

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

Andressa Oliveira da Silva

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AOS PROCESSOS DE
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DE DIREITOS**

Santa Maria, RS
2017

Andressa Oliveira da Silva

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL
FRENTE AOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO
DE DIREITOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, área da saúde mental, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Profa. Valeska Berman Machado

Santa Maria, RS
2017

Andressa Oliveira da Silva

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL
FRENTE AOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO
DE DIREITOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, área da saúde mental, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 07 de dezembro de 2017:

Valeska Berman Machado, Me. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados filhos, Arthur da Silva Lopes e Júlia da Silva Lopes: meus maiores motivadores, é tudo por vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar coragem, saúde e força nos momentos que perpassaram a elaboração deste trabalho.

Agradeço à instituição Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pela oportunidade de cursar Serviço Social numa universidade pública.

Agradeço imensamente à minha orientadora Profa. Valeska Bermam Machado, por todas as orientações de TCC e também de estágio, pelas incansáveis correções, explicações, ensinamentos, conselhos, por acreditar que eu seria capaz. Gratidão eterna a ti, professora, e saiba que este trabalho só foi possível pelo teu incentivo, empenho e dedicação nas construções e desconstruções que me proporcionou ao longo destes dois anos. Muito, muito obrigada.

Agradeço também à Profa. Sheila Kocourek, por ter aceitado fazer parte da banca examinadora deste estudo e também pelas colaborações ao ministrar as disciplinas ao longo do curso de Serviço Social.

Agradeço aos meus pais, Maria Oliveira da Silva e Sergio Renan Leal da Silva, pelo exemplo, por prepararem o caminho para que eu conseguisse chegar até aqui. Mãe, obrigada pelo exemplo de mulher batalhadora, comprometida e guerreira que sempre fostes, pelos cuidados na minha ausência com meus pequenos, sempre com muita dedicação.

Agradeço também a todos meus familiares que me incentivaram, minhas irmãs, tias, tios, primos e, principalmente, minha avó Dinorá Lima de Oliveira, que também fez parte deste momento de construção, tanto pelo cuidado com meus filhos como pelas orações, pelo exemplo de força, determinação e fé.

Agradeço ao meu esposo, companheiro, amigo, Jonas Lopes, pelas horas de conversas, por dividir comigo as angústias e aflições, pelas noites sem dormir para que esse sonho fosse concretizado. O teu valioso e incansável apoio foi definitivo em todos os momentos deste trabalho.

Agradeço à minha supervisora de estágio no campo Amábile Augusta Minatto, por todas as supervisões e conversas, por me mostrar o fazer profissional na prática. Agradeço também aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Prado Veppo, por todas as trocas, por terem aceitado participar do projeto de intervenção.

Enfim, sou grata a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

Não se curem além da conta, gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda.

(Nise Silveira)

RESUMO

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DE DIREITOS

AUTORA: Andressa Oliveira da Silva

ORIENTADORA: Profa. Me. Valeska Berman Machado

Este estudo tem por finalidade apresentar o trabalho do assistente social frente aos processos de desinstitucionalização e efetivação de direitos, considerando a atual política de saúde mental, a partir do processo de estágio curricular desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Prado Veppo. O estudo encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro, serão apresentadas as políticas sociais, a partir de um breve histórico de seu surgimento no Brasil e no mundo. Nesse item, será abordada também a questão social como objeto de estudo do assistente social, bem como as formas de intervenção nas suas mais variadas expressões e o seu agravamento a partir das ofensivas neoliberais. O capítulo dois tem como objetivo apresentar as transformações sócio-históricas que a saúde mental experimentou durante os anos anteriores ao projeto de Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial. Destaca-se, ainda, o papel das práticas do assistente social, trazendo-se uma retrospectiva da profissão no Brasil e dando-se enfoque ao seu direcionamento político e à sua matriz teórico-metodológica, bem como a quais mecanismos utilizam-se para consolidar a política de saúde mental e assegurar direitos aos usuários dessa política. O terceiro e último capítulo trata sobre a vivência do estágio e o projeto de intervenção “Construindo saberes sobre saúde mental”, detalhando seus objetivos, justificativa e atividades que foram propostas ao longo do processo de intervenção. Desse modo, busca-se o fortalecimento da saúde mental por meio de um atendimento integral, que visa à autonomia e ao desenvolvimento da cidadania dos acometidos por transtornos mentais graves e persistentes.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Reforma Psiquiátrica. Saúde mental. Serviço Social.

