzi-los praticamente viabilizando a sua efetivação social.” (IAMAMOTO, 2006, p. 78).

Sabe-se da dificuldade desse desafio, pois os assistentes sociais são trabalhadores assalariados, o que faz com que a consolidação do projeto ético-político profissional se dê em meio a uma relação complexa e contraditória, onde está em jogo as múltiplas determinações de natureza macrossocial que não só a influenciam como a constituem.

Diante disso, Netto (1999, p. 98-99) argumenta que,

[...] os elementos éticos de um projeto profissional não se limitam a normatizações morais e/ou prescrição de direitos e deveres, mas envolvem ainda as escolhas teóricas, ideológicas e políticas das categorias e dos profissionais — por isto mesmo, a contemporânea designação dos projetos profissionais como projetos ético-políticos revela toda a sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional.

É o assistente social, por meio da capacidade analítica, crítica e das mediações nas ações profissionais, que pode construir estratégias e alternativas concretas no cotidiano profissional para romper com o teorismo estéril e com o pragmatismo, dando materialidade ao projeto ético-político profissional. O Serviço Social, apesar de ser uma profissão marcada por um baixo prestígio social e baixa remuneração, constitui-se de uma categoria que sonha, que luta, que ousa em resistir aos obstáculos, “porque aposta na história, construindo no futuro, o presente” (IAMAMOTO, 2009, p.80).

E para que o assistente social desenvolva a criticidade se faz extremamente necessário a discussão sobre formação profissional, assunto que será tratado no próximo tópico.

## **1.2. Formação profissional e mercado de trabalho: tendências e perspectivas**

Para refletir sobre a formação profissional do assistente social é preciso compreender o cenário em que a profissão se encontra, bem como a realidade social que está inserida. As mudanças políticas, econômicas, sociais, culturais e

ideológicas que vivemos na atualidade, as profundas transformações nos processos de produção e reprodução da vida social e as relações entre os sujeitos, nos coloca a refletir e problematizar sobre as novas demandas e dinâmicas do mundo do trabalho, que incidem também no Serviço Social.

Diante de tantas mudanças na vida social, torna-se cada vez mais desafiador a necessidade de manter o processo de formação profissional sob permanente análise crítica e atualização. As transformações societárias produzidas pelo movimento que as classes sociais realizam para combater a crise contemporânea do capital fazem com que apareçam novas exigências às ações profissionais, aos processos da formação profissional e à organização dos sujeitos da profissão.

De acordo com lamamoto (2009) tratar dos dilemas e das perspectivas da formação profissional implica necessariamente a revisão crítica do debate acumulado nos anos de 1980 em que houve uma redefinição da prática profissional que incorporou conquistas e avanços já consolidados. Diante disso se faz necessário re-situar a formação do assistente social perante as novas exigências da contemporaneidade a partir da década de 1990. Essas exigências decorrem das diversas alterações que podem ser observadas no mundo do trabalho, das amplas repercussões na reforma do Estado, nas novas configurações assumidas pela sociedade civil, dentre outras.

Para lamamoto (2009), a preocupação de tais reflexões, no âmbito do Serviço Social é,

[...] construir uma proposta de formação profissional conciliada com os novos tempos, radicalmente comprometida com os valores democráticos e com a prática de construção de uma nova cidadania na vida social, isto é, de um novo ordenamento das relações sociais (p.168).

Ou seja, um dos principais desafios é garantir um salto de qualidade no processo de formação profissional dos assistentes sociais para o enfrentamento dos aspectos conservadores e privatistas.

Segundo lamamoto (2009), o debate sobre a formação profissional na contemporaneidade brasileira, consiste em um “diálogo com o processo de construção e implantação de um projeto de formação profissional coletivamente construído na década anterior.” (p. 169). Esse projeto é amplamente protagonizado pelas unidades de ensino sob a direção da Associação Brasileira de Ensino e

Pesquisa em Serviço Social. Isso representou um grande avanço na preparação acadêmico-profissional nos quadros de Serviço Social.

Iamamoto (2009) propõe a exigência de uma formação profissional sintonizada com o mercado de trabalho e ao mesmo tempo dotada de um distanciamento crítico do mesmo. Segundo a autora, essa sintonização permite encontrar as demandas expressas nos âmbitos empresarial e estatal que são expressões de tendências dominantes do processo de acumulação de capital e de políticas governamentais impulsionadoras de suas relações. A autora também alerta para a importância de reconhecer as contradições e os impasses existentes nessas tendências que de certa forma exerce influência no mercado profissional de trabalho.

Além do mais, para pensar em formação profissional na contemporaneidade, também é necessário integrar o complexo debate sobre a relação educação/trabalho, pois o Brasil tem um dos mais acelerados crescimento do ensino privado superior do mundo, com instituições dos mais variados níveis, em sua maior parte, deficientes em relação às universidades públicas, com pouco investimento na área da pesquisa (LEWGOY, 2009). Nessa perspectiva, pensar os desafios e as exigências da formação profissional, necessariamente, é refletir sobre as formas de transformação dos processos educacionais em mercadoria.

Segundo Lewgoy (2009), na formação em Serviço Social, a principal demanda para o assistente social é de um trabalho na esfera executiva na formulação de políticas públicas e gestão de políticas sociais. Por isso, requer-se um processo de formação voltado para o desenvolvimento de competências e para a compreensão das diversas formas de expressão da realidade social, tais como: saber criticar, propor, criar, atualizar-se, saber transmitir e apresentar uma certa sensibilidade ao escutar e trabalhar com o outro. Portanto, é possível constatar que o trabalho do assistente social é bastante abrangente e vai além da prestação de serviços sociais. A profissão também tem uma natureza sócio-educativa e política. E essa ação profissional tem como horizonte a qualidade dos serviços prestados, o respeito ao usuário, a melhoria de programas institucionais, a defesa dos direitos sociais em sua universalidade, a liberdade, a democracia e a justiça social. Isso apresenta um desafio cotidiano de redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual.

O processo de adequação do sistema educacional às necessidades de resposta ao capital e sua crise contemporânea se deu pela ofensiva neoliberal no

Brasil na década de 1990. Inseridas em um amplo processo regressivo, as políticas sociais públicas, são entregues aos negócios privados (BEHRING, 2009), e a educação superior aparece como um dos mercados lucrativos, impactando sobremaneira no processo formativo.

Para Koike (2009), a expansão do ensino superior, especialmente no âmbito privado e a distância, ameaça a qualidade da formação e da produção de conhecimento, com a efetivação de um “aulismo”, contrariando a construção radical do conhecimento crítico, transformando as instituições de ensino superior em “escolões pós-médios”, onde estas se transformam em meras emissoras de certificados.

Essa expansão do investimento no ensino privado em detrimento do ensino público representa um projeto educacional que privilegia os interesses econômicos de uma determinada classe social. Inserida nesse contexto, a formação do assistente social assume perspectivas distintas e contrárias às concepções hegemônicas de educação.

O projeto político pedagógico que a profissão vem construindo ao longo do tempo, no qual o marco é o Currículo de 1982 seguido das atuais Diretrizes Curriculares de 1996, relaciona a concepção de educação e sociedade, propondo a possibilidade de uma nova forma de sociabilidade, sem exploração de qualquer espécie, supondo com isso a erradicação “de todos os processos de exploração,opressão e alienação,” princípios que balizam o Código de Ética de 1993, baseados em uma concepção emancipatória.

Cabe destacar que o Código de Ética de 1993, a Lei nº 8.662/93 que regulamenta e estabelece as atribuições e competências privativas da profissão e as diretrizes curriculares da ABEPSS de 1996, são considerados os eixos balizadores do projeto ético-político profissional.

Na esfera do mercado de trabalho do assistente social, Yamamoto (2009) afirma que as mudanças no mundo do trabalho repercutem no redimensionamento do perfil profissional. Isso significa que a base organizacional do exercício profissional, que depende das organizações públicas e privadas atuantes na área da política social está mudando por causa das orientações privatistas da esfera estatal junto com as novas formas de gestão e controle da força de trabalho decorrentes das mudanças tecnológicas e da organização do processo produtivo. Com isso pode-se observar uma transformação do tipo de trabalho que foram atribuídos aos

assistentes sociais no decorrer do tempo, exigindo-lhe atribuições distintas, por exemplo, cada vez mais sua inserção em equipes interdisciplinares, o seu desempenho na formulação de políticas públicas, o trato com a informática, entre outros.

Nesse contexto de formação profissional e mercado de trabalho está inserido o assistente social que trabalha na saúde, e de modo mais particular os profissionais inseridos na saúde mental, o que abordaremos no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO 2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

De acordo com Bisneto (2009), o Serviço Social emerge no Brasil como uma profissão interventiva, tendo como referência da ação profissional a emergência da questão social e suas múltiplas expressões. O profissional intervinha na realidade social por meio das fábricas, assistência, previdência, dentre outras, e ingressou também no âmbito da saúde, abrangendo também a área da psiquiatria. Vale destacar que havia um número ínfimo de assistentes sociais na área da saúde, inclusive da saúde mental nos primeiros trinta anos da profissão no Brasil.

Segundo Bravo e Matos (2004) a conjuntura de 1930 a 1945 possibilita o surgimento da profissão no Brasil com influência europeia, e a área da saúde não concentrou um quantitativo significativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido devido às demandas da saúde. A partir de 1945, com a necessidade de aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças que ocorreram no mundo em decorrência do final da 2ª Guerra Mundial, ocorre a expansão do Serviço Social e consecutivamente a ampliação da ação profissional na área da saúde. Também houve a substituição da influência europeia pela norte-americana. O julgamento moral acerca da população e da clientela é substituído por uma análise psicológica.

Em 1948, o conceito de Saúde mudou e se ampliou. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a saúde passa a ser compreendida não apenas como ausência de doença. Sua concepção passa a considerar as características biopsicossociais. Com essa mudança, o assistente social se insere na área da saúde e é incorporado principalmente no âmbito hospitalar em um contexto de modelo de atenção à saúde flexneriano<sup>2</sup>, voltado para a lógica da mercadoria. Portanto, a inserção do assistente social na saúde se dá por meio da lógica hospitalocêntrica com caráter seletivo. O exercício profissional nessa época era voltado para a doença e não para um olhar ampliado do sujeito, pois não se

---

<sup>2</sup> “O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários.” (MOROSINI, 2007).

considerava o indivíduo inserido em um contexto, mas enxergava-se apenas a patologia.

Historicamente, a inserção do assistente social na área da saúde mental no Brasil tem início em 1946 a partir de um trabalho voltado para a infância. Logo depois, o profissional é incorporado aos hospitais psiquiátricos atuando na porta de entrada e saída dos serviços (VASCONCELOS, 2006).

