

---

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO FORTALECIMENTO DE VÍNCULO MÃE-BEBÊ, NO CONTEXTO DE MÃES COM TRANSTORNO MENTAL, UTILIZANDO A SALA DE ESPERA PARA SOCIALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES**

**THE PERFORMANCE OF SOCIAL WORKER IN MOTHER-BABY RELATIONSHIP BUILDING IN THE CONTEXT OF MOTHERS WITH MENTAL DISORDER, USING THE WAITING ROOM FOR INFORMATION SOCIALIZATION**

*Liane Cassol Argenta<sup>17</sup>*

*Evandro Magalhães Davis<sup>18</sup>*

**RESUMO:** Este artigo deriva do Trabalho de Conclusão de Curso que se propôs analisar o papel do(da) assistente social no fortalecimento de vínculo mãe-bebê, no contexto de mães com transtorno mental que são atendidas na psiquiatria de uma instituição de atenção secundária à saúde. Desta forma, avaliou-se o trabalho profissional na socialização de informações utilizando a sala de espera onde as pacientes aguardavam pelo atendimento. A difusão do conhecimento tanto dos direitos quanto dos deveres das pacientes da psiquiatria teve o intuito de tornar estes sujeitos mais emancipados e protagonistas de seus destinos. Para isto é realizada uma breve discussão a respeito das políticas públicas brasileiras, em especial a política de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS); como o Estado vem atendendo os pacientes com transtorno mental; o espaço sócio ocupacional do(a) assistente social e seu papel no trabalho de humanização na saúde dentro do ambiente de Sala de Espera. É também realizada uma breve discussão de como a condição de vulnerabilidade social afeta as condições de saúde, bem como pode afetar a qualidade do vínculo mãe-bebê.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vínculo mãe-bebê. Sala de espera. Transtorno Mental.

**ABSTRACT:** This Work Completion of Course is to analyze the role of social worker in strengthening mother-infant bond in the context of mothers with mental disorders who are cared for in a psychiatric institution of secondary health care. Thus, we

---

<sup>17</sup> Assistente Social, graduada em Serviço Social pela Faculdade de Integração do Ensino Superior do Cone Sul- FISUL.

<sup>18</sup> Assistente Social, graduado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela PUCRS.

evaluated the professional work in the socialization of information using the waiting room where patients wait for care. The dissemination of knowledge of both rights and duties of psychiatric patients was designed to make these subjects more emancipated and protagonists of their destiny. For this is held a brief discussion about the Brazilian Public Policy, especially health policy and the Unified Health System (SUS); as the Government has been serving patients with mental disorders; the social occupational space of the social workers and their role in health humanization of work within the waiting room environment. It also held a brief discussion of how social vulnerability condition affects health conditions and can affect the quality of the mother- infant bond.

**KEYWORDS:** Mother-infant bond. Waiting room. Mental disorders.

## 1 INTRODUÇÃO

No presente artigo serão abordados temas pertinentes à Política de Saúde Pública, considerações sobre a saúde mental e sua influência na qualidade do vínculo familiar, destacando o vínculo mãe-bebê. Ainda neste contexto, será discutido o papel do(a) assistente social na socialização de informações, utilizando a Sala de Espera como ambiente de trocas de experiências e informações, onde a Sala de Espera do Setor de Psiquiatria do Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves (CRMI) serviu como palco para materialização da relação teórico-prática desenvolvida no contexto do estágio.

Entre as atribuições do(a) assistente social está trabalhar para o fortalecimento de vínculos familiares, e a família é o primeiro contato social que a criança tem com a sociedade, e a mãe será o elo deste bebê com o mundo. A aproximação entre os seres humanos só pode ocorrer através de diferentes formas de vínculo. Vínculo este que, quando está frágil ou não é saudável, com certeza trará efeitos deletérios importantes para o bebê, efeitos que o acompanharão pelo resto da existência. Os arranjos familiares têm se transformado ao longo do tempo, mas a mãe biológica está sempre lá, porém nem sempre entendendo ou aceitando a maternidade.

O ser humano é um ser social e vive em grupo, mesmo quando está sem ninguém por perto, a referência são pessoas do seu convívio como familiares, amigos ou colegas de trabalho. Os grupos têm regras e para a convivência em conjunto é necessário acatar e concordar com estas normas, caso contrário a convivência com o outro se tornará difícil ou até impossível. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001). Cada grupo tem uma dinâmica interior, e a família não foge à regra. Quando um novo componente entra no grupo, este se modifica. “O grupo [...] é dinâmico [...], ele é mais

que a simples soma de seus membros, e a mudança no estado de qualquer subparte modifica o estado do grupo como um todo.” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 221).

Para algumas famílias, talvez para muitas, dar carinho, atenção e proteção às crianças é uma missão pesada. Primeiramente, o aspecto material nem sempre pode ser atendido de forma satisfatória, e é mais difícil ainda para aqueles que dependem das políticas públicas, como é o caso dos inscritos em programas sociais, como por exemplo o Programa Bolsa Família. Outro fator não menos importante é a proteção e afeto que a criança precisa receber, pois só é possível dar aquilo que se tem, e muitas mães e pais também não receberam estes cuidados, de forma que há a perpetuação deste ciclo. São necessárias políticas públicas que apoiem as famílias e iniciativas estatais que protejam mais as crianças até que seja possível induzir uma mudança comportamental que não fira ou interfira no funcionamento familiar além do necessário.

A proposta desta pesquisa é fazer uma discussão atrelando os resultados da Intervenção realizada dentro de um centro de saúde de atenção secundária, sob a luz da política da saúde, onde foi abordada a fragilidade do vínculo mãe-bebê, primeiramente esclarecendo os direitos da criança com relação aos cuidados com a saúde, mas também trazendo a importância do carinho, do afeto, de contar histórias e escutar a criança. Sabe-se que a doença mental não é uma situação isolada, ou seja, há uma gama de fatores que redundam nessa fragilidade, onde os fatores psicológicos/emocionais desempenham um papel importante, juntamente com a vulnerabilidade social.

## **2 POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA E SERVIÇO SOCIAL**

### **2.1 Política Pública de Saúde**

No Brasil as políticas públicas foram implementadas tardiamente. Desde a descoberta do país até a vinda da família real praticamente não havia iniciativas neste sentido. Mesmo assim, pouca coisa era realizada neste tema, restringido a algum controle nos portos. Do início da República em 1889 até a década de 1930 houve várias iniciativas para controlar as doenças e epidemias que se alastravam por todo o país, de forma repressiva e policialesca. Somente em 1923 é criada a lei Eloy Chaves, por

influência principalmente dos imigrantes anarquistas que exigiam melhores condições de trabalho. Esta lei acabou dando origem à Previdência Social no Brasil.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, de forma que algumas ações de controle e fiscalização tiveram início, sendo que somente em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que significou mais um desmembramento da educação do que propriamente demonstrasse um interesse real na saúde da população por parte das autoridades da época. Foram feitas várias tentativas com a criação de diferentes instituições durante o período da ditadura militar, porém sem a consolidação de um sistema realmente eficiente que atendesse à saúde da população. (POLIGNANO, [199?]. Continuando a busca por um sistema mais eficiente de política pública na área da saúde.

Em 1983 foi criada a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. [...] O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS) e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde). Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988. (POLIGNANO, [199?], p. 20-21).

As políticas públicas de um modo geral têm passado por um encolhimento e alguns fatores têm contribuído para o controle nos gastos com estas políticas em vários países, em especial nos países em desenvolvimento ou periféricos, como é o caso do Brasil. Um destes elementos é o fim do estado de bem estar nos países centrais e sua repercussão no Brasil, onde os ajustes fiscais incidiram na menor intervenção do Estado nas políticas públicas, sejam políticas econômicas ou políticas sociais. (SOUZA, 2006). “A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.” (p. 26).

As políticas públicas no Brasil vem tentando acompanhar a evolução econômica, social e política da sociedade brasileira seguindo a lógica capitalista

praticada não somente do país, mas trilhando o lastro e ditames do capitalismo internacional. Entre as políticas públicas a política da saúde não ocupou e não ocupa lugar privilegiado; ao contrário, tem sido mantida à margem do sistema “tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.” (POLIGNANO, [199-?], p. 02).