ABSTRACT

SOCIAL WELFARE AND MENTAL HEALTH: THE SOCIAL ASSISTANT'S WORK PROCESS IN FRONT OF THE DEINSTITUTIONALIZATION PROCESSES AND EFFECTIVENESS OF RIGHTS

AUTHOR: Andressa Oliveira da Silva
ADVISOR: Profa. Me. Valeska Berman Machado

This study aims to present the work of the social worker in the process of deinstitutionalization and effectiveness of rights, considering the current mental health policy, based on the curricular internship process developed at the Psychosocial Care Center (CAPS) II Prado Veppo. The study is divided into three chapters. In the first, social policies will be presented, based on a brief history of their emergence in Brazil and in the world. In this item, the social question will also be approached as object of study of the social worker, as well as the forms of intervention in its most varied expressions and its aggravation from the neoliberal offensives. Chapter two aims to present the socio-historical transformations that mental health experienced during the years prior to the project of Psychiatric Reform and Antimanicomial Struggle. It also highlights the role of social worker practices, bringing a retrospective of the profession in Brazil and focusing on its political orientation and its theoretical-methodological matrix, as well as to which mechanisms are used to consolidate mental health policy and ensure the rights of users of this policy. The third and final chapter deals with the experience of the internship and the intervention project "Building knowledge on mental health", detailing its objectives, justification and activities that were proposed throughout the intervention process. In this way, it is sought the strengthening of mental health through an integral attendance, which aims at the autonomy and the development of the citizenship of those affected by serious and persistent mental disorders.

Keywords: Deinstitutionalization. Mental health. Psychiatric Reform. Social Service.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 POLÍTICAS SOCIAIS	13
1.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL E NO MUNDO....	13
1.2 A QUESTÃO SOCIAL COMO OBJETO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	18
2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	23
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	23
2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: DILEMAS E PERCURSOS.....	33
2.3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	37
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO CONSTRUINDO SABERES SOBRE SAÚDE MENTAL	44
3.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSTRUINDO SABERES SOBRE SAÚDE MENTAL”	44
3.2 DESAFIOS E AVANÇOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	62
ANEXO A – A CARTILHA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS CAPS PRADO VEPP	65
ANEXO B – MODELO DE QUESTIONÁRIO AVALIATIVO	72

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) foi construído a partir das vivências adquiridas durante o período em que aconteceram as intervenções da estagiária no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Prado Veppo, além do arcabouço teórico adquirido no decorrer do curso de Serviço Social, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). As contribuições dos professores e colegas nas discussões em sala de aula, as orientações com as supervisoras acadêmicas e de campo também fizeram com que o estudo fosse concretizado. O TCC abordará o relato de todas as etapas do processo de aprendizagem que perpassaram a formação profissional.

No imaginário popular, a pessoa com transtornos mentais ainda causa a ideia de ameaça e perigo. Nesse contexto, repleto de conceitos estigmatizantes, considerar que os sujeitos acometidos de transtornos mentais é um de nós e que deve ser tratado como tal é uma visão que deve ampliar-se. Refletir, conhecer e estudar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II é uma alternativa em busca de entender essa problemática e compreendê-la de forma pragmática, não no sentido objetivo, mas sim eficiente, visando que os CAPS são instituições destinadas a acolher os usuários com transtornos mentais, pois, além de oferecer atendimento médico e psicológico, busca a construção da cidadania e da autonomia desses usuários, a fim da integração social e familiar.