Mas foi a partir da década de 1960, com o golpe militar, que ocorreu o aumento de profissionais na área da saúde mental, pois acontece a “privatização” dos serviços públicos de saúde e surgem os hospitais psiquiátricos. No final dos anos 1960, o grande problema para o Estado ditatorial não era a loucura (essa já estava controlada pela psiquiatria) e sim a pobreza, o abandono e a miséria que geravam contestações da sociedade. O assistente social nesse período contribuía para viabilizar o sistema manicomial na sua característica mais problemática. O Serviço Social então repetia sua contradição histórica, de uma demanda pela classe dominante para atender aos “necessitados”. As práticas iniciais guardam uma distância muito grande em relação ao Serviço Social atual, pois naquela época a abordagem era predominantemente de caráter eugênico e de higiene mental.

Durante os anos 1970, o Serviço Social no Brasil vivia o Movimento de Reconceituação. Com isso, as concepções e metodologias clássicas do Serviço Social no campo da Saúde Mental foram contestadas pela psiquiatrização dos problemas sociais e pela sua perspectiva psicologizante. O exercício profissional na saúde mental encontrava dificuldade de articular as novas abordagens teórico-metodológicas e a prática profissional.

No final dos anos de 1970, no contexto de crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Esse movimento tinha propostas alternativas baseadas em amplas preocupações sociais. O Movimento de Reforma Psiquiátrica tinha uma dimensão negativa, ou seja, negava o modelo institucional vigente, visando destruí-lo e superá-lo (BASAGLIA, 1985).

Concomitante, temos o projeto da Reforma Sanitária que tem sua origem no Movimento Sanitário da década de 1970, mas que emerge com força propositiva na década de 1980. O ponto de partida do movimento foi a crítica ao sistema de saúde brasileiro. Na época, já se argumentava que a falência do sistema de saúde estava ligada diretamente ao seu modelo de concepção e gerenciamento.



Nos anos de 1980, o debate da Pós-reconceituação contribuiu para o esclarecimento das origens do Serviço Social através da análise crítica da sua história no Brasil (IAMAMOTO E CARVALHO apud BISNETO p. 31) e também a atuação profissional dos assistentes sociais foi debatida através de contribuições de correntes da análise institucional com ênfase em dimensões sociais, econômicas, políticas, culturais e ideológicas. A partir de então, passou-se a analisar o significado social da profissão tendo como referência a Teoria Social crítica, referenciada nos estudos de Karl Marx e de seus intérpretes.

A partir dos anos 1990 podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem na sua maioria nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS parte de uma concepção abrangente de saúde e do papel do Estado na sua garantia. Dos seus princípios, destacamos: a universalidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços, a integralidade da assistência, a regionalização e a participação popular (MATOS, 2009).

Podemos ver que a década de 1990 foi muito promissora para o Serviço Social, pois também é construído através de lutas, o projeto ético-político profissional. O projeto ético-político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas. Daí, o compromisso com a emancipação humana e a plena expansão dos indivíduos sociais. Além disso, esse projeto propõe uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia, ou seja, sem qualquer espécie de exploração, dominação e opressão. Portanto, é um projeto construído por assistentes sociais, mas não se encerra na preocupação com a corporação profissional. Portanto, se apropria de novos aportes teóricos, metodológicos, políticos, éticos e operativos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória história e sua relação com os empregadores e usuários. (BISNETO, 2009).

Frente a isso, com base nos princípios ético-políticos profissionais, os assistentes sociais assumem compromisso com os direitos sociais universais da população usuária, afirmando assim compromisso com o SUS, com o projeto da reforma sanitária, com a luta anti-manicomial com o projeto ético-político profissional.

Entretanto, enfrentam cotidianamente nos espaços ocupacionais o desafio de construir uma ação concreta que viabilize esta perspectiva, tendo em vista os limites institucionais e as barreiras estruturais e conjunturais, exigindo do Serviço Social reflexão crítica e construção de alternativas contra-hegemônicas.

## **2.1. A saúde como política pública de proteção social**

O sistema de saúde brasileiro, ao longo de seu desenvolvimento, adquiriu características marcantes que acompanham as tendências políticas, econômicas e sociais de cada momento histórico. Segundo Aguiar (2011) a construção da política pública de saúde se deu em estreita relação com a evolução da política social e econômica brasileira, obedecendo a ótica do capitalismo nacional que também foi influenciado pelo capital estrangeiro. A saúde pública não era uma prioridade dentro da política do estado brasileiro, pois recebia um olhar maior em momentos de epidemias ou endemias que interferiam na economia e sociedade e ameaçavam o processo de produção capitalista.

Segundo Boschetti (2009), nos países da Europa Ocidental e na América Latina a seguridade social (saúde, assistência e previdência) se estrutura por meio da organização social do trabalho, mas constitui-se de forma bastante diferenciada em cada país. Historicamente, o acesso ao trabalho sempre foi condição para garantir o acesso à seguridade social. Por isso, muitos trabalhadores desempregados não têm acesso a muitos direitos da seguridade social, sobretudo a previdência, porque essa se move pela lógica contributiva do seguro social.

A seguridade social brasileira, instituída com a Constituição brasileira de 1988, incorporou princípios do modelo bismarkiano<sup>3</sup> e do beverigdiano<sup>4</sup>, pois restringe a previdência aos trabalhadores contribuintes, universaliza a saúde e limita

---

<sup>3</sup> “O chamado modelo bismarckiano é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários; em relação à gestão, teoricamente (e originalmente), cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados” (BOSCHETTI, 2009, p. 2).

<sup>4</sup> “No sistema beverigdiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais, e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios.” (BOSCHETTI, 2009 apud BEVERIDGE, 1943; CASTEL, 1998).

a assistência social aos quem dela necessita. Em um contexto de acentuada desigualdade social, pobreza estrutural e de relações informais de trabalho, esse modelo, que fica entre o seguro e a assistência, deixa sem acesso aos direitos da seguridade social uma parcela significativa da população. (BOSCHETTI, 2009 p. 5).

No Brasil, a primeira intervenção do Estado na área da saúde foram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) na década de 1920, através da Lei Eloy Chaves. As CAPs eram constituídas por contribuições financeiras de empresários e trabalhadores, sendo por estes administradas. Eram organizadas por categorias profissionais e prestavam atendimento médico e previdenciário para os trabalhadores, porém nem todos os segmentos tinham uma caixa.

Durante a década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e começaram a ser controladas pelo Estado, acontecendo a centralização e o gerenciamento do dinheiro que passavam por essas instituições.

Em 1966, durante o regime militar imposto em 1964, os IAPs se incorporam ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), o que gerou uma centralização ainda maior e a fusão de grandes recursos públicos que seriam usados pelo governo sem o controle público. Durante o regime militar há um investimento no setor privado em detrimento do público através de convênios. Com isso vários hospitais particulares foram criados com dinheiro público, ficando a saúde pública em segundo plano. Nesse período se enfatiza a ideologia do modelo hospitalocêntrico.

Nesse contexto de ditadura militar, mais precisamente na década de 1970, surge o Movimento Sanitário, que questionava o sistema de saúde vigente e propunham a construção de um novo sistema de saúde de caráter universal.

Porém, devido ao regime autoritário da época, a proposta de um novo sistema de saúde enfrentou dificuldade em ser divulgada. Mas no final da década de 1970, o regime militar entrou em crise devido o clamor e a articulação da sociedade civil. Assim, o Estado se viu pressionado em estabelecer uma abertura política, que se deu gradativamente. A partir de 1978 entraram em cena vários movimentos políticos e acontece o I Simpósio Nacional de Política de Saúde. Segundo Matos (2003), este simpósio possibilitou apresentar em debate pela primeira vez, as propostas da Reforma Sanitária.

Na década de 1980, em meio à crise política e econômica do país, pôde acontecer o debate de ideias entre as propostas do Movimento Sanitário e as

contrapropostas à construção da política pública de saúde. Essa década foi muito importante para os movimentos sociais brasileiros. Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que até os dias atuais é o marco histórico fundamental na trajetória da política pública de saúde pública brasileira. Essa conferência reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. Essa conferência teve como eixos: 'Saúde como direito de cidadania', 'Reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'Financiamento Setorial'. Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, agora configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes à Conferência. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação da área da saúde na reformulação da Constituição Federal de 1988, que substituiu a outorgada pela ditadura militar (MATOS, 2003 p. 48).

No que se refere à saúde, a Constituição Federal de 1988 é considerada uma das mais progressistas do mundo, onde a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social forma o tripé da Seguridade Social. Foram dedicados cinco artigos (196 a 200) estabelecendo a saúde como um direito e dever do Estado e a integração dos serviços de saúde de forma hierarquizada e regionalizada formando um sistema único. Vale ressaltar que essa conquista foi alcançada com bastante dificuldade por conta da polarização constituída por dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (internacionais) que defendiam a privatização da saúde, e outro bloco chamado "Plenária Nacional da Saúde", que defendia as ideias do Movimento de Reforma Sanitária.

Na década de 1990, o Brasil foi marcado pela implementação ideológica do projeto neoliberal. Portanto, a Constituição Federal de 1988 apresenta dificuldades de implementação já em seu nascimento. Segundo Matos (2009) o projeto neoliberal é constituído por uma estratégia de rearticulação do capital em um nível planetário, que promove a defesa de um Estado mínimo para questões do âmbito social e traz também uma reestruturação do mundo do trabalho onde a precarização e a redução das conquistas sociais trabalhistas são revistas e postas em cheque. O primeiro governo que tentou implementar o projeto neoliberal foi o do Fernando Collor de Melo (1990-1992), mas o governo que implementou de fato foi o do Fernando

Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002), no qual aconteceu a Reforma do Estado, onde ocorreu o corte de direitos e a desresponsabilização do Estado.

Matos (2009) afirma que a Seguridade Social Brasileira em sua plenitude nunca foi implantada. Acontece o contrário, pois desde a promulgação da Constituição de 1988 observa-se discursos e práticas que apontam para o seu desmonte.

Ainda na década de 1990, segundo Matos (2009), assistiu-se a proposta de mercantilização da saúde e da previdência e a privatização da assistência social. Com isso, a saúde e a assistência social foram as que mais sofreram, pois tinham pouca legitimidade por parte da população, tinham poucos movimentos sociais e sindicatos em sua defesa. Mas a saúde, apesar do debate interno e da fragilidade que passava o movimento sanitário, conseguiu impor algumas resistências devido principalmente ao grande número de conselhos e conseqüentemente o maior número de sujeitos envolvidos na defesa da política.

Já nos anos 2000, inicia-se em 2003 o mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que manteve a política macroeconômica do governo. No que se refere à política de saúde do governo Lula, Bravo (2006) identifica duas características, a de inovação e a de continuidade. Sobre os aspectos de inovação a autora indica: o retorno da concepção de reforma sanitária, a escolha de profissionais comprometidos com o movimento sanitário, a criação de secretarias que visou unificar a atenção básica, secundária e terciária, a convocação da 12ª conferência e a escolha da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. E sobre os aspectos de continuidade: a precarização do trabalho em saúde, a focalização da política, a terceirização de recursos humanos, a utilização dos recursos da seguridade social para outros gastos, falta de vontade de construir a seguridade social e o desfinanciamento da política de saúde.