Desta forma, cabe a problematização sobre o que é saúde? Como é definida? Em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxe uma definição, que está bastante atual mas que ainda não foi totalmente posta em prática. Nem os governos, nem a ciência, nem os seres humanos de forma individual ou coletiva, e muito menos o capitalismo - e o seu atual referencial neoliberal - conseguiram alcançar o preconizado naquela época. Alguns princípios são transcritos a seguir:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança, e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. (OMS, 1946 apud UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, [1995 e 2015]).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) nos Artigos 196 a 200 traz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença [...] e ao acesso universal e igualitário [...]”. (BRASIL, 1988). Neste sentido, CF/88 fica assim estabelecida a universalidade do atendimento à população brasileira, resgatando um compromisso do Estado para com os cidadãos. Contudo, ao longo dos anos não é bem isto que se tem observado, uma vez que interesses antagônicos têm disputado este espaço. Se por um lado a sociedade clama pelo desenvolvimento e ampliação das políticas sociais - e neste caso, a saúde - que sejam eficientes e todos tenham acesso igualitário, de outro lado há o interesse do ideário neoliberal em minimizar o Estado o tanto quanto for possível, focalizando os atendimentos à população, privatizando cada vez mais a saúde, de modo a isentar o Estado de suas responsabilidades. (BRAVO; MATOS, 2001).

Apesar das dificuldades enfrentadas pelos usuários da política de saúde, no que tange à qualidade e rapidez nos atendimentos, o orçamento da seguridade social opera com superávit e “não só é suficiente para cobrir as despesas com os direitos já previstos,

como poderia permitir sua ampliação. Se isto não ocorre, é porque o orçamento da seguridade social é âncora de sustentação da política econômica [...]” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 56).

Neste mesmo contexto, devido aos ditames do neoliberalismo, com o Estado cada vez mais enxuto para as políticas sociais em detrimento das políticas econômicas, o que se tem observado é que a previdência social e saúde têm sido cada vez mais atendidas pela iniciativa privada, enquanto a assistência social está sendo assumida pelo terceiro setor, ou seja, sociedade civil. Isto não é por acaso, uma vez que a possibilidade de lucros da previdência social e saúde são interessantes para o mercado. (MONTAÑO, 2003). Fica para o Estado, através de uma política mínima de assistência social atender somente a parcela mais empobrecida, que receberá o mínimo e que não é suficiente para atender suas necessidades básicas, mas devido às precárias condições vivenciadas por estes sujeitos, só resta-lhes aceitar; embora haja lutas e resistência, as políticas públicas vêm se tornando cada vez mais escassas, e alguns usuários acomodam-se com o que recebem, não por preguiça, mas por se cansarem, e como diz Luiz Coronel “Com o remendo da esperança remendei a minha vida. Mas um dia a vida cansa de ser rasgada e cerzida.” (CORONEL, 1981).

Ainda com relação às condições de vida insatisfatórias, é interessante abordar o tópico de como os determinantes sociais de saúde produzem as iniquidades nesta área. Inequidades estas, produzidas ou evitadas pelo Estado de acordo com interesses econômicos e, principalmente vontade política. Buss e Pellegrini Filho (2007) consideram que apesar de os aspectos individuais serem importantes para saber o risco que determinadas pessoas sofrem de ficarem doentes dentro de uma coletividade, não é isto o que mais pesa em grandes grupos ou países, mas sim são outros fatores, sendo um dos principais a má distribuição de renda. Ou seja, uma divisão equânime na renda traz melhores condições de vida, e atrelado a isto uma população mais saudável. Os autores citam ainda o exemplo do Japão, considerado um dos países com melhor distribuição de renda, sendo “o país com a maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitários do mundo.” (p. 81-82). Por outro lado, quando se considera o Brasil, que tem uma das maiores taxas de desigualdade social, não é de se admirar as enormes filas nos postos de saúde e os hospitais sempre lotados, muitas vezes acima da capacidade de internações.

Neste sentido, buscando-se dar enfrentamento aos determinantes sociais que impactam no contexto da saúde, foi criada no dia 13 de março de 2006, por decreto presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta comissão é formada por dezesseis pessoas de diferentes setores e seu intuito é conhecer melhor a população, a fim de atuar com mais eficiência na diminuição das inequidades na área da saúde. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015).

Para Buss e Pellegrini Filho (2007) há diferentes enfoques para a compreensão de como os determinantes sociais produzem iniquidades na área da saúde. Neste sentido:

A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psico biológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82).

Neste contexto, com todos seus avanços e retrocessos (ou desafios), as políticas públicas brasileiras se tornaram uma grande esperança para a população esquecida pelo Estado e por parte da sociedade que não depende das mesmas para ter uma vida com saúde, educação, habitação, lazer e tudo o que é necessário para se atingir o bem estar. Mas a memória continua fraca e aquela população olvidada continua abandonada, ainda há uma parcela significativa de brasileiros que dependem das políticas públicas escassas, para quem por vezes nem mesmo o mínimo é entregue. Muito tem sido conquistado, sem dúvida, mas o que ainda falta fazer é muito mais.

## **2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e a Doença Mental/Emocional**

O Ministério da Saúde através do SUS diz que pacientes com transtorno mental têm direito a receber atendimento especializado e integral de forma a incluir assistência médica, assistência social, atendimento psicológico, tudo isto amparado pela

Lei nº 10.216/19, de 06 de abril de 2001. (BRASIL, 2001). Os transtornos mentais se apresentam de diferentes formas, e no CRMI o que pode ser mais frequentemente observado, ao menos foi diagnosticado, foram inúmeros casos de depressão podendo estar ou não associados com a dependência química. Mesmo a depressão pode aparecer com intensidades variadas, sendo que havia pacientes que necessitavam de medicações fortes, enquanto outras eram encaminhadas para atendimento psicológico, sem necessidade de tratamento medicamentoso. Neste sentido, “os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, pois as pessoas ao depararem com algo diferente e invasivo, demonstram sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão.” (MARCELINO; CARVALHO, 2005, p. 74).

A saúde emocional traz saúde física, ou seja, é também através de pensamentos e comportamentos positivos que a saúde pode ser alcançada. Neste sentido a saúde emocional tem:

um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como a capacidade física; definida como um estado de bem estar, no qual cada pessoa desenvolve seu potencial, lida com as situações de dificuldades e tensão inerentes a nossa vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir com a comunidade em que está inserida. (ELETROBRAS, 2010, p. 08).

Se boas condições físicas são decorrentes da saúde emocional, o contrário também é verdadeiro, ou seja, se as emoções não são saudáveis a dimensão física sofrerá. Marcelino e Carvalho (2005) publicaram um artigo mostrando a relação entre diabetes tipo 1 ou infanto-juvenil com o estado emocional dos pacientes, sendo portanto uma doença psicossomática<sup>20</sup>. Entre as causas encontradas as mais comuns

---

<sup>19</sup> A Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001).

<sup>20</sup> Para Castro, Andrade e Muller (2006, p. 41-42) “o estilo de vida atualmente é considerado como um importante fator para a saúde e prevenção da doença. [...] A medicina psicossomática, através da sua visão holística, tem considerações quanto aos cuidados dos pacientes que envolvem a avaliação do papel dos fatores psicossociais que afetam a vulnerabilidade individual a todos os tipos de doença, quanto à

“foram traumas emocionais, modificações externas violentas, perda dos pais através de morte ou separação, problemas com os pais, com a família e até com relação à escola.” (p. 76). Outra doença é o vitiligo (geralmente manchas vermelhas na pele), que segundo Nogueira, Zancanaro e Azambuja (2009), em “estudos variados, até 7,2% dos afetados relatam que a alteração se inicia com algum estresse emocional [...] e a correlação estabelecida por alguns pacientes é muito sugestiva.” (p. 42). Estes são apenas exemplos para demonstrar a importância para os indivíduos de manter uma boa condição emocional.

Na verdade esta não é uma tarefa muito fácil, principalmente considerando as condições adversas que muitos usuários do sistema público de saúde enfrentam. Outro aspecto a considerar, de acordo com Oliveira (1998), é o que significa doença para as classes mais populares<sup>21</sup>, pois parte-se “do pressuposto que a doença constitui fenômeno social por excelência, que supera em muito os limites biológicos do corpo.” (p. 82).

Somente a partir da metade do século XX é que os doentes mentais começam ganhar visibilidade. Um movimento em prol destes esquecidos pelo Estado, e muitas vezes também pela própria família, tem início na Itália e se expande para outros países, inclusive o Brasil. A partir da década de 70 o Brasil se envolve na questão mais diretamente e, através do Projeto de Lei nº 3.65722 de 1989, dá o primeiro impulso para que aconteça a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste período, que é ainda muito recente, por volta de 1978 a sociedade civil e o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental exigem mudanças nas condições de tratamento oferecidas aos doentes mentais. Assim, o momento trouxe:

---

interação entre os fatores psicossociais e biológicos no curso da doença e quanto ao uso de terapias psicológicas para a prevenção, reabilitação e tratamento das doenças.”