No capítulo um, será feito um breve histórico das políticas sociais no Brasil e no mundo, trazendo aspectos fundamentais para, posteriormente, entender as formas de inserção dos usuários da saúde mental em tais políticas. Será abordada também a política nacional de saúde mental, suas bases normativas, programas e projetos que estão previstos para atender a população usuária.

Entender a necessidade das políticas sociais é um desafio interessante, pois, ao mesmo tempo em que elas são tão valorizadas e usadas pelos governos como sinal de eficiência administrativa e de compromisso social, são atestadas de uma situação de pobreza e de necessidades básicas por parte de uma parcela da população que, por essa situação, necessita de auxílio. “[...] É preciso relacionar as políticas sociais com as expressões da questão social que possuem papel determinante em sua origem” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 43).

Cada país tem o seu modelo de política social, porque é uma herança cultural da organização da sociedade e da classe trabalhadora. No Brasil, as políticas sociais começaram a ser implantadas a partir da década de 1930, na Era Vargas. Ao cortarem os direitos civis da população, os governos autoritários ofereciam uma série de benefícios sociais para “acalmar os ânimos”. Foram criados então o BNH (Banco Nacional da Habitação), o qual era voltado à implantação e financiamento de imóveis, o PIS (Programa de Integração Social), Pasep (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) e 13º salário, criados no período da ditadura militar. No período de redemocratização do país, houve poucas intervenções na construção de políticas sociais. A partir de 1985, com a Assembleia Constituinte de 1987 e a nova Constituição de 1988, ocorreu uma série de avanços sociais, que Ulisses Guimarães chamou de Constituição Cidadã, responsável por inovações em vários aspectos.

No capítulo dois, serão apresentados o Serviço Social e a saúde, contando com uma discussão acerca da Reforma Psiquiátrica como um elemento impulsionador no processo de construção e transformação da relação da sociedade com a loucura, bem como as estratégias para trilhar novos caminhos.

Os movimentos da Reforma Psiquiátrica datam a partir dos anos 1970, porém somente após a Constituição Federal Brasileira de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o movimento começou a emergir. No ano 2001, foi promulgada a Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que trouxe importantes avanços nos cuidados com os usuários da saúde mental, além de um novo modelo assistencial.

A Reforma Psiquiátrica consiste na transformação de saberes e práticas em relação à loucura, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e na compreensão de outra forma de ver o sofrimento psíquico destruindo visões manicomiais existentes em nossa sociedade e, ainda, reinventando modos de lidar com a realidade dos usuários acometidos de transtornos mentais.

A organização dos trabalhadores da saúde mental, em um movimento coletivo, originou diversas manifestações e lutas acerca da Reforma Psiquiátrica. Uma delas ensejou a conquista da conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual prevê a proteção das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e a criação de um novo modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Com a aprovação da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, criou-se a Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como um usuário sujeito de direitos e promotor de seu tratamento. Dessa forma, buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental que originam a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), bem como dos Hospitais-Dia e dos Residenciais Terapêuticos.

O Serviço Social é uma profissão que tem por objetivo intervir na busca de diminuir as desigualdades sociais, democratizando informações, de forma que possa contribuir com seus usuários, por meio de um atendimento humanizado, buscando sempre a conscientização sobre seus direitos e promovendo, assim, o resgate da sua cidadania (IAMAMOTO, 2000).

Sobre o trabalho do profissional de Serviço Social, observou-se no estágio suas atitudes diante das demandas dos usuários e das dificuldades encontradas para exercer seu trabalho. Todas as ações da profissional sempre foram pautadas no Código de Ética da profissão e voltadas ao bem-estar do usuário. O percurso dessa reflexão remete-nos a uma visão ampla acerca da importância do profissional de Serviço Social no âmbito da saúde mental. O assistente social tem atuado, principalmente, no bojo do movimento da Reforma Psiquiátrica, proporcionando aos usuários melhores condições de vida.