## **2.2. O exercício profissional do assistente social na saúde mental**

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Mas, a partir do Movimento de Reforma Sanitária, o conceito de saúde foi amplamente difundido e discutido não somente como a ausência de doenças, mas também como um conjunto de elementos relacionados a determinantes sociais.

Nesse sentido, sua concepção passa a ser compreendida como, [...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (ESCOREL, 1989, p.182).

Portanto, a saúde passar a ter uma amplitude muito maior do que o mero recebimento de medicamentos e de ter um atendimento hospitalar.

Depois dessa conceituação sobre saúde é importante também abordar a Saúde Mental, pois, afinal, para termos um conceito de saúde é necessário termos um conceito de doença. Logo, é importante lembrar como a loucura e a doença mental foram abordadas ao longo da história da saúde mental.

Antes do conceito de saúde mental se estabelecer, o conceito de alienação era utilizado pela medicina nos séculos XVIII e XIX e que significava erro e desordem da razão. Portanto, a loucura passa a ser vista como a capacidade do indivíduo de compactuar socialmente (AMARANTE; TORRES, 2001).

Durante a Idade Moderna (do século XV ao XVIII) estava se formando um modelo de sujeito que estava ligado ao ideário de indivíduo, e conseqüentemente estava também atrelado a uma maneira específica de se pensar. É nesse período que surge e é consolidado o sujeito do conhecimento cartesiano, ou seja, o sujeito que estabelece a hegemonia da racionalidade científica como método de produção de conhecimento. Com isso, forma-se a partir desse período um pensamento mecanicista fundamentado na simples previsibilidade e causalidade das coisas, concebendo-se assim um sujeito racional. Logo, existindo um sujeito da razão, existe também como contraponto um sujeito da “desrazão”, sendo esse último ligado à ideia de loucura (TORRES; AMARANTE, 2001).

Com esses pressupostos podemos explicar o histórico da política de saúde mental com destaque para o contexto brasileiro.

Franco Basaglia, médico italiano, psiquiatra que se transformou no precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida também como Psiquiatria Democrática, influenciou, com suas idéias, a luta anti-manicomial no Brasil. Basaglia faz uma crítica radical aos manicômios e defende a desinstitucionalização. (AMARANTE, 1996)

Pode-se afirmar que o processo iniciado por Basaglia exerce uma forte influência no Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), mostrando que o rompimento com os antigos paradigmas pode ser viável. Com isso, no Brasil

começa a surgir as primeiras propostas e ações para proporcionar a reorientação da assistência à saúde, tais como, o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, São Paulo no ano de 1987, que adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que foi realizada no Rio de Janeiro. Ainda em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil na cidade de São Paulo.

A década de 1990 é emblemática para o desenvolvimento das políticas de saúde mental no Brasil, pois foi marcada pelas consequências da assinatura da Declaração de Caracas, assinada por países da América que tinham como objetivo superar o modelo vigente de hospital psiquiátrico e lutar contra todas as formas de exclusão e abuso das pessoas com transtornos mentais.

Em 2002, a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216) é sancionada no país, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental dando prioridade à oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Mas essa lei não consegue delimitar mecanismos precisos para a necessária e gradativa extinção dos manicômios.

Com a promulgação da Lei nº. 10.216 em 6 de abril de 2001 e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 forma-se um novo ritmo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É neste contexto que a política de saúde mental do governo federal, entra em consonância com os objetivos instituídos pela Reforma Psiquiátrica, conseguindo uma maior visibilidade e consistência.

A Reforma Psiquiátrica contribuiu para um processo bastante inovador, sendo incubadora de muitas iniciativas práticas de transformação contribuindo com o aparecimento de novos atores e protagonistas aliados a uma abundante produção teórica, iluminando assim novas diretrizes para questões emergentes no campo da saúde mental (AMARANTE, 1996).

A partir desse contexto abordaremos o exercício profissional do assistente social na saúde mental.

É importante ressaltar que para fazer uma análise da especificidade do Serviço Social na saúde mental é relevante problematizar que se este campo é uma área de atuação profissional, deve-se levar em conta que a subjetividade é uma característica marcante desta política devido ao público-alvo ser os portadores de sofrimento psíquico, mas ao mesmo tempo, cumpre-nos realizar uma abordagem

sobre a “matéria-prima” de intervenção profissional, para, então, problematizarmos à luz do projeto profissional crítico.

No processo de atendimento aos usuários, na reabilitação psicológica em uma situação de transtorno mental começa-se a levar em conta seu ambiente social, isto é, as condições objetivas de reprodução dos sujeitos passam a compor a teia de determinantes e possibilidades de reabilitação. Como produto desta compreensão, situamos os Centros de Atenção Psicossocial, e de maneira geral, todos os instrumentos da política de saúde mental norteiam-se por essa dimensão psicossocial, que demarca uma compreensão de unidade entre os determinantes sociais e psicológicos/psiquiátricos.

O assistente social na saúde mental deve intervir sobre as múltiplas expressões da questão social presentes na vida do usuário com sofrimento mental, de modo a assegurar unidade e reabilitação psicológica e social das demandas. A falta de conhecimento do assistente social em relação à especificidade de seu trabalho em saúde mental corrobora para a proliferação de correntes conservadoras psicologizantes e a consequência desta incorporação acrítica rebate na incapacidade de atender psicossocialmente os indivíduos, prejudicando a dimensão social da reforma psiquiátrica.

### **2.3. Suicídio: expressão da questão social e demanda para o Serviço Social**

Para se ter uma compreensão sobre o suicídio, esse assunto será abordado com base em algumas elaborações teóricas, pois para que esse tema possa ser analisado, contextualizado e debatido deve-se considerar suas múltiplas dimensões: filosófica, sociológica, política, econômica e psicológica.

O suicídio deve ser interpretado como um fenômeno que é objeto de conhecimento científico e que possui características próprias. E para uma pesquisa é necessário estudar os elementos que compõe tal fenômeno, não precisando fazer necessariamente uma análise de todos, mas deve-se compreendê-los e situá-los de acordo com suas características e determinações no tempo e no espaço.

A palavra suicídio no Dicionário Houaiss significa: “1. ato ou efeito de suicidar-se. 2. desgraça ou ruína causada por ação do próprio indivíduo, ou por falta de discernimento, de previdência etc..”. Logo, a palavra suicídio aparece carregada de



sentidos mórbidos e depreciativos, e as pessoas ao ouvi-la associam tal ato com dor e sofrimento e elaboram inúmeros julgamentos valorativos.

Na sociedade ocidental, a morte é considerada um sério tabu e a visão que se tem sobre o suicídio não escapa do modo de julgar e avaliar o suicídio e o sujeito que tenta dar fim à sua vida.

O termo *suicidium* surge no século XVII sendo traduzido para outras principais línguas européias (francês, alemão, inglês). Formado pelo pronome sui (si) junto ao verbo caedere (matar).

Vale ressaltar que o termo suicídio está relacionado com o termo homicídio e isso reflete uma maneira diferente de pensar a morte. É importante lembrar que no Brasil, o senso comum, aliado aos valores judaico-cristãos, reforça duplamente esta semelhança entre estes dois termos. Uma parte deste significado teve como origem um dos mais importantes pensadores ocidentais, Agostinho de Hipona.

Ao pensarmos a palavra “suicídio”, já estamos, ainda que sem saber, incluindo o ato de se matar em um gênero maior, qual seja, o do homicídio. Essa inclusão teórica, mas não vocabular, tem sua origem em um dos maiores pensadores do Ocidente: Agostinho de Hipona. O que não quer dizer que essa prática fosse desprovida de rígidos opositores desde o mundo grego, como veremos adiante, mas sim que a íntima associação entre ela e o homicídio era desconhecida antes de Agostinho. Em um texto fundamental para a Igreja e para a posteridade da filosofia ocidental, *A Cidade de Deus*, Agostinho inscreve habilmente o ato de se matar no âmbito do sexto mandamento, ou seja, a interdição “não matarás” também deve ser aplicada, segundo ele, aos casos em que alguém que deixar a vida por suas próprias mãos, embora isso não seja expressamente dito no texto bíblico. (PUENTE, 2008, p. 14).

Durante muito tempo o suicídio foi tratado como um homicídio de si mesmo e pertencia à mesma categoria dos crimes e de sacrilégio, o que acarretava ao suicida fracassado a pena de morte. As leis que vigoravam por volta do século XVII deixavam explícito que o suicídio era um crime de “lesa-majestade humana ou divina”. Mas a partir do século XVIII a tentativa de suicídio passa a ser vista como uma “desordem da alma” e conseqüentemente passa a ter um novo modo de punição com o intuito de se deter mais uma nova tentativa (FOUCAULT, 1984). Portanto, o suicídio deixa de ser visto exclusivamente como sacrilégio e passa a integrar o campo da insanidade.

Recentemente, o Humanismo<sup>5</sup>, por meio das reflexões de Albert Camus, coloca o suicídio como um dilema existencial humano que é: a vida vale a pena ou não em ser vivida e se o auto-aniquilamento é válido para a sua destruição. Para Camus (1942) o suicídio é um problema filosófico realmente sério, pois julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia e a todos os outros problemas filosóficos da existência humana.

Para Camus (1942) o divórcio entre o indivíduo e a sua vida, entre o ator e o seu cenário, é que é verdadeiramente o sentimento do absurdo. Assim, pode-se fazer uma relação entre o pensamento individual e o suicídio. Como Camus (1942) nos elucidava: “começar a pensar é começar a ser minado.” Seu entendimento leva a questões como: o que resta fazer? Aceitar uma verdade imutável e inegável e mesmo assim continuar a viver? É vida o fato de aceitar a sensação sufocante e diária de fardo, idêntica a do prisioneiro diante da execução? Diante de tal situação, a ideia de por fim à própria vida não nos parece tão enfadonha, muito ao contrário, parece solução para algo que antes não se via saída. O que outrora nos parecia tão trágico agora parece solução para finalizar algo que não se consegue gastar, esvair. Agora parece haver escolha e decisão. O suicídio em si é uma expressão de uma confissão que nunca é fácil viver e de que viver é trabalhoso.

Pode-se encontrar inúmeras explicações e justificativas para o suicídio e na maioria das vezes parte do pressuposto de que ele é um problema individual, por isso a resposta só se encontraria no indivíduo. Porém, Karl Marx (1846) e Emile Durkheim (1897) abordam o suicídio como um fenômeno social. Marx escreve sobre o suicídio tendo como base os documentos de Peuchet, um arquivista policial francês. Na época em que Marx aborda o suicídio ainda não existia a teoria sobre fato social de Durkheim (1897), nem a psicanálise de Freud (1856-1949).

Marx utilizou o tema suicídio para expor sua crítica radical à sociedade burguesa, ressaltando o modo de vida “antinatural” desta, sendo assim o suicídio apenas um sintoma de uma sociedade doente e necessitada de transformações radicais. Marx compreende a sociedade moderna com um locus em que cada indivíduo encontra-se isolado dos outros e que existe uma espécie de solidão coletiva e conseqüentemente existe uma hostilidade mútua entre os sujeitos, onde a

---

<sup>5</sup> Humanismo foi um movimento literário e filosófico que nasceu na Itália na segunda metade século XIV, difundindo-se para os demais países da Europa e constituindo a origem da cultura moderna. (ABBAGNANO, 2007).

competição prevalece e que a pessoa tem a opção de ser vítima ou carrasco, justificando assim o desespero e o suicídio. Sendo assim, Marx explicita em seu trabalho sua percepção sobre o suicídio como fenômeno social e produto dessa sociabilidade, trazendo reflexões importantes.