<sup>21</sup> A partir dos relatos dos entrevistados, Oliveira (1998) traz algumas situações que são consideradas doenças. Primeiramente a dor é o sintoma que mais leva a população em pauta ao médico. Sendo a dor de cabeça a mais assustadora. Outro elemento considerado importante é a febre, que pode ou não estar associada à dor. Como consequência, um fator considerado sério ocorre quando o paciente é levado para a cama. Conforme os entrevistados, isto implica em não poder trabalhar, o que “acarreta uma série de problemas financeiros imediatos, como o desconto de dias parados ou a dificuldade de conseguir dinheiro - para aqueles com atividade autônoma. Sobretudo, o 'não trabalhar' fere justamente a posição de provedor da casa. Assim, mais uma vez, vemos a definição de doença entrecortada por uma concepção físico/moral, com o 'não trabalhar' associado a 'fraco'.” (p. 86).

<sup>22</sup> Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.” Ainda, a nova ementa no Senado “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, sendo posteriormente transformado na Lei Ordinária 10.216/2001. (BRASIL, 1989).

- denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços. (VASCONCELOS, 2010, p. 23).

Somente em “2001, é aprovada a Lei Federal nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (CENTRO CULTURAL do MINISTÉRIO da SAÚDE, [20--]).

Em 2010, por convocação presidencial, aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com excelente adesão de “usuários, trabalhadores e gestores [...] sendo realizadas conferências em cerca de 1200 municípios [...], estima-se que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas três etapas.” A participação popular tem sido decisiva na construção e implementação das políticas públicas, confirmando as conferências como um canal para a conquista e consolidação dos direitos dos cidadãos. (BRASIL, 2010, p. 07).

Neste contexto da política de saúde está o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo o primeiro centro inaugurado em 1986, na cidade de São Paulo, decorrente da reivindicação dos trabalhadores de saúde mental, bem como dos próprios pacientes e familiares, que “buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.” (BRASIL, 2004, p. 12).

Através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, é criado o SUS, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde”. Diz esta lei também em seu Art. 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (BRASIL, 1990b). É através desta Lei Orgânica que “são definidas e detalhadas as competências e atribuições no SUS de cada esfera do governo, nacional, estadual e municipal” (BRASIL, 2011, p. 34), embora na prática não seja bem isto que ocorra, uma vez que o Estado vem minimizando sua intervenção na esfera do social, focalizando sua atuação na população extremamente

---

empobrecida, enquanto a iniciativa privada dá atendimento aos que podem pagar, mercadorizando os serviços.

O SUS não atua isoladamente no que tange aos direitos básicos dos cidadãos, mas está “inserido no contexto das políticas públicas da Seguridade Social, que abrangem além da Saúde, a Previdência e Assistência Social” (BRASIL, 2011, p. 24). Nesta análise, a saúde é - ou deveria ser - responsabilidade do poder público, portanto das três esferas do governo, ou seja, união, estados, distrito federal e municípios. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 institui Conferências e Conselhos de Saúde em cada esfera do governo, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS. As conferências realizam-se a cada quatro anos de forma ascendente, começando pelas Conferências Municipais, depois as Conferências Estaduais e convergindo todas para a Conferência Nacional de Saúde. Os Conselhos de Saúde embora façam parte da estrutura da saúde, atuam de forma independente, no sentido de discutir, propor, negociar e direcionar recursos de acordo com interesses de diferentes segmentos da sociedade (BRASIL, 2011).

O SUS é considerado como a política pública que promove a maior inclusão social no país. Muitos avanços têm sido alcançados, mas há ainda um longo caminho a percorrer. Sem dúvida a participação popular tem sido fundamental na evolução das políticas públicas em prol dos cidadãos brasileiros. Um exemplo claro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, momento em que participaram aproximadamente quatro mil pessoas que exigiam mudanças profundas na área da saúde. (BRASIL, 2011). A partir daí e com a promulgação da CF/88 a saúde no Brasil passa a ganhar destaque, senão pela vontade política dos governantes, mas pela força e luta do povo brasileiro.

### **2.3 Serviço Social na Política Pública de Saúde**

A área da saúde tem expandido seu espaço para o Serviço Social em função das demandas que se apresentam e exigem cada vez mais uma equipe multidisciplinar e, dentre os profissionais que aí atuam, os(as) assistentes sociais têm sido solicitados a intervir nos aspectos sociais que pacientes do SUS trazem juntamente com a causa primária que os fazem procurar os serviços de saúde. Martinelli (2011) considera o(a) assistente social um(uma) profissional da saúde, e para esta afirmação apoia-se na

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 21823, de 6 de março de 1997, na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 38324, de 29 de março de 1999 e na “Resolução nº 196, de 1996, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos.” (p. 500).

O trabalho dos(das) assistentes sociais diretamente com os(as) usuários(as) acontece em diferentes espaços de atuação da profissão na área da saúde, desde os serviços de atenção básica até os de média e alta complexidade. Estes serviços estão organizados como “unidades da Estratégia de Saúde da Família, postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados [...]”, e podem ser de ordem municipal, estadual ou federal. (CFESS, 2010, p. 41). A atuação profissional se dá principalmente nas ações sócio assistenciais, sócio educativas e inter-relação interdisciplinar, de forma conjunta, uma vez que uma ação complementa a outra de modo indissociável. Para a concretização destas ações, a investigação é prioritária e transversal ao trabalho do(a) assistente social, bem como “o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde [...] e a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.” (p. 42).

A família, de acordo com Sodré (2014), tem sido alvo de atenção por parte do Estado, e os(as) assistentes sociais encontram neste nicho um dos espaços de atuação profissional, uma vez que o poder público, através do SUS e outras políticas públicas, vem revisitar estes novos arranjos familiares, porém com o mesmo intuito de manter a classe trabalhadora saudável para atuar no mercado de trabalho. Ainda, neste contexto, houve algumas mudanças e

a família nuclear foi substituída pelo modelo “solto”, flexível, sem ordem, sem laços entre consanguíneos, questionando a centralidade do patriarca, com longevidade estendida e, muitas vezes, pautada por valores de consumo e acostumada à intervenção do Estado em seus hábitos mais domésticos. Para a estratégia de saúde da família (ESF), a “organização” das famílias visando a formação da prole, a educação dos mesmos e a conservação das crianças foi

<sup>23</sup> Esta resolução reconhece profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997, p. 01).

<sup>24</sup> Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1999).

---

um embate a ser travado em cada território. As famílias empobrecidas, mapeadas na implantação da ESF, são marcadas pela miséria, focalizadas nas políticas de assistência social, habituadas a sobreviver pelos laços de solidariedade e ser objeto de ação do Estado somente por meio de políticas de moralização. (SODRÉ, 2014, p. 72-73).

Perpassando o contexto familiar, a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990<sup>25</sup>, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), traz uma série de itens que tratam da proteção e bem estar das crianças e adolescentes. Contudo, neste sentido, trabalhar somente com a perspectiva de direitos da criança não é suficiente. É necessário trabalhar com a pessoa que teoricamente tem o vínculo<sup>26</sup> mais forte, que é a mãe. Mas quando a mãe não está com uma condição emocional saudável, seja por doença psicológica (a depressão é bastante frequente) ou porque também não recebeu afeto, quem sofre mais são as pessoas em desenvolvimento, ou seja, as crianças.

A depressão é uma doença e como tal deve ser tratada. Em uma revisão de literatura de 1997 a 2007, Pereira e Lovisi (2008) avaliaram a prevalência desta doença durante a gestação em países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo o Brasil. De acordo com os autores, os resultados da depressão materna têm impactos importantes na saúde do bebê, além da saúde da própria gestante. Em razão da depressão há desinteresse por si e pelo filho, baixa adesão ao tratamento, maior consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Além disto, foi observada associação entre estresse psicossocial materno e baixo crescimento fetal, pois o aumento de cortisol na depressiva pode levar à prematuridade e baixo peso ao nascer. De um modo geral, a prevalência da depressão na gestação foi de 15% a 20%, embora a maioria dos estudos tenha sido realizada em países desenvolvidos. No Brasil, a prevalência encontrada foi de 20% e as “evidências de que a depressão durante a gravidez esteja associada aos indicadores de pobreza, sobretudo ao desemprego e à baixa escolaridade levantam a

---

<sup>25</sup> A Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 traz no Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral [...] assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990a).