O assistente social deve tecer uma análise crítica da realidade, de modo que englobe usuários, familiares, equipamentos institucionais e também uma análise macro das questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas, as quais permeiam a dimensão micro da instituição, a fim de buscar uma melhor prestação de serviços aos usuários de saúde mental, bem como assistência a seus familiares. Logo, a atuação do assistente social deve contemplar tanto as práticas de saúde mental quanto as do Serviço Social, realizando acolhimento, oficinas, redes de atenção, visando à cidadania, à autonomia do sujeito e à inserção na família, considerando sua totalidade social.

Ainda nesse capítulo, ocorrerá a discussão acerca da desinstitucionalização, os dilemas e percursos enfrentados pelos usuários, como a inclusão social, resgate da cidadania, a importância do processo de ressocialização dos usuários. A

desinstitucionalização consiste no processo de desconstrução de práticas manicomiais e construção de novos saberes, os quais sejam capazes de privilegiar a subjetividade e autonomia do indivíduo, como o livre exercício de sua cidadania.

No capítulo final, apresentar-se-ão o projeto de intervenção “Construindo saberes sobre saúde mental”, os limites e possibilidades do projeto. Aqui a abordagem consistirá nos meios utilizados, para que o projeto fosse concretizado de fato, conforme foi pensado, estruturado, a fim de atender às demandas dos usuários do CAPS Prado Veppo.

O projeto “Construindo saberes sobre saúde mental” criou-se a partir da necessidade de conhecer as leis, os programas e os projetos da Política Nacional de Saúde Mental que estão em vigor no país hoje e quais os mecanismos que os usuários precisam utilizar para que sejam viabilizados tais direitos, de maneira a amenizar as expressões da questão social vivenciadas no seu cotidiano e de seus familiares. Pensar um projeto que abarcasse essa sede de conhecimento de fácil compreensão foi o desafio lançado pelas demandas advindas do coletivo. Pensou-se, então, em atividades que, ludicamente, contribuíssem para a conscientização acerca dos direitos.

A metodologia, segundo Minayo (2002, p. 16), “é entendida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. A metodologia empregada na elaboração deste estudo foi da forma quantitativa, que, segundo Minayo (2002), é a forma de responder as questões particulares pautadas na realidade que não pode ser quantificada. O objetivo aqui será fazer a análise dos dados coletados, também será utilizada a abordagem quantitativa, que visa à quantificação dos dados obtidos.

O estudo dá-se a partir da revisão bibliográfica, ou seja, na busca pela construção e contextualização do referencial teórico por meio dos autores que versam sobre o tema.

1 POLÍTICAS SOCIAIS

Este capítulo objetiva a introdução das políticas sociais, apresentando para o leitor um breve histórico, no âmbito global e nacional. Sendo assim, organiza-se em duas partes: a primeira dedicada à apresentação das políticas sociais, de modo geral e mundial, além da sua trajetória no Brasil, enquanto a segunda parte abordará as expressões da questão social, objeto de estudo e intervenção do Serviço Social e seus impactos nas políticas destinadas aos usuários da saúde mental.

1.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL E NO MUNDO

O termo política social, na literatura, remete a algo muito amplo. Historicamente, “o estudo das políticas sociais deve ser marcado pela necessidade de pensar as políticas sociais como conquistas populares” (PASTORINI, 1997, p. 85), a partir de uma totalidade. As políticas sociais são entendidas e construídas como fruto da dinâmica social, das relações sociais entre os indivíduos de uma sociedade, em diferentes espaços e a partir dos diversos interesses de correlação e de forças.

A política social surge na sociedade capitalista do século XIX, com mobilização dos operários e junto ao surgimento dos movimentos populares. Primeiramente, foi compreendida como estratégia dos grandes empresários para que os trabalhadores não se rebelassem. O advento da Revolução Industrial trouxe consequências, como a vinda das populações para as cidades, o crescimento da taxa da população, tomada de consciência política e social, organizações proletárias, sindicatos e cooperativas na busca de conquistar o acolhimento público e as primeiras ações de política social. Ainda nessa recente sociedade industrial, inicia-se o conflito entre os interesses do capital e o dos trabalhadores.