Como se explica que apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o prazer de proferir todo esse palavrorio estéril. O homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece. Quando se veem a forma leviana com que as instituições, sob cujo domínio a Europa vive, dispõem do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões, de castigos e de instrumentos de suplício para a sanção de seus desígnios incertos; quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os parias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incomodo de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do individuo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos, nossas leis e nossos costumes em geral. (MARX, 2006, p.26).

Com isso, Marx aponta que o suicídio é um dos sintomas de uma luta social, onde alguns desistem dessa luta por não se adaptarem a ideia de serem carrasco, ou por estarem cansados de prestarem o papel de “vítimas” na sociedade burguesa.

Outro autor que fez uma análise importante sobre o suicídio foi Emile Durkheim. Autor de *O Suicídio*, de 1897, formulou o estudo sobre o suicídio utilizando-o como fundamentação teórica para a definição do conceito de fato social.

Durkheim define suicídio como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado” (1982, p.21.).

Durkheim analisa o suicídio como sendo um fato social, que deve ser tratado de forma coletiva, analisando primeiro o todo. Para ele, o suicídio é produto de um conflito estabelecido no meio social exterior ao individuo, então cada sociedade, segundo ele, teria uma tendência coletiva ao suicídio, e que a respostas para elas seriam encontradas nesse mundo exterior aos indivíduos. Com isso, Durkheim classifica o suicídio em três tipos: o egoísta, o altruísta e o anômico.

O suicídio egoísta pode ser compreendido pela dissociação do individuo com o seu meio social, e que o vínculo do individuo com a sociedade não é forte. Esse tipo acontece quando os grupos ao qual se pertence se tornam fracos, os indivíduos

se tornam menos dependentes deles, e logo se tornam mais dependentes de si mesmos, não reconhecendo assim as regras de conduta que não fazem parte de seus interesses próprios. (Durkheim apud LOPES, 1992, p.24).

O suicídio altruísta é o oposto do suicídio egoísta, pois são cometidos por indivíduos fortemente ligados a valores coletivos. (Durkheim apud LOPES, 1992, p.24).

Já o suicídio anômico está relacionado com o movimento da sociedade em momentos de crise intensa. No suicídio anômico, o indivíduo tem seus valores atrelados a sociedade, e quando essa sociedade entra em crise, seus valores se desmontam junto com ele. (Durkheim apud LOPES, 1992, p.24).

Outra perspectiva de análise do suicídio é a da psicanálise, surgida com Freud. Diante as diversas interpretações sobre o suicídio, essa é a mais utilizada no discurso médico. Para a psicanálise o suicídio é visto como um desdobramento de uma situação psicótica. Quando se investiga a vida do suicida se lida com as mais diversas fantasias inconscientes extremamente primitivas que pela própria explicação da psicanálise, se torna o fator preponderante para a autodestruição. (ALMEIDA, 1996).

Na saúde pública as análises epidemiológicas acerca do suicídio não são escassas nem recentes. Os estudos epidemiológicos descritivos já foram muitas vezes expostos, desde longa data, haja vista os estudos realizados por Émile Durkheim. De acordo com Leal (1998, p.19), ainda hoje o trabalho de Durkheim se mostra de extrema valia, pois a partir tanto de seu trabalho como os dados estatísticos como a observação das tendências e correlações, consegue com maestria abordar vários pontos de debates, desconstruindo respostas e chegando a explicações sociológicas, políticas, culturais e econômicas.

Em 2006, ano em que a OMS (Organização Mundial de Saúde), escolhe como tema do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro – a Prevenção do Suicídio. O Ministério da Saúde após ter lançado em agosto de 2006, as *Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio*<sup>6</sup> lança o *Prevenção do Suicídio: manuais dirigidos a profissionais das equipes de saúde mental* em especial as equipes dos CAPS. Isso faz parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que tem por objetivo reduzir as taxas de suicídio e tentativas e os danos associados aos

---

<sup>6</sup> Portaria 1876/2006 do Ministério da Saúde (MS) instituiu as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio.

comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático causado do suicídio na família, entre amigos, nos locais de trabalho e em outras instituições.

Atualmente, o suicídio se tornou uma endemia de proporções globais matando mais de 800 mil pessoas por ano, sendo que 75% dos casos são registrados em países emergentes e pobres.

Estudo divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014 revela uma realidade chocante no Brasil: 32,3 casos de suicídio são registrados por dia no país, o que representa uma média de mais de uma morte por hora.

Segundo a OMS, 11.821 brasileiros cometeram suicídio em 2012, número que representa aumento de 10,4% em relação ao registrado em 2000. Isso coloca o Brasil na oitava posição entre os países americanos em número de suicídio (OMS, 2014).

Outro dado que chama a atenção no Brasil é o fato de que a grande maioria dos suicídios é cometida por homens. Eles representam 78% do total de casos, fazendo com que a taxa de ocorrência para cada 100 mil habitantes seja de 9,4, contra 2,5 das mulheres, apesar de haver um crescimento de suicídios com mulheres na última década. Tal informação pode ser verificada no quadro abaixo:

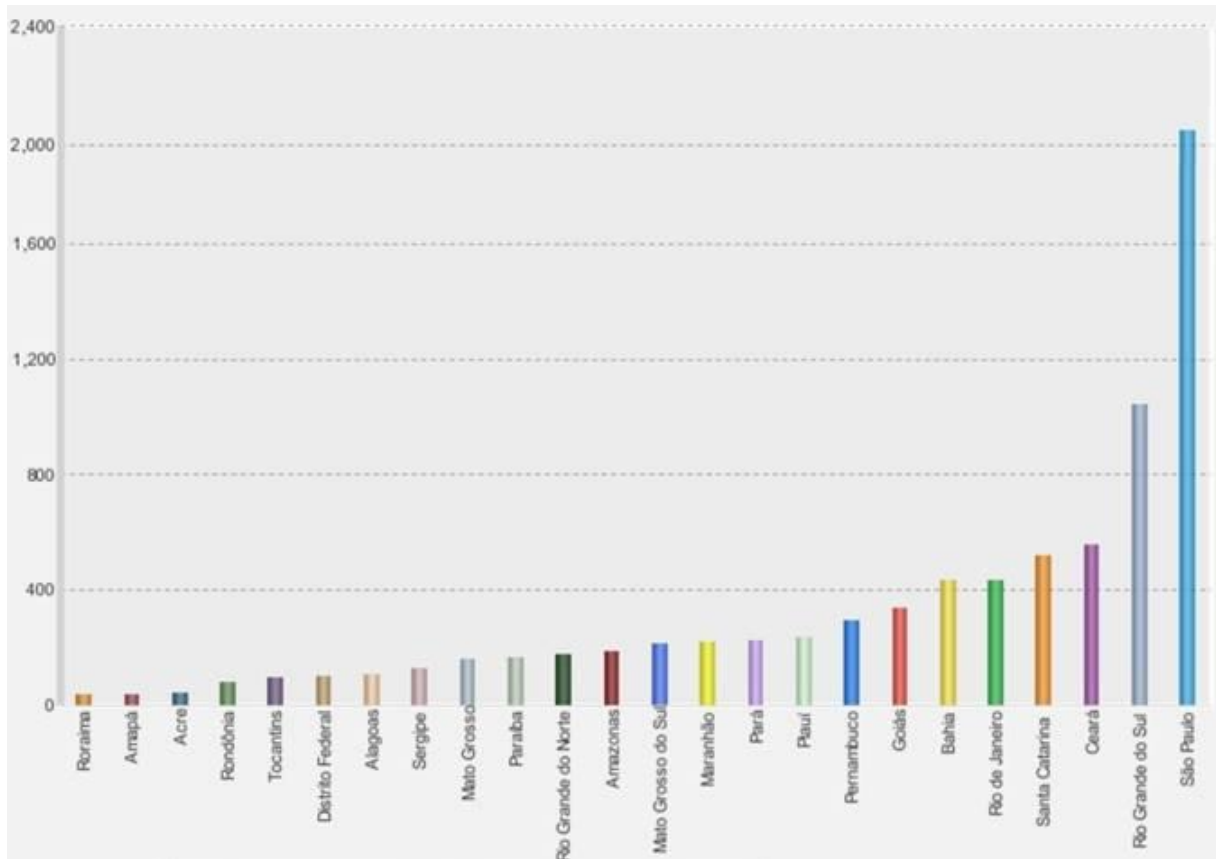
#### **Quadro 1. Suicídio no Brasil em relação ao gênero**

<b>Brasil</b>	<b>Suicídios em 2012</b>	<b>Taxa por 100 mil habitantes (2012)</b>	<b>Taxa por 100 mil habitantes (2000)</b>	<b>Aumento em 12 nos</b>
<b>Mulheres</b>	<b>2.623</b>	<b>2,5</b>	<b>2,1</b>	<b>17,80%</b>
<b>Homens</b>	<b>9.198</b>	<b>9,4</b>	<b>8,7</b>	<b>8,20%</b>
<b>Total</b>	<b>11.821</b>	<b>5,8</b>	<b>5,3</b>	<b>10,40%</b>

Fonte: OMS, 2014.

Outro dado, de acordo com o Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (MS, 2011) diz respeito à disposição de óbitos por suicídios por estados brasileiros, que destaca os estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Ceará como aqueles com maior indicador de suicídio.

#### **GRÁFICO 1. INDICADOR DE SUICÍDIO NOS ESTADOS BRASILEIROS**



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2011.

Analisando o mapa epidemiológico do suicídio atualmente, certas questões ainda permanecem sem respostas sobre os dados apresentados nas estatísticas nacionais. Esses dados abordam as estatísticas por estado brasileiro, porém ainda existe uma grande dificuldade nos registros específicos sobre suicídio, pois as estatísticas são referentes somente à mortalidade, e aos meios específicos para o êxito do suicídio, sem, portanto, especificar se o episódio foi acidental ou intencional, apresentando a inexistência de um estudo complementar para avaliar o fenômeno de forma mais abrangente, com suas particularidades.

Com isso, nota-se uma demanda significativa para a área da Saúde Mental e conseqüentemente uma demanda para o Serviço Social, tendo em vista que assistentes sociais lidam cotidianamente com as inúmeras seqüelas da questão social, cada vez mais agravadas na contemporaneidade, e, portanto, lidam com vidas, com sujeitos individuais e sociais, com suas fragilidades e potencialidades.