<sup>26</sup> Concebe-se o vínculo mãe-filho (ou adulto cuidador-criança), denominado attachment (apego, na tradução para o português), como uma adaptação fundamental da espécie humana, uma necessidade tão primária quanto a satisfação da fome ou da sede. Essa necessidade e os mecanismos pelos quais ela se realiza na ontogênese teriam sido criados no decorrer da evolução humana, em função da importância da proximidade com o adulto para a proteção e o desenvolvimento da criança reconhecidamente, e sem controvérsias entre as diferentes teorias da psicologia, nasce em condições de absoluta dependência de cuidados do outro. (BOWLBY, 2002 apud CARVALHO, POLITANO, FRANCO, 2008, p. 235).

importância de políticas públicas e programas na área social” (PEREIRA; LOVISI, 2007, p. 151).

Uma das estratégias utilizadas pelos diversos atores envolvidos no trabalho de fortalecimento do vínculo mãe-bebê passa pelos serviços materializados pelas políticas públicas, em especial a política de saúde. A política nacional de saúde é um dos espaços sócio ocupacionais do assistente social e, em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social divulgou o texto “Atuação do Assistente Social na Saúde”, onde traz as atribuições e competências do assistente social nesta área, discutindo a intervenção profissional em quatro abordagens: “ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p.14). Inseridos neste contexto, os assistentes sociais trabalham em condições contraditórias entre dois distintos projetos que emergem do seio da política da saúde, sendo eles o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, onde:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p. 26)

O Serviço Social no Brasil surge respondendo ao chamado da classe dominante, para apaziguar as relações entre trabalhadores e capitalistas; ao longo de sua trajetória os(as) assistentes sociais passam a trabalhar na área da saúde, mas não especificamente lidando com “o problema da loucura.” (BISNETO, 2011, p. 21). Com a ditadura militar os hospícios aumentaram, bem como a saúde mental passou a ser mais atendida pela iniciativa privada, que eram pagas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Assim, “se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de saúde mental.” (BISNETO, 2011, p. 21). Conforme Bisneto (2011), o INPS exigiu que fossem contratados(as) assistentes sociais pelas clínicas psiquiátricas, mas não porque os militares estivessem preocupados com os doentes mentais, e sim porque naquele período, no final da década de 1960, havia grande contingente de pobres, abandonados e

miseráveis. Com o intuito de amenizar a situação, “o Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de saúde mental, repetindo sua contradição histórica de uma demanda pelas elites para atender aos necessitados.” (p. 25).

As políticas públicas, por força das necessidades dos usuários que muito frequentemente trazem várias demandas aos serviços, acabam se sobrepondo umas às outras, de modo que os(as) assistentes sociais devem considerar a intersetorialidade<sup>27</sup> uma forma mais eficiente de facilitar o acesso aos direitos por parte dos usuários. Mesmo em um centro de atendimento de atenção secundária à saúde, como no CRMI, em poucos casos a política da saúde não era permeada pela política de educação e, principalmente, da assistência social.

O espaço ocupado pelos assistentes sociais na área da saúde foi impulsionado principalmente em razão das diretrizes colocadas na CF/88. Desta forma, o Serviço Social tem sido chamado a intervir junto aos usuários do SUS e em conjunto com outros profissionais que atuam na área, trabalhando cada vez mais de forma interdisciplinar, o que certamente agrega mais qualidade aos serviços prestados aos usuários das políticas públicas.

### **3 SERVIÇO SOCIAL E PROCESSO DE TRABALHO**

#### **3.1. Categoria trabalho**

O trabalho é central na vida dos seres humanos, é através do trabalho que as pessoas se realizam, como também se desiludem. Considerada uma mercadoria, a força de trabalho é vendida aos donos dos meios de produção e precisa submeter-se às regras do mercado, pois a concorrência entre os trabalhadores por um posto de trabalho faz com que estes aceitem as condições impostas. É uma relação em constante disputa, pois se de um lado os trabalhadores lutam por melhores condições de trabalho e salários mais justos, os capitalistas intensificam o “trabalho via processos de gestão e

---

<sup>27</sup> A noção de intersetorialidade surgiu ligada ao conceito de rede, a qual emergiu como uma nova concepção de gestão contrária à setorialização e à especialização, propondo, por outro lado, integração, articulação dos saberes e dos serviços ou mesmo a formação de redes de parcerias entre os sujeitos coletivos no atendimento às demandas dos cidadãos [...] a descentralização estabeleceu-se como categoria precursora da intersetorialidade, pois, na medida em que ela propõe transferência de poder, especialmente para o nível municipal, a intersetorialidade aparece como uma estratégia de gestão integrada para a abordagem dos problemas sociais, respeitando a autonomia de cada ator envolvido no processo. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p.121-122).

organização [...] também buscam aumentar a mais valia através do crescimento da produtividade via uso da tecnologia.” (WÜNSCH, 2007, p. 250).

Apesar da centralidade do trabalho na vida do ser humano, tem se tornado cada vez mais comum o adoecimento provocado pelas condições desfavoráveis no ambiente laboral. As doenças podem ser tanto físicas quanto emocionais, deixando muitos trabalhadores sequelados em maior ou menor grau. Para Alves (2013), independentemente do tipo de trabalho e com intensidades variadas, há “resistências pessoais à loucura do trabalho alienado.” (p. 128). O fetichismo da sociedade burguesa esconde o sofrimento de trabalhadores que não se reconhecem no produto de seu labor, ou seja, além do trabalho que pode causar adoecimento, há ainda “o capital como relação social estranhada.” (p. 129). O trabalhador adoce e ainda lhe é conferida a responsabilidade pela situação em que o mesmo se encontra, deste modo, “culpabiliza-se a vítima pela sua desgraça humana.” (p. 129).

O trabalho subtrai qualidade de vida dos trabalhadores uma vez que exige uma carga horária intensa e extensa por parte destes, de modo que o tempo livre se torna escasso e/ou sem prazer. Para Antunes (2009) a vida só tem sentido fora do trabalho, se dentro deste também houver sentido, sendo que

não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com tempo (verdadeiramente) livre. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Em alguma medida, a esfera fora do trabalho estará maculada pela desefetivação que se dá no interior da vida laborativa. (ANTUNES, 2009, p. 173, grifo do autor).

A centralidade do trabalho na vida dos seres humanos coloca a atividade laboral em primeiro plano, de modo que quando há impossibilidade de trabalhar por qualquer razão, há um desgaste emocional que pode ser mais ou menos intenso, variando de uma pessoa para outra, bem como depende das razões e do tempo em que o trabalhador deverá ficar inativo. Para a classe trabalhadora

Duas noções principais estão subjacentes ao tema da doença: incapacidade para trabalhar e [...] Deus é quem cura. [...] A representação que se constrói a partir daí tem expressões como “a saúde é tudo”, “é a maior riqueza”, “saúde é igual à fortuna, é o maior tesouro”; em oposição a “tal doença é para demonstrar o poder de Deus”, ou ainda “tal enfermidade foi por castigo divino”, e inclui e relativiza a crença no poder dos médicos que, por sua vez, costumam tratar os pobres com pouca atenção. (MINAYO, 2010, p. 253).

A área de saúde mental, conforme Rosa e Melo (2009), tem trazido demandas ao(à) assistente social, mas não é possível o(a) profissional se “auto construir”. A sua identidade será moldada a partir da direção das instituições onde atua, dos usuários que vem buscar atendimento, da interação com os profissionais da equipe com que trabalha, além do que, o próprio profissional também vai atuar baseado nas suas competências e atribuições, pautado pelo Código de Ética e legislações vigentes. Para as autoras, o Serviço Social tem uma atuação mais direta com as famílias do que os outros profissionais das equipes que trabalham com saúde mental, todavia não tem ainda desenvolvido um conhecimento teórico metodológico para atuar com estes grupos, sendo necessário um aprofundamento neste tema. O Serviço Social como profissão educativa e socializadora tem na “natureza do conteúdo de seu trabalho a dimensão pedagógica, o trabalho sócio educativo, de educação em saúde até mesmo com a equipe de saúde mental” (ROSA; MELO, p. 93); também promove articulação entre políticas públicas e mobilização de recursos. Ainda, “na sua condição de veiculador de informação, acaba por se constituir como um agente multiplicador da mesma, ao difundir informações.” (p. 94).