O estudo das políticas sociais, no Serviço Social, vem sendo recorrente na medida em que estas têm-se constituído como estratégias fundamentais de enfrentamento das expressões da questão social na sociedade capitalista. Não se pode precisar um período específico do surgimento das primeiras identificações chamadas políticas sociais, visto que, como processo social, elas originam-se dos movimentos de ascensão do capitalismo, como a Revolução Industrial, das lutas de

classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. Sua origem relaciona-se aos movimentos de massa construídos na formação dos estados-nação na Europa Ocidental, porém sua generalização situa-se na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista.

Dessa forma, pode-se perceber que não há política social desligada das lutas sociais, ou seja, é preciso que ocorra uma união coletiva para a busca do bem comum. A partir dos movimentos coletivos de pressão ao estado capitalista, houve a garantia de algumas políticas sociais, pois o estado, a fim de manter a ordem, negocia com os trabalhadores.

Faleiros (1991) afirma que:

As políticas sociais ora são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquista dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão. (FALEIROS, 1991, p. 8).

Da metade do século XIX até o início do século XX, é possível perceber o predomínio de um Estado Liberal sustentado pela concepção da força de trabalho como mercadoria e pelo livre mercado. Segundo Berihring e Boschetti (2011, p. 62), “o estado liberal é caracterizado pelo indivíduo que busca seu próprio interesse econômico proporcionando o bem-estar coletivo, predomina a liberdade e competitividade, naturaliza a miséria, mantém um Estado mínimo”, ou seja, para os liberais como Adam Smith, o Estado deveria assumir o papel neutralizador, desenvolvendo somente ações complementares ao mercado como manutenção da ordem. A pobreza e a miséria, por exemplo, deveriam ser minimizadas por ações de caridade privada. É, portanto, o mercado livre e ilimitado que regula as relações econômicas e sociais, produzindo o bem comum.

A partir desses princípios defendidos pelos liberais e pelo Estado capitalista, o enfrentamento da questão social nesse período foi repressivo, o que culminou em algumas mudanças reivindicadas pela classe trabalhadora, que foram poucas, e tímidas melhorias na vida dos trabalhadores, sem atingir as verdadeiras causas da questão social. Também as reformas sociais ocorridas no período posterior à Segunda Guerra Mundial não atingiram esse objetivo. Assim, as primeiras ações de políticas sociais ocorreram na relação de continuidade entre Estado liberal e Estado social, que terão um ponto em comum: o reconhecimento de direitos sociais, sem

prejudicar os fundamentos do capitalismo, visto que não houve ruptura radical entre o Estado liberal (século XIX) e o Estado social capitalista (século XX), mas sim uma nova visão de Estado, pressionado por lutas da classe trabalhadora. O fortalecimento e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e os ganhos sociais e políticos obtidos mais precisamente no século XX pelos trabalhadores.

A busca da classe operária pela emancipação humana, a socialização da riqueza e uma nova ordem societária garantiram algumas conquistas importantes na dimensão dos direitos políticos, tais como: o direito de voto, de organização e formação de sindicatos e partidos, de livre expressão e manifestação e de ampliar os direitos sociais. Dessa forma, segundo Behring e Boschetti (2011):

[...] a generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

Assim, o século XX vive transformações no mundo inteiro, que interferem na vida de bilhões de pessoas. As transformações no mundo do trabalho determinaram novos padrões de organização da indústria, novas relações e contratos de trabalho e comercialização, altos índices de investimentos em tecnologia.