Diante disso, o presente estudo pretende enfatizar o exercício profissional de assistentes sociais na saúde mental, com destaque para o Distrito Federal, de forma a identificar no cotidiano de trabalho e nos espaços ocupacionais essas demandas

emergentes, como é o caso do suicídio. Sendo o suicídio não um mero fenômeno relacionado ao campo psíquico, mas compreendido na sua complexidade e totalidade como um fenômeno que perpassa as diversas dimensões da vida social (econômica, social, cultural, política, psíquica, ideológica, religiosa, etc.), tal situação também se torna objeto da intervenção profissional do assistente social e de outros agentes profissionais que atuam na área da saúde, sobretudo na saúde mental, o que abordaremos a seguir.

### **CAPÍTULO 3. O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA**

A metodologia adotada pauta-se na tradição marxista, ou seja, numa perspectiva materialista histórica e dialética que compreende a realidade social como síntese de múltiplas determinações, sem desconsiderar as contradições, a historicidade, as mediações e aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais que circundam a sociabilidade capitalista.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada a abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2010), dá respostas a questões muito particulares, porque trabalha com o universo dos significados, das motivações, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes humanas, que formam uma parte da realidade social.

A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista semi-estruturada<sup>7</sup> com três assistentes sociais que exercem a profissão nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal. Minayo (2010), divide o processo do trabalho científico em pesquisa qualitativa em três etapas: a fase exploratória; o trabalho de campo; e a análise e tratamento do material empírico e documental.

Na fase exploratória, foi feito um levantamento do quantitativo de CAPS no Distrito Federal que posteriormente foi selecionado uma amostragem dos CAPS. Após a delimitação da amostragem, na segunda fase que enfatiza o trabalho de campo, foi feito contato com assistentes sociais inseridos nos CAPS para a realização das entrevistas. Após a realização das entrevistas ocorreu a terceira etapa, ou seja, a transcrição, análise e interpretação das narrativas à luz do referencial teórico-metodológico crítico dialético adotado na pesquisa. Também foi feito levantamento de dados, de indicadores e análise documental de material produzido sobre o tema. As entrevistas realizadas com as três assistentes sociais buscaram identificar as atribuições e competências das assistentes sociais na área da saúde mental, considerando as demandas de suicídio. Cabe lembrar que esse projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo CEP-IH (Comitê de Ética em Pesquisa)<sup>8</sup>.

Segundo mapeamento feito no site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal existe atualmente trinta e uma regiões administrativas e dentre elas

---

<sup>7</sup> O Roteiro de entrevista encontra-se no apêndice.

<sup>8</sup> Número CAAE do projeto: 34037014.4.0000.5540



quatorze possuem CAPS. Feito isso, foi escolhido o CAPS ad de Sobradinho II e o CAPS Taguatinga, com o objetivo de abarcar a área norte e a sul do DF.

Os Centros de Atenção Psicossocial no contexto da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Oficializados inicialmente pela Portaria GM 224/92 que os definia como "unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional", atualmente são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Esta Portaria incluiu os CAPS no SUS (Sistema Único de Saúde), reconheceu sua complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

Segundo a legislação que regulamenta o CAPS, esses são constituídos pelas seguintes modalidades:

- CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes. Existem 788 unidades no país.
- CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 424 unidades no país.
- CAPS III – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Existem 56 unidades no país.
- CAPS ad – serviço especializado para usuários de álcool e drogas de 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 268 unidades no país.
- CAPS i - serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens até 25 anos, que abrange municípios acima de 200 mil habitantes. Existem 134 unidades no país.

Para a pesquisa foram utilizados um CAPS ad e um CAPS III, das respectivas regiões administrativas do DF, Sobradinho II e Taguatinga. Vale ressaltar que o CAPS ad de Sobradinho II (onde foi entrevistada uma assistente social) atende as demandas das seguintes regiões administrativas: Sobradinho I, Sobradinho II,

Planaltina e Fercal. E o CAPS II de Taguatinga (onde foi entrevistada 2 assistentes sociais), atende as demandas de: Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, Águas Claras, Octogonal, Sudoeste, Cruzeiro, e também o entorno como Águas Lindas e Santo Antônio.

Nas entrevistas transcritas foram identificadas categorias que serão abordadas e analisadas com mais profundidade nos próximos tópicos.

### **3.1. A saúde mental como espaço sócio-ocupacional para o assistente social: uma análise no Distrito Federal**

O Serviço Social é uma profissão inserida em um contexto sócio-histórico, que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações. Essas expressões da questão social se manifestam conforme o espaço sócio ocupacional do assistente social (IAMAMOTO, 2009).

Segundo Iamamoto (2009) os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais refratam as particularidades condições e relações de trabalho que prevalecem na sociedade brasileira nesses tempos de profunda modificação da base técnica da produção que potenciam a produtividade e a intensificação do trabalho.

A área da saúde mental é um desses espaços que no decorrer do tempo vem demandando a intervenção desse profissional. Segundo Rosa (2008) um dos desafios do Serviço Social é atuar com as expressões da questão social que permeiam os indivíduos com transtorno mental e sua família, nas inúmeras formas de violação de direitos. Segundo a autora, a questão social, na saúde mental, se expressa a partir da exclusão da pessoa que tem transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social. Essa exclusão se manifesta a partir do estigma social que é dado à pessoa com transtorno mental, pois historicamente é considerada pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz.

O Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica. A profissão, no entanto, mesmo com o advento das propostas neoliberais, insere-se no processo das relações sociais tendo em vista a construção de uma prática emancipadora, em que o assistente social desenvolva uma crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. Nesse contexto, o

profissional não deve buscar apenas técnicas e instrumentos para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo (BISNETO, 2009).

Os assistentes sociais efetivam suas atribuições na área da saúde mental tendo como referência o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação, os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, dentre outros. De acordo com os Parâmetros, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político se sintonizem, de forma que o profissional de Serviço Social mantenha a visão crítica da realidade e promova ações que possam contribuir para a cidadania e a emancipação dos sujeitos sociais envolvidos no trabalho profissional.

O lugar da pesquisa é o Distrito Federal (DF) que é formado por trinta e uma regiões administrativas que na prática funcionam como típicas cidades, mas com a particularidade de não possuir prefeitos, nem vereadores e sim administradores regionais e secretários indicados pelo Governador do Distrito Federal. Nos últimos anos foram criadas novas Regiões Administrativas, o que compromete a distribuição de dados de mortalidade e a série histórica dos mesmos. Mas já se pode observar uma variação de taxas de suicídio de acordo com a Região Administrativa e a possibilidade de priorizar ações preventivas naquelas regiões com taxas mais elevadas ao longo dos últimos anos, conforme demonstrado no Quadro 2.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, essa localidade analisada segue a tendência mundial de aumento nas taxas de suicídio entre os jovens e concentra a maior frequência de mortes por essa causa entre os 20 e 49 anos. A maioria dos casos é de pessoas solteiras, com mais de quatro anos de estudos, e mais de 90% apresentavam algum transtorno mental, como depressão. Os homens são maioria e recorrem ao suicídio três vezes mais que as mulheres. A média do Distrito Federal foi de 4,5 casos por milhão de habitantes em 2013, abaixo da média nacional de 5,8. O método mais utilizado para dar fim à própria vida foi a intoxicação, que provocou 14 mortes em 2013, sete por pesticida. Os demais, 111 suicídios do ano passado, ocorreram por lesão autoprovocada. Os métodos mais utilizados foram o enforcamento, precipitação, arma de fogo e objetos cortantes.




Diante dessa realidade, no dia 10 de setembro de 2014, considerado o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, o Distrito Federal lançou o Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio. O respectivo Plano foi elaborado por um Grupo de Trabalho Intersetorial, instituído pela Portaria 311, de 20 de novembro de 2013, e ainda deverá ser submetido ao Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde e posteriormente ao Conselho de Saúde do DF.

Com isso, o quadro a seguir (2) evidencia a realidade sobre o suicídio no Distrito Federal, especificando os indicadores com base nas regiões administrativas.

## **Quadro 2 – Mortalidade de Suicídio por Região Administrativa no DF**

<b>Mortalidade por suicídio, Bairro de residência e Ano de ocorrência</b>					
As taxas de morte em 2012 considerando a Região Administrativa de moradia da pessoa	<b>taxa de mortalidade</b>				
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Águas Claras	9,2	5,9	3,8	9,5	3,6
Asa Norte	5,8	6,6	2,4	4,0	3,0
Asa Sul	3,2	7,1	3,5	8,0	6,4
Brazlândia	6,6	5,2	6,8	13,5	6,4
Ceilândia	5,3	6,5	3,2	4,8	3,9
Cruzeiro	7,9	5,7	2,8	2,8	7,9
Gama	1,4	7,5	5,9	5,1	6,2
Guará	2,9	0,9	4,6	4,6	6,0
Itapoã	3,5	4,4	4,3	0,0	4,1
Jardim Botânico	0,0	0,0	5,0	4,9	0,0
Lago Norte	3,5	9,3	6,1	6,0	5,6
Lago Sul	16,5	6,8	3,3	6,6	3,1
Núcleo Bandeirante	7,1	4,1	4,0	4,0	7,5
Paranoá	10,1	0,0	3,6	7,1	5,0
Park Way	0,0	10,4	0,0	5,1	0,0
Planaltina	2,3	8,2	4,0	4,0	5,4
Recanto das Emas	3,9	4,0	5,5	2,3	2,2
Riacho Fundo I	9,2	5,6	0,0	8,1	7,7

Riacho Fundo II	4,6	16,7	11,0	2,7	7,7
Samambaia	3,8	5,0	3,0	4,4	2,8
Santa Maria	7,2	3,4	1,7	7,4	3,9
São Sebastião	13,3	3,5	4,6	6,8	7,6
SCIA (Estrutural)	5,5	3,3	3,2	9,6	0,0
Sobradinho	1,3	3,9	3,9	2,5	4,8
Sobradinho II	9,0	5,5	2,7	5,3	3,8
Sudoeste/Oct	1,7	8,0	2,0	1,9	5,5
Taguatinga	4,0	6,9	4,8	4,3	5,0
Vicente Pires	-	5,1	0,0	1,6	1,6
Varjão do Torto	-	-	-	-	0,0
SAI	-	-	-	-	0,0
Candangolândia	-	-	-	-	0,0
Fercal	-	-	-	-	0,0
Ignorado	-	-	-	-	-
Total	4,9	5,8	3,8	5,1	4,5

-  Taxa acima da média nacional (a partir de 4,9)
-  Taxa moderada segundo a OMS (a partir de 8)
-  Taxa elevada segundo a OMS (a partir de 16)

**Fonte: Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio, Brasília, 2014**

Segundo o Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio (2014), o problema da subnotificação aponta a necessidade de estabelecer metas para aprimorar o registro de tentativas de suicídio e mortalidade por essa causa. A notificação oficial de

tentativas de suicídio no Distrito Federal é praticamente nula, apesar da realidade observada e relatada demonstrar um aumento preocupante dos casos atendidos na rede de saúde. Com dados de mortalidade do ano de 2012 e 2013 (expostos nos gráficos e coletados na Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde – GIASS) é possível chegar a algumas constatações que serão descritas a seguir e podem nortear as ações profissionais no que se refere à prevenção de suicídio.