### **3.2 Trabalho e Espaço Sócio Ocupacional do Assistente Social**

Os espaços sócio ocupacionais onde os(as) assistentes sociais se inserem têm passado por alterações ao longo do tempo, refletindo as transformações da sociedade, que são também reflexos das regras impostas pelo capitalismo, e nos últimos anos pelo ideário capitalista neoliberal. O mercado de trabalho para os(as) assistentes sociais têm se transformado e exigido dos profissionais “novas habilidades, competências e atribuições” uma vez que o “trabalho profissional é tanto resultante da história quanto dos agentes que a ela se dedicam.” (IAMAMOTO, 2009, p. 343).

De acordo com Iamamoto (2009) os espaços ocupacionais tanto reproduzem quanto buscam superar a ordem social vigente, podendo estar tanto situados na iniciativa privada como também junto ao Estado na implementação de políticas sociais. Neste sentido, para Bisneto (2011) a contradição é inerente às instituições de modo geral e o(a) assistente social trabalha neste ambiente, “entre a racionalidade da organização institucional e a irracionalidade das outras condições ditas sociais.” (p. 126-127). E este trabalho profissional se dá não necessariamente dentro do mecanismo de

funcionamento das organizações, mas sempre com o intuito de atender da melhor forma possível os usuários dos serviços oferecidos na área da psiquiatria. Neste espaço, a contribuição do Serviço Social é trabalhar com o usuário conjuntamente com seu “meio social”, de modo a facilitar o acesso aos serviços por parte dos usuários “sempre que houver ruptura por parte do paciente, tanto a sua integração institucional (à psiquiatria renovada) quanto à integração social.” (p. 126-127). Neste sentido, o autor discute meio social em consonância com a política pública de saúde considerando o território onde a família se insere.

### **3.3 Trabalho do(da) Assistente Social e Humanização na Saúde**

Os(as) assistentes sociais desempenham um trabalho sócio educativo nos diferentes espaços de ocupação, mas sua autonomia está diretamente relacionada com as características das instituições onde atua. Deste modo, quando as instituições têm “uma racionalidade emancipadora”, o Serviço Social coopera com a recuperação dos pacientes. Por outro lado, se a instituição é “exploradora, dominadora, mistificadora” (BISNETO, 2011, p. 133), há sérios riscos de o Serviço Social não somente não favorecer a recuperação do paciente como prejudicá-lo ainda mais. Para que isto não ocorra se faz necessário por parte dos profissionais atuar de forma crítica e coerente com o Código de Ética da profissão. (BISNETO, 2011).

Uma estratégia atual utilizada pelo Serviço Social no sentido de qualificação de sua atuação profissional na área da saúde diz respeito ao trabalho desenvolvido à luz da Política de Humanização da Saúde ou HumanizaSUS (2004). A humanização em saúde busca mudanças na forma de gerir e nas práticas empregadas nos locais públicos de atendimento aos usuários do SUS, no sentido de respeitar e acolher de forma imparcial a qualquer usuário da política pública de saúde, uma vez que todos são cidadãos de direitos.

A humanização compreende, além de boa estrutura física das instituições e bom atendimento aos usuários, mais agilidade nos atendimentos, diminuição das filas, e mais que tudo, tratamentos preventivos realmente eficientes, pois assim haverá menos adoecimento e conseqüentemente menos necessidade de hospitalizações. Conjuntamente com a política de humanização, o Ministério da Saúde (MS) ressalta a importância do aleitamento materno como “a mais sábia estratégia natural de vínculo,

afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil” (BRASIL, 2009, p. 09). Dentro da fragilidade de vínculo entre mãe e filho que se observa no CRMI, um aspecto é a amamentação exclusiva no peito. Muitas mães encontram dificuldades, tanto por questões anatômicas da mama - questionamentos sobre o leite “fraco” - como por falta de leite ou ainda por pensarem que o seio pode ficar caído. De acordo com a ciência biológica não existe leite fraco e todas as mulheres estariam aptas a amamentar, de modo que se isto não ocorre, porque tem pouco leite ou este secou, é necessário buscar as respostas em outras áreas do conhecimento. Este é um processo biopsicossocial, e as causas podem ser de ordem emocional. (ALMEIDA, 1999).

Além de questões culturais, outros fatores também impactam no processo de aleitamento materno, fatores estes relacionados a doenças. Mães com depressão em diferentes graus do processo de adoecimento, que tomam uma ou várias medicações, podem ter o ato da amamentação prejudicado. Tudo isto afeta este momento tão importante, tanto para a mãe quanto para o bebê. O Ministério da Saúde considera a amamentação fundamental, como é transcrito a seguir:

Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança; de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (BRASIL, 2009b, p.18).

Deste modo, o ato de amamentar representa sem dúvida um ato de amor, e ainda em 1959 a Declaração dos Direitos das Crianças-UNICEF já dizia que as crianças para terem um desenvolvimento saudável necessitam de amor. Mesmo sendo algo aparentemente tão simples, não é um sentimento que esteja presente em todos e a todo o tempo. Por isto a necessidade de fazer, dentro do possível, com que as mães, principalmente, entendam a importância deste afeto (que pode ser o toque, o carinho ou amamentação) para o desenvolvimento saudável de seus filhos. É sabido que muitas dessas mães também não receberam afeto e, portanto, estão dando continuidade ao ciclo, estão mantendo um padrão de comportamento. Padrão este que, talvez, possa ser

modificado pelo esclarecimento, no momento em que isto tudo passe a fazer sentido para elas, pois não basta saber, é necessário sentir.

Assim, o Serviço Social em sintonia com as orientações do Ministério da Saúde, da Política de Humanização da Saúde, conhecendo fatores socioculturais que obstaculizam o momento da amamentação, como mitos e crenças populares, além de questões perpassadas por diversas doenças como depressão, entre outras, pode intervir neste contexto trabalhando em uma variada gama de possibilidades interventivas, entre elas o acesso a informações que vise desconstruir barreiras que prejudiquem a qualidade do vínculo mãe-bebê.

### **3.4 Serviço Social no Contexto da Sala de Espera**

Os pacientes/usuários do sistema público de saúde brasileiro de modo geral enfrentam longas esperas. Primeiramente para agendarem uma consulta, e depois aguardando atendimento médico ou para realizarem exames. Isto é muito angustiante, mais ainda quando se considera o quadro de saúde debilitada em que muitos deles se encontram, que é o que gera toda esta situação. De acordo com pesquisa realizada em 2004 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a “demora no atendimento dos hospitais públicos é 59% maior do que nos privados conveniados ao SUS.” (2006). O tempo de espera que uma gestante ou puérpera aguarda para ser atendida varia de uma região para outra no Brasil, mas a média nacional é de 15 horas. Em algumas cidades o tempo entre internação e atendimento médico chega a três dias. Não há a pretensão de se extinguir as filas, “mas fazer sua gestão, equilibrar a oferta e a demanda de forma socialmente justa. A fila tem de ser organizada [...] por avaliação de risco. Pessoas cujo grau de risco é maior precisam ter prioridade.” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2006).

Os espaços onde esses pacientes aguardam são frios, no inverno e no verão, são tristes e por vezes mal iluminados. Na verdade são os corredores de espera, que há algum tempo têm passado por transformações, no sentido de considerar o acolhimento uma etapa não somente importante, mas que deve ser contínua dentro dos serviços de saúde, envolvendo todos os setores e profissionais que trabalham no atendimento aos usuários. Este espaço passa a ter uma cara nova, que são as Salas de Espera, onde as pessoas são acolhidas e se sentem acolhidas, onde o lado mais humano e solidário, tanto

dos pacientes quanto dos servidores, é estimulado a aflorar. (BRASIL, 2014). Para humanizar é preciso que a palavra seja compreendida pelo outro, a fim de que a dor ou prazer possam ser humanizados. É necessário escutar palavras que possam ser reconhecidas, a comunicação é portanto primordial. (RIO GRANDE DO SUL, [ca.2012]). Neste sentido, a ideia da Sala de Espera é aproximar mais os usuários do sistema público de saúde com os profissionais da área, ampliando o tratamento, o qual não se reduz somente ao cuidado físico, mas também engloba a humanização, informações sobre autocuidado, prevenção e promoção da saúde (VERÍSSIMO; VALLE, 2006; RODRIGUES et al, 2009).

O Projeto Sala de Espera é preconizado pelo SUS como uma das ferramentas para a Humanização dentro do Sistema Público de Saúde, no atendimento aos usuários e também na qualidade de trabalho dos servidores. Tem-se com a Sala de Espera “uma estratégia fundamental para a promoção da saúde visando atuar sobre o conhecimento das pessoas para que elas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre as suas próprias vidas.” (BRASIL, 2014). A Rede Humanizaus (2014) traz também a importância do acolhimento dos pacientes em um momento difícil onde, embora o contexto seja adverso para estes, ainda mesmo assim é possível estabelecer um diálogo destes com os profissionais, sem preconceitos ou qualquer tipo de discriminação. Diálogo este propício para a troca de experiências ou informações sobre saúde.