Dessa forma, o fenômeno da globalização pode ser visto através de dois extremos, pois, por um lado, permite o intercâmbio mundial por meio da maior interação cultural entre os povos, mas, por outro lado, traz uma série de contradições, como: o aumento do desemprego, a exclusão social, o aumento da pobreza, guerras políticas e religiosas, reforçando a lógica do capitalismo, que traz a concentração da riqueza nas mãos dos grandes empresários que detêm o mercado, ocasionando, assim, o acirramento da desigualdade social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; IAMAMOTO, 2000; PEREIRA, 2009).

Para amenizar as contradições postas pelas “crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo da lógica do capital” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 71), manter a ordem e ocultar as consequências nefastas do capitalismo, criam-se mecanismos políticos e econômicos, os quais garantem a reprodução do sistema e formam um amplo aparato ideológico que procura

naturalizar e perpetuar esse modelo de sociedade. Após a Segunda Guerra Mundial, consolidou-se o chamado estado de bem-estar social (*welfare state*) e, posteriormente, o neoliberalismo.

Assim, afirma Faleiros (1991):

[...] é pelo Estado Bem-Estar que o Estado garante ao cidadão a oportunidade de acesso gratuito a certos serviços e a prestação de benefícios mínimos para todos. Nos Estados Unidos, esses benefícios dependem de critérios rigorosos de pobreza e os serviços de saúde não são estatizados, havendo serviços de saúde para os velhos e pobres. O “acesso geral” à educação, à saúde e à justiça existente na Europa decorre de direitos estabelecidos numa vasta legislação que se justifica em nome da cidadania. O cidadão é um sujeito de direitos sociais que tem igualdade de tratamento perante as políticas sociais existentes. (FALEIROS, 1991, p. 20).

Ampliaram-se as funções econômicas e sociais do Estado, que passou a assumir despesas sociais. Essas transformações do Estado foram de acordo com a força do movimento trabalhista e ocorreram nos chamados países desenvolvidos¹ da Europa e nos Estados Unidos.

Pereira (2011) alerta que, embora os fenômenos do *welfare state* e da política social estejam ligados historicamente, a política social antecede e transcende o estado de bem-estar social. A política social está além do estado de bem-estar social, como é relatado no trecho a seguir:

[...] a política social é definida não só internamente, nas suas diferentes faces (como disciplina acadêmica, conteúdo, campo de atividade e política de ação), mas externamente, proporciona comparação a conceitos correlatos, para além do Estado de Bem-Estar [...]. (PEREIRA, 2011, p. 36).

As políticas sociais no Brasil estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo país na economia, política e também na parte social. São vistas, conforme cita Faleiros (1991), como:

[...] mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, em outros como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão. (FALEIROS, 1991, p. 8).

¹ Expressão utilizada para descrever países que têm um alto nível de desenvolvimento econômico e social.

No Brasil, está-se longe desse padrão de seguridade social, pois o capitalismo brasileiro implantou um modelo sustentado, predominantemente, pela lógica do seguro que segundo Bering e Boschetti (2011) caracterizava-se pela garantia ao trabalhador e a sua família prioritariamente ingressassem na política de previdência social. Desde o reconhecimento legal dos poucos benefícios previdenciários, predominou o acesso às políticas de previdência e de saúde apenas para os contribuintes da previdência social. Ainda segundo as autoras a assistência social manteve-se, ao longo da história, como uma ação pública desprovida de reconhecimento legal como direito, mas associada, institucional e financeiramente, à previdência social.

Somente com a Constituição Brasileira de 1988, as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas, contando com novos ideais e, assim, passando a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter uma forma inovadora e tensionadora e um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou caracterizando-se como um sistema que contempla direitos distintos, direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência), de ordem contributiva com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência) a quem dela necessitar.

O Serviço Social, como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, deve ser entendido a partir das configurações expressas pelas relações de classe estabelecidas pelo modelo societário, o capitalismo. Dessa forma, o Serviço Social configura-se como uma das profissões responsáveis pela mediação entre Estado, burguesia e classe trabalhadora na implantação e implementação das políticas sociais destinadas a enfrentar a “questão social”, que emergiu na primeira metade do século XIX (PASTORINI, 2007, p. 16) e que ganha, hoje, novos contornos, desde o complexo cenário formado pelo capitalismo e pelo ideário neoliberal.