### **3.1.1. Atribuições e competências profissionais**

Segundo Iamamoto (2012) é preciso demonstrar nas situações singulares, carregadas de dimensões universais e histórico-particulares, que enfrentamos no dia-a-dia do exercício profissional, a viabilidade do projeto ético-político do Serviço Social, seu caráter renovador da profissão na afirmação dos direitos sociais aos cidadãos e cidadãs, na atenção e no respeito às suas necessidades e interesses, que por várias mediações se transformam em demandas sociais e profissionais. Ou seja, segundo a autora, o grande desafio é “traduzir o projeto ético-político em realização efetiva no âmbito das condições em que se realiza o trabalho do assistente social” (IAMAMOTO, 2012, p.35).

Legalmente, atribuições e competências são conceitos distintos. As atribuições são funções privativas do assistente social, ou seja, suas prerrogativas exclusivas, enquanto as competências consistem na capacidade de dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais (IAMAMOTO, 2012). Mas o que delimita o caráter da atividade enquanto privativa do assistente social é sua qualificação enquanto matéria, área e unidade de Serviço Social.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas por direitos e deveres que estão no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão que devem ser respeitados. Em 2010 o CFESS publicou os Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, que teve como objetivo referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social que se balizam em quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento

e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Esses eixos são compreendidos articuladamente em uma perspectiva de totalidade.

Nas entrevistas, dentre as principais respostas para a pergunta: “Quais as principais atribuições e competências profissionais nesse espaço sócio-ocupacional?”, foram identificadas:

- A realização do acolhimento com escuta qualificada (orientações que visam um benefício),
- Elaboração de plano terapêutico individualizado,
- Atendimentos individuais ou em grupo,
- Coordenação das oficinas de trabalho em grupo,
- Visitas domiciliares,
- Relatórios e pareceres sociais
- Mapeamento da rede.
- Orientação ao usuário sobre direitos e encaminhamentos.

O assistente social, como profissional de Saúde, tem como competências intervir junto aos fenômenos sociais, culturais e econômicos. A prática profissional dos assistentes sociais vem se desenvolvendo e a cada dia tem se tornado uma prática necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliando e se consolidado diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e reforçado pelo conceito de saúde.

A atenção à saúde não está centrada somente no enfoque médico, mas nas diferentes intervenções cujas ações focam a prevenção.

É no confronto entre o direito social do usuário e as normas institucionais, que o assistente social intervém com vistas a contribuir para a viabilização de direitos de cidadania, sobretudo relacionados à saúde.

Já nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nesse sentido, os profissionais de Serviço Social enfatizam os determinantes sociais e culturais relacionados às questões que envolvem a saúde da população. Cabe ao assistente social enfrentar diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho e na garantia de acesso aos direitos de cidadania.



### 3.1.2. O trabalho interdisciplinar

Segundo Costa (2007) o conceito de interdisciplinaridade ganha relevância no mundo ocidental a partir da década de 1960. A autora, ao historicizar a evolução do conceito, demarca três passagens: na década de 1970, buscava-se uma definição de interdisciplinaridade; na década de 1980, tentava-se construir um método para a interdisciplinaridade e a partir da década de 1990, tenta-se a construção de uma teoria da interdisciplinaridade.

O conceito de interdisciplinaridade se relaciona com outros termos, tais como: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. É importante a compreensão desses termos.

Costa (2007) afirma que multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas. Não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação. Na multidisciplinaridade, bem como na pluridisciplinaridade, não se acordam conceitos e métodos. A segunda implica um nível maior de relação entre as disciplinas.

A interdisciplinaridade é conceituada por Costa (2007) pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas. Nesse processo que prevê interação e reciprocidade, todas as disciplinas e áreas devem ser reconhecidas como importantes, sem suposta hierarquização. Nessa perspectiva, não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar elementos na produção de uma disciplina modificada.

No que se refere à concepção de transdisciplinaridade, tal postura iria além, ou seja, não se restringiria às interações e à reciprocidades entre as disciplinas, uma vez que propõe a ausência de fronteiras entre elas. Muitos pesquisadores situam a saúde nesse campo.

Tonet (2011) faz uma crítica dos fundamentos da proposta da interdisciplinaridade, e demonstra que apesar do seu caráter atraente e dos seus aparentes resultados, “é uma solução equivocada para um problema mal equacionado” (p. 726).

Nas entrevistas, as respostas mais comuns em relação à pergunta: “Como os atendimentos acontecem? De que forma? (equipe, individual, multiprofissional, interdisciplinar)?”, identificou-se o seguinte:

- Os atendimentos grupais são interdisciplinares e os individuais são multiprofissionais (mas nem sempre, só quando há necessidade)
- Em alguns momentos a equipe chega a ser transdisciplinar.
- Não existem salas específicas para o Serviço Social, alegando respeitar a lógica da desinstitucionalização.

Apesar de ser teoricamente correto considerar a saúde como campo transdisciplinar, pela complexidade de seu objeto, ao observarmos os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebemos que a organização de serviços ainda se faz de forma fragmentada.

### **3.1.3. Precarização, intensificação do trabalho e adoecimento profissional**

O processo de flexibilização do trabalho e dos direitos derivados das transformações do mundo do trabalho em decorrência das crises do capital são elementos centrais da nova morfologia do trabalho (Antunes, 2005), no contexto da reestruturação produtiva e das políticas neoliberais, a partir do suposto receituário para enfrentamento da crise do capital diante dos seus processos de mundialização e financeirização (Raichelis, 2011).

Segundo Raichelis (2011), no Brasil, a precarização do trabalho não pode ser encarada como um fenômeno novo, considerando sua existência desde os primórdios da sociedade capitalista urbano-industrial. As diferentes formas de precarização do trabalho e do emprego assumem na atualidade novas configurações e manifestações, especialmente a partir dos anos 1990, quando se presenciavam mais claramente os influxos da crise de acumulação, da contrarreforma do Estado e da efetivação das políticas neoliberais.

Em um contexto societário de transformações no trabalho, marcado pela retração e pela erosão do trabalho contratado e regulamentado, bem como dos direitos sociais e trabalhistas, ampliam-se também as relações entre trabalho e adoecimento, repercutindo na saúde física e mental dos trabalhadores, nas formas de objetivação e subjetivação do trabalho (Raichelis, 2011).

O assistente social, como trabalhador assalariado, está inserido nesse contexto de precarização/flexibilização em seus diferentes espaços de atuação,

[...] seja pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros (Raichelis, 2011, p. 422).

Nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais que atuam na saúde mental, aparecem algumas falas sobre o adoecimento e a precarização do trabalho, como se observa nos relatos:

[...] o CAPS II, a proposta é dele atender uma população de 200 a 250 mil habitantes e nós atendemos 1 milhão. [...], eu percebo assim, que um dos obstáculos de nós não fazermos nosso trabalho de qualidade é por causa do número da demanda altíssima. E não é uma questão da gente falar assim “ah, temos que ter um espaço maior”. Não, teria que ter um em Ceilândia, passou da hora, a gente inclusive através da assembleia agora vamos começar a fazer abaixo assinado, pois foi uma sugestão que surgiu da assembleia. Que eu acho que a população de usuários aqui do CAPS Taguatinga, da Ceilândia é de 50 a 60%. E aí, assim, o governo não toma atitude. Então um dos obstáculos é esse. A outra realmente é a falta dos recursos suficientes, o número de profissionais, mas aqui nem adianta ter muitos profissionais, porque não tem espaço. O espaço físico na hora de atender... Porque é isso, a gente percebe assim, que nas reuniões os profissionais estão adoecidos, aí uns dizem “tenho que dá alta, porque não tem o que fazer” mas eles ficam querendo dar alta porque existe uma pressão enorme para entrar gente todo dia aqui. Antes, há um ano atrás, mais ou menos, era uma demanda todo dia. Vinham não sei quantas pessoas e ficavam aqui para fazer o acolhimento, mas só fazia acho que era 5 por período. Agora, recentemente falaram, o CAPS é porta aberta mesmo, aí não sei, para mim piorou porque foi combinado aqui que para o profissional daquele dia que daquela manhã ou daquela tarde for fazer o acolhimento, nem todos que vão ser acolhidos vão ficar, mas grande parte fica. Aí se vier 10, 13, 15 pessoas, a gente tem que fazer o acolhimento. O acolhimento as vezes ele pode demorar meia hora, pode demorar uma hora ou pode demorar até duas horas se a pessoa tiver em crise. Aí o que acontece, está entrando, aí tem outro passo que a gente chama de plano terapêutico, que teria que ser um Plano Terapêutico Singular, onde você avalia aquele caso e o programa por pessoa que tá vindo. Só que, por exemplo, tem pessoa que precisava vir todas as manhãs ou todos os dias, só que a gente coloca ele para vir uma tarde inicialmente, quando ela está muito grave a gente aumenta, mas como a gente vai colocar as pessoas aí fala “não, fulano está em tantos grupos, a gente tem que diminuir” aí a pessoa “nossa, tem esse tanto de PT (plano terapêutico) assim pra fazer”. Então, eu estou entendendo que está assim: fazendo plano terapêutico, mas não está sendo o adequado. Para mim, a gente se esforça mais do que deveria ou poderia e todo mundo sabe, mas do jeito que está não dá, nós não estamos atendendo como deveria. Aí, para mim os desafios envolve tudo isso.”

Atualmente é inegável o alargamento do mercado de trabalho do assistente social, porém com essa expansão, segundo Raichelis (2011), aprofunda-se a precarização, aberta ou velada, das condições em que esse trabalho se realiza, considerando o estatuto de trabalhador assalariado do assistente social, subordinado a processos de alienação, restrição de sua autonomia técnica e intensificação do trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores assalariados em seu conjunto.

Segundo a autora, trata-se de uma condição de trabalho que produz um duplo processo contraditório nos assistentes sociais, pois, por um lado o prazer diante da possibilidade de realizar um trabalho comprometido com os direitos dos sujeitos violados em seus direitos, na perspectiva de fortalecer seu protagonismo político na esfera pública; mas por outro lado provoca o sofrimento, a dor e o desalento diante da exposição continuada à impotência frente à ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social.

Portanto, entre os grandes desafios a serem enfrentados no mundo do trabalho profissional, é preciso avançar na luta coletiva a partir de uma multiplicidade de espaços que possam forjar sujeitos coletivos capazes de fortalecer os espaços de enfrentamento e resistência diante das diferentes formas de o capital subjugar o trabalho vivo aos seus interesses particularistas de acumulação e centralização crescentes. E no âmbito institucional, torna-se imprescindível fortalecer a resistência ao mero produtivismo quantitativo, medido pelo número de reuniões, de visitas domiciliares, de atendimentos, sem ter clareza do sentido e da direção social ético-política do trabalho coletivo (RAICHELIS, 2011).