A Sala de Espera é um local dinâmico, pois durante todo o tempo pessoas vão chegando e indo embora, a cada dia é um público diferente e por isto os encontros, reuniões, momentos para esclarecer dúvidas, brincadeiras com crianças ou quaisquer que sejam as propostas, não devem ocupar muito tempo e é interessante que tenham uma finalização. Assim:

os grupos de sala de espera comportam pouca estruturação. Normalmente, o encontro acontece na própria sala de espera, aproveitando-se o grupo espontaneamente formado no local. O grupo é aberto e com composição flutuante, podendo haver várias configurações em um mesmo encontro. Isto ocorre porque, enquanto novos pacientes chegam em um ambulatório para aguardar uma consulta médica, outros são chamados para a mesma, deixando o grupo. Além disso, segundo os estudos referidos, usualmente há heterogeneidade em relação à idade, sexo e nível de participação dos integrantes, mesclando-se pessoas com participações anteriores e novatos na atividade. A homogeneidade do grupo normalmente refere-se à condição vital ou enfermidade sob cuidado. O enfoque do grupo é no aqui-e-agora e a sessão deve possuir começo, meio e fim, visto que é única. (VERÍSSIMO; VALLE, 2005, p. 32).

---

O(A) assistente social tem um papel importante a desempenhar dentro da Sala de Espera. Entre estes, a socialização das informações, mas não de uma forma mecânica, ou seja, deverá ser “uma informação transmitida na ótica do direito social, que [...] envolve uma relação democrática e aberta à reflexão e à crítica entre o assistente social e os sujeitos que demandam seus direitos [...]” (IAMAMOTO, 2011, p. 427).

A Sala de Espera criada no CRMI foi realizada com as pacientes do setor de psiquiatria enquanto as mesmas aguardavam a consulta, sendo que diferentes grupos de usuárias são atendidas por duas psiquiatras distintas. A Sala de Espera<sup>28</sup> realizada com as pacientes do setor de psiquiatria do CRMI foi criada para o Projeto de Intervenção e executado na intervenção propriamente dita. Nas primeiras semanas não era possível afirmar que as usuárias participaram da construção da Sala de Espera, pois certamente esse foi um momento inusitado, senão para todas, ao menos para a maioria. Além disto, o setor de psiquiatria tem uma condição emocional diferente, e a recusa ao tratamento por parte da usuária ou a adesão a este por estar pressionada pela família ou pelo Estado não ajudam a fazer deste espaço o melhor dos ambientes.

#### 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O(A) assistente social tem a área da saúde como um dos campos de atuação e mais especificamente, neste trabalho, a Política Pública de Saúde, que integra um dos pilares da Seguridade Social, juntamente com Assistência Social e Previdência Social. Os usuários do Sistema Único de Saúde (ou todos os brasileiros que quiserem se utilizar do SUS) têm direitos garantidos constitucionalmente.

No primeiro semestre de 2014, o setor de pediatria do CRMI estava com 380 crianças em atendimento, sendo que 121 crianças começaram o tratamento e 132 tiveram alta. Os pacientes da pediatria são referenciados por um ou mais dos treze critérios de encaminhamento. Destes, 39% são encaminhados pelo critério 13 (mãe com retardo mental, doença neurológica ou psiquiátrica que necessite acompanhamento - psicoses, transtornos afetivos moderados ou graves, dependência química). São trinta e três (33) critérios ginecológicos e obstétricos, e 16,8% das usuárias entraram pelo critério 27 (doenças neurológicas e/ou psiquiátricas que necessitem acompanhamento - psicoses, transtornos afetivos moderados e graves, dependência química) no primeiro

---

<sup>28</sup> Após o término do Estágio Obrigatório em Serviço Social III, a Sala de Espera não teve continuidade.

semestre de 2014. Esses critérios são estabelecidos pelo próprio CRMI, de acordo com o quadro nosológico que cada paciente traz no momento em que é referenciado à instituição.

Pelo acompanhamento do trabalho realizado pela assistente social durante o Estágio Supervisionado em Serviço Social I e Estágio Supervisionado em Serviço Social II nos acolhimentos, entrevistas, buscas ativas ou visitas domiciliares, pode-se observar um número significativo de mães com dificuldade para amamentar, dar carinho, olhar nos olhos do bebê ou conversar com ele. Todas estas atitudes trazem à tona uma fragilidade do vínculo mãe-bebê; este tema foi objeto do Projeto de Intervenção em ambiente de Sala de Espera.

Os instrumentos utilizados para análise do estudo da pesquisa foram a observação, durante o diálogo realizado na Sala de Espera; o registro de todas as intervenções; e avaliação do feedback das pacientes, de uma reunião para outra. Há várias técnicas que podem ser utilizadas na pesquisa qualitativa e as consideradas mais utilizadas, de acordo com Baptista (1999) “são: história de vida, história oral, observação participante, estudo de caso, análise de conteúdo, entrevista, pesquisa ação e estudos etnográficos.” (BAPTISTA, 1999, p. 36).

A pesquisa social é dinâmica e na área da saúde aproxima-se de uma realidade que “se apresenta sempre como uma totalidade que envolve diferentes áreas do conhecimento.” (MINAYO, 2010, p. 53). Dentro da pesquisa social a “observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas orientam seu comportamento.” (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 88).

As intervenções realizadas em Sala de Espera não tiveram a amostra definida previamente, uma vez que todas as pacientes que quisessem poderiam participar da Sala de Espera. O público envolvido foi as pacientes do setor de psiquiatria do CRMI, e neste momento foram distribuídos folders e preservativos femininos recolhidos na rede sócio assistencial e de saúde do município de Bento Gonçalves, bem como historinhas infantis e a realização de diálogos sobre como é cuidar dos filhos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CRMI está vinculado à Secretaria de Saúde da cidade de Bento Gonçalves, recebendo, portanto, pacientes encaminhados de outros locais como as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Estratégia da Saúde da Família (ESFs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II e CAPS AD). O atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde é especializado e interdisciplinar, uma vez que as demandas de uma maneira geral não aparecem de forma isolada, fazendo-se necessária a atuação de vários profissionais.

Durante o Estágio Supervisionado no CRMI pode-se acompanhar algumas mães com dificuldades para amamentar, sendo um número significativo as mulheres que vivem sem o companheiro/marido; ou mesmo convivendo na mesma residência não se sentem apoiadas pelo mesmo. Situações como estas acabam se revelando no desmame precoce. “Talvez o pedido de 'apoio' ecoe como o 'leite fraco', como uma resposta socialmente aceita para a incapacidade de verbalizar o insucesso na realização de uma prática ‘tão instintiva e que se traduz como sinônimo de amor ao filho’.” (ALMEIDA, 1999, p. 51).

A intervenção foi realizada com dois grupos, que ocorriam em dias alternados no serviço de psiquiatria. A ideia, portanto, foi levar aos grupos um pouco de informação, diminuir a ansiedade enquanto esperavam, proporcionar um momento de escuta e acolhimento. Para isto utilizou-se folders e materiais informativos disponibilizados pela Rede de Assistência e Saúde, além de histórias infantis que foram distribuídas para aquelas mães que se interessaram pelo tema, que foi a maioria. Esta afirmação é feita com base na observação realizada durante os encontros, uma vez que as usuárias escutavam com atenção, faziam perguntas, relatavam suas histórias e levaram para a psiquiatra o que tinham escutado. As usuárias que ficavam desatentas, falando ao celular ou mesmo as que saíam do espaço foram casos pontuais. Para avaliar mais precisamente a qualidade do vínculo, embora a subjetividade seja a característica mais forte da observação, algumas questões foram colocadas para as pacientes, no momento da “reunião”, para serem discutidas em conjunto.

A desigualdade social encontrada pelas ruas de Bento Gonçalves, ruas estas escondidas por entre os morros da cidade, foi chocante num primeiro momento, e com o

passar do tempo aumentou minha indignação. Não somente a exclusão social é gritante, mas também o preconceito a que são submetidas as pessoas com baixo poder aquisitivo, pois este é o termômetro mais utilizado. “Talvez quem sabe por esta cidade passe um anjo, e por encanto abra suas asas sobre os homens, e dê vontade de se dar aos outros sem medida, a qualidade de poder viver vida.” (RABELLO; GIRÓN; PEREZ, 1988).