As mudanças nas políticas sociais brasileiras ocorreram com processos complexos de várias naturezas, como o processo de evolução política, através das pressões dos movimentos sociais, que tem como eixo principal a democratização dos processos decisórios e a equidade das políticas públicas, promovendo a descentralização e participação dos cidadãos na formulação e implementação das políticas, associadas a uma concepção universalista dos direitos sociais que permita garantir a inclusão da população na esfera estatal.

Em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, as políticas sociais cumpriram um papel econômico e político na produção e reprodução do capital e da força de trabalho. O atendimento das necessidades de reprodução da força de trabalho, por meio das políticas sociais, era importante tanto para o crescimento da economia, por assegurar o seu ciclo completo com o consumo dos trabalhadores e o aumento da sua produtividade, quanto para manutenção da paz social e política, evitando o agravamento dos conflitos sociais e afastando a ameaça dos comunistas.

Atualmente, com o domínio do capital, são outras as necessidades a serem atendidas pelas políticas sociais. Com o agravamento do desemprego e da pobreza em todo o mundo, característico do atual estágio de desenvolvimento do capitalismo, faz-se necessário desenvolver estratégias de controle de trabalhadores e desempregados e de manutenção da segurança pública, direcionando as políticas sociais para os extremamente pobres com a direção de seus recursos para gerar, nesses indivíduos, capacidade de consumo de itens básicos para a sua sobrevivência; por isso, o crescimento dos programas de transferências direta de renda como o Bolsa Família (BF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) no Brasil. Tais programas exigem uma estrutura estatal mais enxuta e promovem a responsabilização individual dos sujeitos pelo melhor uso a ser feito desses recursos.

1.2 A QUESTÃO SOCIAL COMO OBJETO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

A questão social é a base de atuação do Serviço Social como área profissional, é produto de uma relação desigual entre as classes sociais, visto que as classes dominantes detêm os meios de produção e o capital, enquanto as outras se submetem à venda de sua força de trabalho como meio de manter sua subsistência. Pode-se afirmar que a questão social é resultante do conflito entre capital x trabalho, levando-se em conta o processo de apropriação privada da produção coletiva, no qual o trabalhador passa a não possuir a matéria-prima necessária para confecção do produto como um todo, sendo alienado no avanço do conhecimento, o qual passa a ser fragmentado em etapas.

Segundo Yamamoto (2001), a análise da questão social não pode ser descolada das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se, necessariamente, situada em uma arena de disputas entre projetos societários de classes distintas, um atendendo ao neoliberalismo e outro mais universalista. O projeto neoliberal é atribuído aos mínimos sociais, gerando cortes em políticas sociais, das perspectivas de universalidade, é o Estado mínimo para o social e máximo para a economia, ou seja, a redução dos gastos sociais em detrimento dos econômicos. Já o projeto mais universalista prima por uma política social para todos, sem corte de direitos, ou melhor, sem a regressão das conquistas adquiridas ao longo dos anos. Yamamoto (2001) ainda coloca que a questão social é vista, na perspectiva sociológica, como uma ameaça à ordem e à coesão social, visando as refrações e as consequências por ela desencadeadas. A partir desse momento, o Estado é cobrado a intervir diretamente nas expressões da questão social, constituindo uma ameaça para a classe dominante. Nesse contexto, o Estado passa a ser responsabilizado, devido ao aumento significativo das mazelas sociais que ultrapassa do privado ao público.

De acordo com Netto (2001), a expressão questão social surgiu para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental, que experimentou os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra, com o pauperismo. Houve um aumento da pobreza, enquanto acumulavam-se as riquezas nas mãos das classes burguesas. Como consequência da questão social evidenciada pelo sistema capitalista, a classe operária passou a sofrer com a precarização do trabalho, com condições insalubres nas grandes fábricas e com baixos salários. Alguns também foram despedidos, formando o cadastro industrial de reserva².