#### **3.1.4. Limites, possibilidades e desafios profissionais**

Iamamoto (2006), numa perspectiva de análise marxista, afirma que o objeto de trabalho e a matéria-prima do assistente social é a questão social em suas múltiplas expressões. Logo, o assistente social não vive um, mas diversos processos de trabalho e deixa como produto deste a reprodução da força de trabalho, a contribuição na viabilização de direitos, a prestação de serviços públicos, e ao mesmo tempo, também estão submetidos à obtenção de metas de produtividade e à rentabilidade das empresas. Vale lembrar que o assistente social não detém todos

os meios para efetivação de seu trabalho, dependendo também da organização da instituição empregadora.

Ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, forneçam meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. Ora, se assim é, a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o trabalho do qual ele participa (IAMAMOTO, 2006 p. 63).

Logo, o assistente social tem uma autonomia relativa em suas ações, pois enquanto trabalha com as políticas sociais, exerce sua profissão de acordo com normas institucionais que mantém seu vínculo empregatício, pois a “[...] a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o trabalho do qual ele participa” (IAMAMOTO, 2006 p.63). É neste sentido que o profissional vive as contradições, de uma sociedade de classes em que impera a exploração do trabalho.

Nesse sentido, cabe ressaltar que as principais demandas atendidas pelos profissionais da saúde mental que foram entrevistadas em geral são: atendimentos individuais que vem em busca de orientação para benefícios sócio-assistenciais ou passe livre; e atendimentos em grupo que seguem a lógica educacional e motivacional. O perfil dessa demanda apresenta uma mudança de CAPS para outro, pois o CAPS de Sobradinho II é AD e atende mais casos de usuários de álcool e outras drogas.

O assistente social se encontra inserido em um espaço contraditório entre as demandas institucionais e as demandas profissionais tensionado por dois projetos em disputa, ou seja, o vigente, que reproduz os ideais capitalistas e sua manutenção e o projeto profissional que visa um novo modelo de sociedade, que visa a superação das desigualdades sociais advindas do capital.

### **3.1.5. O trabalho do assistente social na saúde mental e a questão do suicídio**

Para esse tópico, vale lembrar que o Serviço Social é uma profissão inserida em um contexto sócio-histórico que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações. As expressões da questão social se

manifestam conforme o espaço sócio-ocupacional em que o assistente social se insere. Nesse sentido, vale ressaltar que este trabalho tem como foco de análise a saúde mental e a problemática desenvolvida nesse item tem como elemento central a compreensão desse espaço sócio-ocupacional, identificado o suicídio como uma demanda profissional e que se evidencia como uma expressão da questão social.

Na saúde mental há um mito presente no senso comum que atrela a intervenção profissional nessa área ao campo restritamente subjetivo do indivíduo. Mas cabe destacar que as demandas da saúde mental não se restringem ao campo da subjetividade individual, mas diz respeito às questões objetivas da vida social. É nesse íterim que se reconhece o assistente social como um dos profissionais da saúde, inclusive da saúde mental, e que tem como objeto de intervenção a questão social e suas múltiplas expressões. O profissional de Serviço Social nessa área é requisitado para contribuir, juntamente com a equipe profissional, na elaboração, planejamento e implementação de políticas sociais e na viabilização de direitos sociais. Nesse sentido, compete ao profissional de Serviço Social identificar as demandas individuais contextualizando-as com dimensões universais e particulares que se colocam na realidade social.

De acordo com as entrevistas realizadas com as assistentes sociais, a população usuária dos CAPS é atendida de forma sistemática e contínua. Sistemática quando o usuário necessita apenas de uma avaliação inicial e o profissional encaminha para outro espaço da rede sócio-assistencial, e contínua, caso o usuário seja reconhecido como demanda para o CAPS, passando a estar vinculado à instituição por um determinado tempo, conforme previsto no Plano Individualizado Terapêutico.

No que se refere aos atendimentos prestados à população é possível identificar questões relacionadas ao suicídio, pois durante o acolhimento é utilizado um roteiro que o usuário responde ao menos duas questões relacionadas ao autoextermínio ou suicídio e também é questionado se o mesmo teve ou tem ideias suicidas e se houve alguma tentativa e como aconteceu.

Não há indicadores, nem levantamentos, nem estudos realizados pelos CAPS onde aconteceram as entrevistas, que possam apontar quantitativamente os casos de suicídio nas regiões de abrangência de cada CAPS, pois devido à sobrecarga e intensificação do trabalho, a polivalência das atividades e o crescimento exponencial da demanda, o assistente social não dispõe de tempo para realizar pesquisas e

levantamentos estatísticos acerca da respectiva temática. Porém, existe na estrutura da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a Diretoria de Saúde Mental – DISAM, que possui dados advindos de notificações compulsórias que apresentam números atualizados sobre os índices de suicídio. Outro local onde pode ser encontrada a notificação é a Polícia Civil, que realiza levantamentos sobre os casos de violência.

Sobre a questão do suicídio as profissionais entrevistadas possuem concepções semelhantes e de maneira geral compreendem o suicídio como um fenômeno social, que possui múltiplos determinantes e se apresenta como resultante de questões sociais, econômicas, religiosas, biológicas, familiares, culturais e que podem possibilitar ao indivíduo uma sensação de sofrimento, rejeição e não pertencimento social.

Segundo as profissionais entrevistadas, a frequência de atendimentos em que a assistente social identifica questões relacionadas ao suicídio é variável. No CAPS ad de Sobradinho II

É raro aparecer alguém. Uma vez por outra aparece alguém com uma ideia assim mais forte. As vezes tem aquelas frases que a gente vai aprofundando para ver se é uma coisa mais forte. Aí falam “ai, as vezes deito na cama, tenho tanto problema que penso em sumir” ai a gente pergunta “tá, mas sumir como?” e eles respondem “ah não sei, sei lá, viajar, depois eu volto...”. Foi uma coisa que é muito rico estar nessa equipe é que antes de eu trabalhar no presídio e tal, muito tempo atrás, eu acreditava em muitos mitos, e um deles é que eu não poderia falar disso porque ia meio que incentivar a pessoa. Ai depois que trabalhei 3 anos na Papuda, fui aprendendo que não, que é preciso falar disso. Até porque se eu quero pensar na ótica da prevenção, eu preciso falar da questão, se não, não vai identificar nunca. É meio que negar algo que já existe. E esses dados são meio invisibilizados.

Já no CAPS de Taguatinga se identificam situações relacionadas à questão do suicídio quase que diariamente, por meio dos atendimentos.

A demanda que vem para cá tem um índice que eu considero alto, só que uma das questões que eu não falei mas está na realidade do Distrito Federal, é o Hospital São Vicente de Paula. Não era para existir mais um hospital dessa forma que existe e a proximidade dele com o CAPS também é complicado para trabalhar. Eles falam que vão acabar, que não vai mais existir e aí por outro lado tem uma vantagem assim, qualquer coisa as pessoas correm para o São Vicente de Paula. Só que quando a pessoa vem para o CAPS e se insere no tratamento, nós temos pessoas aqui, usuários, que já moraram no São Vicente de Paula, então quando a gente sai para fazer um passeio com eles, eles falam “já morei aqui”, eles falam coisas absurdas que aconteciam lá, e eles falam que tudo o que eles não querem é voltar para lá. E aí, mesmo às vezes um pouco resistente, eles vem ao

CAPS e dificilmente uma pessoa que está em acompanhamento aqui, volta pra uma internação daquela, entendeu?! Aí eu vejo a importância do CAPS, até na diminuição seja do suicídio, do transtorno, do controle maior do uso da medicação, da pessoa que está tentando ou voltar a trabalhar ou descobrir outras habilidades ou conviver com o que ela dá conta as vezes, se não vai conseguir fazer outras coisas. Numa reunião de equipe a mãe falou que o filho dela era muito agressivo e ele hoje recebe o benefício do auxílio doença e é um cara até novo e ele passa o dia inteiro fazendo aquelas sextas de jornal para vender na torre, porque a gente tem um grupo na torre. Antes ele não parava em casa e nem dormia e hoje ele fica o dia inteiro aí ela fala que ele acalmou. Não foi só a medicação, foi todo um conjunto de ações que aí a importância da equipe, para ele descobrir algo que deixasse ele tranquilo.

Quando surge uma demanda dessa complexidade no CAPS, as assistentes sociais procedem considerando a ética profissional e os desafios do projeto ético-político do Serviço Social, da seguinte maneira: o usuário e os familiares são orientados a buscar um serviço de emergência em um Hospital Regional Geral, e nesse hospital esse usuário poderá ser encaminhado para um Hospital Psiquiátrico, no caso do DF, o único público é o HSVP (Hospital São Vicente de Paula). Enquanto isso, o CAPS aguarda o retorno do usuário para iniciar os atendimentos contínuos em grupos e oficinas.

E nessas situações, o acompanhamento ao usuário se dá pela construção de um plano terapêutico intensificado, onde o usuário permanece por um tempo mais longo no CAPS, porém, não havendo uma resposta terapêutica, o mesmo é encaminhado ao HSVP para o tratamento baseado em medidas medicamentosas.

As profissionais de Serviço Social consideram importante analisar as demandas relacionadas ao suicídio por meio de uma perspectiva crítica que compreenda seus múltiplos determinantes. Na compreensão das profissionais, por ser o suicídio reconhecido como um fenômeno social, o mesmo deve ser passível de estudos mais frequentes e consistentes, de forma a ser publicizado, socializado e desmistificado socialmente, reconhecendo o suicídio como uma questão pública, que requer ações efetivas do Estado no enfrentamento desse fenômeno social complexo.

As assistentes sociais consideram de extrema relevância a inserção do Serviço Social na saúde mental e apontam diversas justificativas, a do CAPS ad de Sobradinho II:

Nossa, eu acho fundamental, não consigo imaginar uma equipe de CAPS sem o olhar do assistente social. Primeiro, garantir o direito



desses usuários, trabalhar na perspectiva da garantia, vamos dizer assim, de verdade, eu tenho 4 anos em CAPS, e ter um assistente social na equipe é um avanço. Então, é um olhar que a gente tem. E aí, não falo só da política de seguridade social não, falo de maneira mais abrangente mesmo, direito a educação, a própria saúde, que além da política de seguridade, cultura, lazer, esporte, pensando nessa coisa de um CAPS ad mais ainda, que abrange uma população que é muito marginalizada. Então existe por um lado essa questão da invisibilidade, mas num sentido de punir, muito moralizante. Pois nós vivemos em uma sociedade desde que mundo é mundo, desde antes de Cristo e a gente não vai viver em uma sociedade em que as drogas não existam, sejam as lícitas e as ilícitas, elas estão aí. E aí para o Serviço Social trabalhar nessa questão do empoderamento do sujeito, de trabalhar na perspectiva de que ele conquiste a autonomia, de que ele próprio trabalhe para garantir os direitos, para conquistar novos direitos, de verdade, se não tiver uma assistente social na equipe, eu acho que isso não anda, isso não sai, não alavanca. É a gente que traz esse olhar. Às vezes um ou outro profissional se preocupa com isso, mas a gente é que puxa essa discussão, inclusive dentro da própria equipe. As vezes fulano fala “ah, não o usuário quer receber auxílio doença” e eu “tudo bem, mas se ele tem direito”. Então esse olhar de garantia de direito, de trabalhar na perspectiva da não violação de um segmento que o direito já está sendo violado, muitas vezes desde a infância se a gente for pegar a história de vida desses sujeitos.