A miséria<sup>29</sup> ou mesmo a pobreza<sup>30</sup> subtrai das pessoas condições que podem contribuir e/ou proporcionar uma qualidade de vida saudável e prazerosa. Não somente a fome, mas habitação deficiente, falta de emprego ou subemprego, não ter acesso à educação ou ter educação com qualidade ruim prejudicam a promoção da saúde de uma forma mais integral. Quanto mais informação as pessoas tiverem, mais chances terão de buscar o que é direito de todos, maiores serão as probabilidades de protagonizarem seus destinos em prol de melhores condições de vida. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001). “Condições subumanas de vida prejudicam o desenvolvimento do indivíduo. Pensar a saúde significa pensar as condições objetivas e subjetivas de vida.” (p. 157).

Ao longo do semestre foram entregues cinco historinhas, havendo um ótimo retorno por parte das pacientes. Quando voltavam à Sala de Espera relatavam que tinham contado a história em casa e pediam mais histórias. Duas usuárias levaram as histórias para a escola do(s) filho(s) e a professora pediu que quando houvesse outras histórias diferentes, era para levar também.

Pode-se observar que a maioria das pacientes que participaram da Sala de Espera tinham noções dos seus direitos, algumas até os conheciam bem, mas há interesse em saber mais. Infelizmente, os casos mais graves que passaram pelo serviço social não estiveram na Sala de Espera, são justamente as pacientes que não aderem ao tratamento psiquiátrico. A atividade foi realizada duas vezes por semana, por um tempo aproximado de 20 minutos, com as pacientes que aguardavam atendimento, independentemente do número de usuárias que aderisse ao grupo.

A realidade social que cada usuária experimenta é variável, mas como trata-se de um grupo específico (em tratamento psiquiátrico), algumas são dependentes químico e

---

<sup>29</sup> O Dicionário Aurélio define miséria como sinônimo de desgraça e infelicidade. Mas também estado lastimoso e deplorável, pobreza extrema, indigência, penúria. Estado vergonhoso, indigno, infame, torpe. Entre outros. (FERREIRA, 1999, p. 1344).

<sup>30</sup> De modo bastante simples, pode-se dizer que pobreza corresponde à condição de não satisfação de necessidades humanas elementares como comida, abrigo, vestuário, educação, assistência à saúde, entre várias outras. (MONTEIRO, 2003, p. 07-08).

isto vulnerabiliza toda a família, principalmente as crianças. O vínculo familiar, quando fragilizado, demandava trabalhar com equipe multidisciplinar, que no CRMI contava com assistente social, psicóloga e psiquiatra. O processo foi lento, porém houve feedback positivo da psiquiatria e da psicologia, o que significa que as reuniões na Sala de Espera tiveram eco. Foram realizadas dezenove (19) Salas de Espera (intervenções), somando 100 pacientes/usuárias participantes, sendo que poucas vezes as pessoas eram as mesmas. Nas últimas semanas de intervenção, houve mais participação principalmente das usuárias que já conheciam a Sala de Espera, pois a rotatividade foi bastante intensa.

Pode-se considerar que o processo aconteceu conforme o planejado, tanto em termos de adesão à Sala de Espera por parte das pacientes da psiquiatria, quanto com relação à participação das mesmas, mesmo que nem sempre tenha atingido 100%. O que chamava atenção era olhar vago de muitas mulheres, mas que continuavam se esforçando para sentirem-se melhor, procurando participar das conversas, e por mais óbvia que uma informação pudesse parecer, era importante deixar tudo muito claro, ou seja, de preferência não deixar nada subentendido. Se possível, seria muito bom manter a Sala de Espera, o que humanizaria ainda mais o atendimento, além de tornar produtivo um tempo ocioso.

## **6 CONCLUSÃO**

O(A) profissional em Serviço Social trabalha na promoção da garantia de direitos a fim de que os(as) usuários(os) dos serviços públicos sejam inseridos socialmente e exerçam a plena cidadania. Neste sentido, os(as) portadores(as) de transtornos mentais necessitam do apoio incondicional da família, de modo que aceitem o tratamento e possam conviver de forma harmoniosa e mantenham um vínculo saudável com os filhos. Sendo que o(a) assistente social pode desempenhar papel fundamental neste processo. É necessário que o Estado, por sua vez, assuma seu papel viabilizando tratamento de boa qualidade aos(as) usuários(as) do SUS.

As políticas públicas brasileiras têm avançado ao longo das décadas, no sentido de atender mais pessoas e com melhor qualidade. O processo tem andado como ondas que sobem e descem, que avançam e retrocedem, atendendo interesses do capital e sendo pressionado pela população que necessita destas políticas, de acordo com o

processo histórico que tem se manifestado. A intervenção estatal busca dar universalidade para algumas políticas, bem como a não focalização. Mas quem é o Estado? Ou seja, ele está a serviço de quem? As políticas públicas ou a necessidade de políticas que realmente atendam à população tem início na década de 1930, momento em que o Estado intervém na questão social que tomava proporções desconfortáveis para a classe dominante. No período da ditadura militar acontecem muitas privatizações e a saúde ainda é contributiva. Somente no momento da redemocratização é que se começa a falar em política pública de saúde com qualidade e acesso universal, haja vista que foi preciso para isto muita resistência e luta de uma população que se uniu em prol de seus direitos. Culminando com a CF/88 que finalmente coloca a saúde como direito de todos e obrigação do Estado, ao menos em tese. Neste sentido, o grupo Jota Quest (2000) traduz bem esta situação.

Vivemos esperando dias melhores dias de paz dias a mais dias que não deixaremos para trás. Vivemos esperando o dia em que seremos melhores, melhores no amor melhores na dor melhores em tudo. Vivemos esperando o dia em que seremos para sempre vivemos esperando dias melhores pra sempre dias melhores pra sempre pra sempre. (FLAUSINO, 2000).

Embora haja dificuldades, muitas coisas ainda podem ser realizadas, e dentre estas a humanização da saúde preconizada pelo SUS é algo muito positivo. Como pode ser observado no CRMI, há uma preocupação por parte da equipe com relação às gestantes que saem de casa muito cedo para as consultas e esperam por um longo tempo para serem atendidas. Algumas destas mulheres não comem antes de sair porque precisam fazer um exame em jejum ou porque não possuem alimentos. Assim, o fornecimento de chá e biscoitos fazia muita diferença para estas pacientes. Pois a atitude vai além do alimento, há a preocupação, o cuidado e o acolhimento.

Não é novidade que pessoas saudáveis física e emocionalmente tenham atitudes também saudáveis, tanto no auto cuidado quanto na atenção que dão aos seus. O acompanhamento feito durante os Estágios I, II e III no CRMI pode trazer à tona estas dificuldades nos relacionamentos interpessoais, e uma das causas ou talvez consequências, são os transtornos mentais das usuárias que utilizam o serviço público. Transtornos mentais estes que trazem sofrimento que se manifestam de forma diferente para cada pessoa, cada uma sente do seu jeito. O diagnóstico pode ser o mesmo, as medicações utilizadas também se repetem entre estas pacientes, mas as penas que cada

uma carga dentro de si são únicas, individuais. Neste sentido, a Sala de Espera pode ser uma possibilidade a mais de escuta, de troca de experiências e de socialização de informações.

Estimular pessoas depressivas para que elas assumam a própria vida é uma tarefa bastante difícil e muitas vezes parece até impossível. A depressão se apresenta com uma variedade de expressões. Pode-se observar apatia, raiva, desencanto, desespero ou desânimo. As medicações abafam os sintomas e chega um determinado momento que parece não fazerem mais efeito, às vezes as pacientes abandonam o tratamento, de qualquer forma os sintomas se agravam. Nesta condição, as crianças mais uma vez são penalizadas com falta de atenção e afeto por parte da mãe que não está podendo dar os cuidados que o filho precisa. Nos encontros na Sala de Espera procurou-se dar enfoque à importância do cuidado, carinho e atenção para com as crianças. Foi perceptível quais mães tinham esta dificuldade, que era denunciada pela expressão corporal. Aqui mais uma vez o trabalho do(da) assistente social é importante no sentido de estar atento para estes sinais que são fundamentais no momento de fazer a leitura das condições de vida dos usuários, até onde for possível.

A fragilidade emocional também torna frágil o vínculo da mãe com o bebê. A vulnerabilidade social também prejudica a qualidade deste vínculo. Só é possível manter um vínculo forte e saudável se condições de vida também saudáveis forem atendidas, ou seja, é necessário que a moradia seja de boa qualidade, que haja condições de um mínimo de lazer, que a educação não seja um fardo e que o trabalho não tire do trabalhador a sua seiva vital. Vínculo é amor, afeto, é doar-se ao outro. São sentimentos sutis e os mais nobres do ser humano, mas só é possível expressá-los se as condições materiais estão sendo atendidas. Não dá para amar com fome, não tem como doar-se se a alma está sofrendo. Amor é troca, é colocar-se no lugar do outro e acolher.

Um encontro de dois: olho a olho, cara a cara e quando estiveres perto, arrancarei teus olhos e os colocarei no lugar dos meus, e tu arrancarás teus olhos e os colocarás no lugar dos meus, então te olharei com os teus olhos e tu me olharás com os meus. (MORENO, 1914 apud NERY, [20--], p. 36).

As histórias de vida trazidas por algumas das usuárias refletem o seu momento e foi quase unânime o sentimento de que cuidar dos filhos é algo difícil. Neste ambiente de Sala de Espera o(a) assistente social tem a possibilidade de abordar vários temas que se fizerem necessários, e o vínculo entre pais e filhos é um deles. Este é um tema

delicado, pois um bom vínculo para algumas pessoas não o é para outras. Dentro do CRMI chamou atenção o número de denúncias ao Conselho Tutelar por motivos diversos, o que comprova ser este um tema em aberto com muito trabalho a ser feito.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em <<http://static.scielo.org/scielobooks/rdm32/pdf/almeida-9788575412503.pdf>> Acesso em: 02 maio. 2015.

ALVES, Giovanni. Precarização do trabalho e saúde do trabalhador no Brasil. In: ALVES, Giovanni. **Dimensões da precarização do trabalho**: ensaios de sociologia do trabalho. Bauru: Canal 6, 2013. 127-140.

ANTUNES, Ricardo Luis Coltro. Tempo de trabalho e tempo livre: por uma vida cheia de sentido dentro e fora do trabalho. In: ANTUNES, Ricardo Luis Coltro. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009. P. 171-176.

BAPTISTA, Dulce Maria Tourinho. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora. 1999. p. 31-39.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria De Lourdes Trassi. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia 13 ed. São Paulo: Saraiva, 3 tiragem, 2001.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O financiamento da seguridade social no Brasil no período de 1999-2004: Quem paga a conta? In: MOTTA, Ana Elizabete et al. (org.) **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez. 2006, p. 49-72.

BRASIL. Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Artigos 196 a 200). Disponível em:<[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoefederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoefederal.pdf)> Acesso em: 29 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei nº 3.657 de 1989. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2000>> Acesso em: 07 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990a). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)> Acesso em: 07 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990b). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 29.mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (2009b). Disponível em: <Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009> Acesso em: 20 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em: 15 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.** 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde Mental/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)> Acesso em: 25 jul.2015.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. Coleção: **Para entender a gestão do SUS.** Volume 1. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291p. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/colecao2011/livro\\_1.pdf](http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Rede Humanizaus. Projeto Sala de Espera Humanizada, 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/85445-projeto-sala-de-espera-humanizada>> Acesso em: 07 abr. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio de Castro. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. (Org.) **Política social e democracia.** São Paulo/Rio de Janeiro/UERG: Cortez. 2001. p. 200-220.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acesso em: 26 jun.2015.

CARVALHO, Ana Maria Almeida; POLITANO, Isabella; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. Vínculo interpessoal: uma reflexão sobre diversidade e universalidade do conceito na teorização da psicologia. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 2, p. 233-240, abril – junho. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n2/a08v25n2.pdf>> Acesso em: 08 dez. 2015.

CASTRO, Maria da Graça; ANDRADE; Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C. Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan.-abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a05.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2015.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CCS. Brasília, [20--]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>> Acesso em: 10 maio.2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Resolução 383/1999. <[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf)> Acesso em: 19 set. 2015.

\_\_\_\_\_. CFESS. **Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2015.

CORONEL, Luiz de Martino. Canto e Lamento de um Velho Semeador. In: Grupo Caverá. **Sucessos de Ouro**. [s.l.], 1994. Letra Poema de Luiz Coronel do livro Buçal de Prata. 1981. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=rv255EOkncU>> Acesso em: 09 out. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>> Acesso em: 19 set. 2015.

ELETROBRAS. **Saúde Emocional da Mulher**. Cartilha Saúde Emocional da Mulher. 2010. Disponível em: <<http://www.eletronbras.com/ELB/data/documents/storedDocuments/Cartilha%20Sa%FAde%20Emocional%20da%20Mulher.pdf>> Acesso em: 01 jun.2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio século xxi**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLAUSINO, Rogério. Dias Melhores. In: JOTA QUEST. **Oxigênio**. [s.l]: Sony BMG/Chaos. 2000. CD. Faixa 02. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Oxig%C3%AAnio\\_\(%C3%A1lbum\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Oxig%C3%AAnio_(%C3%A1lbum))> Acesso em: 25 out. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, [201-]. **Saúde mental**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>> Acesso em: 24 jun. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF. **Violência contra as crianças.** [ca.2000]. Disponível em: <[http://www.unicef.pt/pagina\\_estudo\\_violencia.php](http://www.unicef.pt/pagina_estudo_violencia.php)> Acesso em: 18 abr.2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 341-375.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Saúde-Tempo real. **Desafios do desenvolvimento.** n. 21, Abr.2006. p. 38-43. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/desafios/images/stories/PDFs/desafios021\\_completa.pdf](http://www.ipea.gov.br/desafios/images/stories/PDFs/desafios021_completa.pdf)> Acesso em: 02 maio. 2015.

MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** n. 18, v. 1, p.72-77, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24819.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/07.pdf>> Acesso em: 22 set. 2015.

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

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MONTEIRO, Carlos Augusto. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos Avançados.** São Paulo, v. 17, n.48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n48/v17n48a02.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2015.

NERY, Maria da Penha. Psicodrama do amor. *Revista Brasileira De Psicodrama.* [20--]. p. 35-48. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v19n1/a03.pdf>> Acesso em: 06 dez. 2015.

NOGUEIRA, Lucas S. C.; ZANCANARO, Pedro C. Q.; AZAMBUJA, Roberto D. Vítigo e emoções. **An Bras Dermatol.** v. 84, n. 1, p. 39-43, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n1/a06v84n1.pdf>> Acesso em 27 jun. 2015.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 81-94. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/yw42p/pdf/duarte-9788575412572.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2015.

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**; v.35, n. 4, p.144-53. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rpc/article/viewFile/17168/19175>> Acesso em: 18.mai.2014.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114 - 127, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12990/9619>> Acesso em: 07 set. 2015.

POLIGNANO, Marcos Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão. [s. l.], [199-?]. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>> Acesso em: 12 ago. 2015.

RABELLO, Cláudio; GIRÓN, Rosa; PEREZ, Mariano. Vida. In: FÁBIO JÚNIOR. Vida. [s.l]: Discos CBS, 1988. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Vida\\_\(%C3%A1lbum\\_de\\_F%C3%A1bio\\_J%C3%BAnior\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Vida_(%C3%A1lbum_de_F%C3%A1bio_J%C3%BAnior))> Acesso em: 20 out. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Política de Humanização e Assistência à Saúde. [ca.2012]. Disponível em: <<http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/>> Acesso em: 31 out. 2015.

RODRIGUES, Andréia Dornelles. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**. v. 5, n.7: p.101-106, Maio.2009. Disponível em: <[http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero\\_007/artigos/artigos\\_vivencias\\_07/Artigo\\_13.pdf](http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf)> Acesso em: 08.abr. 2015.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. VII\_VIII, n. 7\_8, Dez. 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46153>> Acesso em: 20 maio. 2015.

SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/05.pdf>> Acesso em: 03 maio.2015.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> Acesso em: 06 set. 2015.

---

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO),1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. [1995 e 2015]. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 10 ago.2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (org.) **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. 5 ed. São Paulo: Cortez. 2010. p. 19-34.

VERÍSSIMO, Danilo Saretta; VALLE, Elisabeth Ranier Martins. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, v. 6, n. 2, p. 28-36, jul-dez. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v6n2/v6n2a04.pdf>> Acesso em: 08.abr.2015.

WÜNSCH, Paulo Roberto. Um cimo luminoso para a reestruturação produtiva. In: REIS, Carlos Nelson (Org.) **O sopro do minuano: transformações societárias e políticas sociais-um debate acadêmico**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.