As profissionais do CAPS Taguatinga apresentam outras justificativas sobre a importância do assistente social atuar no âmbito da saúde mental, sendo as seguintes:

Eu acho extremamente relevante, acho que até respondi porque. Primeiro porque o assistente social tem essa visão ampla do contexto socioeconômico, mas principalmente das redes sociais onde a pessoa vive e faz essa articulação. Mas o mais interessante do CAPS é porque não tem como dizer assim “fulano, esse profissional é mais importante que esse”. Porque até no momento que vão fazer uma visita, eu tenho um olhar, o psicólogo tem outro, o psiquiatra tem outro e é muito bom, a gente já fez visita com 4 profissionais diferentes. E aí quando você faz com 4 diferentes e o paciente está em crise, e não quer por exemplo aderir ao tratamento e já teve casos assim, quando você vai ele vincula com um, principalmente com um dos que está, então as vezes ou tenta conversar ou o outro, mas ele escolhe um, que eu acho que entra a questão da empatia ou da história de vida da pessoa e aí é onde ele tem a confiança. O morador de rua tem uma tendência a ter mais confiança em nós assistente sociais, isso eu percebo. Mas as vezes o outro não gosta de médico, porque médico só dá remédio e ele gosta é do psicólogo, entendeu?! Então, para mim, o assistente social é tão importante quanto qualquer outro, porém ele amplia essa visão, pois o assistente social já é um profissional que é formado com uma visão bem ampla de tudo. Agora uma das questões que o assistente social se depara na vida profissional e que eu percebo é que alguns cursos podem ser mais fechados durante a universidade, mas quando você vai para a prática, o assistente social

tem que estudar muito, porque se eu estou na saúde mental, eu tenho que estudar nessa área e no que interfere nela. Se eu estou na educação eu tenho que estudar nessa área, mas por exemplo, na saúde mental tem que estudar na saúde mental também a assistência social, porque muitos casos vão ter que encaminhar para a previdência, a justiça, etc. Mas só que tem que ter perfil. O perfil do meu ponto de vista é de um profissional comprometido com o projeto ético-político e aí interferem todas essas questões que levantei aqui, mas também de uma pessoa que tem que ser mais despida de preconceitos, que não pode ter medo. Eu não falo só medo na questão do lidar com o usuário, como também não pode ter medo de atuar na defesa. É mais ou menos assim, mas principalmente não pode ter medo não, mas a partir do momento que a gente começa a atuar a gente percebe que não precisa ter medo.

A segunda profissional relata outros elementos importantes:

Sim, o Assistente Social que atua na saúde mental tem tarefas bem distintas dos demais profissionais que atuam em outros setores. O primeiro desafio é a vivência no trabalho de equipe, onde não há uma hierarquia de papéis e todos realizam as atividades sob a mesma lógica ou linguagem. Outro grande momento do social, são as contribuições específicas da área, onde o Assistente Social vem potencializar o entendimento do usuário sob suas expectativas de autonomia, melhoria da condição de social, seja no trabalho ou na escola, bem como o próprio conceito ressocializador que é o objetivo geral do CAPS, onde o Assistente Social aparece como agente de transformação e mediação nas questões mais básicas do bem estar do indivíduo, como frequentar um centro de saúde, ter acesso à alimentos, ter documentação básica, dentre tantas ações que o Assistente Social pode apresentar no processo de tratamento de um usuário do CAPS.

Portanto, diante do exposto nas entrevistas, pode-se inferir que sempre é necessário que o assistente social esteja ciente das dificuldades no que se refere aos limites institucionais e os obstáculos na viabilização dos direitos e garantias sociais. Além disso, se observa as próprias limitações das políticas públicas e a ausência de intersetorialidade no atendimento das demandas. Tais limites se impõem no contexto da sociabilidade e cidadania burguesa. Mesmo com um espaço sócio-ocupacional de intervenção profissional limitado, o campo de análise profissional deve ser amplo, de forma a abranger a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social (BISNETO, 2009).

Para que isso se efetive é importante e necessária a relação das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa de forma a assegurar sustentação com a realidade do trabalho profissional em que se materializa (IAMAMOTO, 2012, p. 44), reconhecendo também a condição profissional de

trabalhador assalariado, com uma relativa autonomia em qualquer espaço onde se concretiza a ação profissional.

## **Considerações Finais**

Na construção desse trabalho vimos os fundamentos sócio-históricos do Serviço Social e como a questão social se constitui como objeto de intervenção do assistente social. Foi elencado o debate da formação profissional e as tendências e perspectivas do mercado de trabalho do profissional de Serviço Social na atualidade.

Nesse processo de construção da profissão, vimos a inserção do Serviço Social na área da saúde e como se deu sua entrada no âmbito da saúde mental, enfatizando o processo de construção e consolidação da saúde pública como política de seguridade social.

Além disso, no contexto de flexibilização e precarização das relações de trabalho, surgem as mais diversas expressões da questão social, emergindo novas demandas para o assistente social, sendo uma delas, o que foi abordado neste trabalho, o suicídio. Neste trabalho foram apresentadas concepções e análises teóricas sobre o suicídio, relacionando tal questão como uma expressão da questão social e assim, uma demanda posta ao Serviço Social.

Por meio das entrevistas realizadas com assistentes sociais inseridas na área da saúde mental do Distrito Federal foi possível estabelecer categorias de análise visando entender o processo de trabalho do profissional de Serviço Social na saúde mental frente à complexidade das demandas emergentes, sobretudo do suicídio, relacionando tais questões com o projeto ético-político profissional e os desafios postos à profissão na contemporaneidade.

## Referências

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 5ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 2007.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **Sistema Único de Saúde: Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALMEIDA, W. C., **Defesas do Ego: leitura didática de seus mecanismos**, 2. ed. Ágora, 1996.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 2001.
- BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. **Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, UnB/CEFSS, 2009.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS, 2006.
- \_\_\_\_\_.MATOS, Maurílio. Projeto Ético – Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, 2006
- CAMUS, A. **O Mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- CFESS, **Parâmetros para atuação do Assistente Social na saúde**, 2009.
- COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**, 2006.

DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo sociológico. Trad. N. C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. **Atribuições Privativas do Assistente Social em questão**. Brasília, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 17. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. O serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social**: Direitos sociais e competências profissionais.. Brasília, UnB/CEFSS, 2009.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social**: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1982.

KOIKE, Maria Marieta. Formação Profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: **Serviço Social**: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

LEAL, O. F. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Jan. 1998

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de estágio em serviço social**: desafios para a formação e o exercício profissional . São Paulo: Cortez, 2009.

LÖWY, M. Um Marx Insólito. In: **Sobre o Suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARTINELLI, M.L. Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto ético-político. **Emancipação**. Paraná: Ponta Grossa, n.6 (1), p. 9–23, maio, 2006.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo, Cortez, 2013.

MATOS, Maurílio Castro. Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro. **Revista Interações** nº 17. p. 45-63, Portugal, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (Coord.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores de mortalidade. 2011 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c09.def> (Acessado em 20/10/2014)

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a 'especificidade' e sua reprodução**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009

MOROSINI, Marcia Valéria, G.C. **Modelos de atenção a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NETTO, José Paulo A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e política social: Módulo 1 - Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. Brasília: CFESS/Abepss/Cead/UnB, 1999.

OMS (2000). **Preventing suicide: a resource for generalphysitians**.Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/56.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf) em 20/02/2007.

OMS (2014). **Preventing Suicide: a global imperative**. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1). Em setembro de 2014

PUENTE. Fernando Rey. **Os filósofos e o suicídio**. 1ª ed. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, 2008.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Serv. Soc. Soc. 2011.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio. Brasília, 2014.

SIMIONATTO, Ivete. Classes Subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Katal.Florianopolis** v.12 n1 p. 41-49 jan/jun.2009.

TEIXEIRA. Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TONET, Ivo. **Interdisciplinaridade, Formação e Emancipação Humana**. Acesso em 07/11/2014. Disponível em: <http://www.ivotonet.xpg.com.br/index.html>.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3ª ed. Cortez, São Paulo, 2006.

YAZBEK. Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.



## APÊNDICE

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O trabalho do assistente social na Saúde Mental: uma análise sobre o suicídio no Distrito Federal”, de responsabilidade de Ana Karoline Andrade de Freitas, aluna de graduação da Universidade de Brasília e orientanda do Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli. O objetivo desta pesquisa é analisar o exercício profissional do assistente social na área da Saúde Mental no Distrito Federal diante das demandas de suicídio, tendo em vista a ética profissional e os desafios do projeto ético-político do Serviço Social. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Espera-se com esta pesquisa enriquecer o debate acadêmico acerca do exercício profissional do assistente social na saúde mental diante de demandas emergente, como o suicídio. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 9165-0159 ou pelo e-mail [anakarolineaf@gmail.com](mailto:anakarolineaf@gmail.com). A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de uma reunião com todos os envolvidos na pesquisa e socialização de um relatório com os dados da pesquisa podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH [cep\\_ih@unb.br](mailto:cep_ih@unb.br). Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Roteiro de entrevista para assistentes sociais da Saúde Mental**

Pesquisa: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL:  
UMA ANÁLISE SOBRE O SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL

Pesquisadora responsável: Ana Karoline Andrade de Freitas

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli

1. Quais são as principais atribuições e competências profissionais neste espaço sócio-ocupacional?
2. Como os atendimentos acontecem? De que forma? (Equipe, individual, multiprofissional, interdisciplinar)?
3. Quais são as principais demandas apresentadas no cotidiano de seu trabalho? Qual o perfil dessas demandas?
4. Quais são os principais obstáculos e desafios no seu exercício profissional considerando os limites institucionais?
5. A população atendida é acompanhada de forma contínua e sistemática? Essa população é do bairro, região ou entorno?
6. É possível identificar nos atendimentos prestados à população questões relacionadas ao suicídio?
7. Há um indicador de suicídio nesta região? Vocês fazem esse levantamento? Possuem dados? Caso sim, são divulgados ou não? Por que? Caso haja um indicador elevado, há algum trabalho desenvolvido pelos profissionais com a população de forma a enfrentar tal situação?
8. Caso tenham indicadores dos atendimentos, é possível associar determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais, familiares ao suicídio?
9. Qual sua percepção sobre o suicídio?
10. Com que frequência atende casos em que identifica questões relativas ao suicídio?
11. Como procede quando surge demanda dessa complexidade considerando a ética profissional e os desafios do projeto ético-político do Serviço Social?
12. Como identifica questões relativas ao suicídio no seu atendimento? Qual mecanismo/procedimento utiliza ou aciona nessas situações?
13. Como se dá o acompanhamento dos usuários em uma situações como essa?

14. Considera importante analisar as demandas relacionadas ao suicídio por meio de uma perspectiva crítica, compreendendo seus determinantes sociais, culturais e econômicos?
15. Você considera relevante a inserção do Serviço Social na saúde mental? Por que?