Mota (2008) afirma que as expressões da questão social foram utilizadas para conceituar o reconhecimento político da desigualdade social, em detrimento da classe burguesa, que, através do capitalismo, trouxe a pauperização dos trabalhadores, passando a ser designada, enquanto questão política, através da luta dos operários por melhores condições de trabalho e de uma vida digna. A questão social é vista como objeto de intervenção, como desigualdade social e correlação de forças entre duas classes distintas, resultantes do modo de produção capitalista que,

² Exército industrial de reserva é um conceito desenvolvido por Karl Marx na sua crítica da economia política e refere-se ao desemprego estrutural das economias capitalistas.

ao mesmo tempo, gera riquezas e também pobreza, visto a não divisão dos lucros entre os que detêm a matéria-prima e os que detêm a mão de obra.

Segundo Acoverde (1999), a questão social surgiu no Brasil no final do século XIX, disfarçada em meio ao processo de industrialização, sob um controle de empresários vinculados ao capital estrangeiro. As diversas expressões por ela criadas não se diferenciaram dos outros lugares do mundo. A questão social, no Brasil, exigiu a intervenção das autoridades estatais nas questões trabalhistas e criação de órgãos públicos para o seu enfrentamento, a exemplo do Ministério do Trabalho e da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A fim de enfrentamento da questão social brasileira, foram criadas as políticas sociais como resposta às manifestações apresentadas nas relações de exploração do capital sobre o trabalho, conforme apresentam Behring e Boschetti (2011) no trecho a seguir:

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciada entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

Para Rosa e Campos (2013), os usuários da saúde mental, a questão social apresenta-se nas suas mais variadas expressões, as quais se manifestam a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social, pelo estigma que passou a fazer parte da sua identidade. Historicamente, ela é vista pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz e, portanto, deve ser excluída do convívio social, além do próprio histórico de exclusão social ao qual foi submetida a pessoa com transtorno mental, que se traduz no imaginário social da sociedade, com a expressão comum “lugar de louco é no hospício”, e no estigma e preconceito que passaram a rondar esse segmento social e seus familiares.

O principal usuário dos segmentos dos serviços do CAPS é aquele indivíduo que convive com a vulnerabilidade social, o que envolve uma série de expressões da questão social, como a pobreza, a qual envolve também a exclusão do mercado de trabalho, ou a informalidade, a ausência de moradia digna e até mesmo a falta de alimentação.

Rosa e Campos (2013) afirmam que, no “campo da saúde mental, historicamente, houve um predomínio dos serviços conformarem-se focados nos segmentos de baixa renda, o que tem fortes reflexos e marcos na atualidade”.

As desigualdades sociais na saúde mental materializam-se a partir de diferentes formas de acesso a cuidados, determinadas pela origem de classe da pessoa com transtorno mental. Em parte da literatura europeia e latino-americana, o reconhecimento da predominância do modelo hospitalocêntrico na assistência psiquiátrica pública é acompanhado pelo seu endereçamento específico de classe social como uma resposta do Estado à questão social posta por segmentos da classe trabalhadora, os loucos pobres. (ROSA; CAMPOS, 2013, p. 314).

É possível perceber que as autoras reforçam a ideia de que os serviços públicos de saúde mental são utilizados por pessoas, as quais, além de sofrerem de transtornos mentais, experimentam a pobreza e suas consequências, reforçando a frase “para os pobres, o serviço público, e para os setores mais abastados, os serviços de medicina privada, mais elitizada, geralmente de melhor qualidade, que garantem a integridade e os direitos dos seus usuários”.

Assim, percebe-se que, por mais que o usuário do Centro de Atenção Psicossocial seja a pessoa que sofre de intenso sofrimento psíquico, com transtorno mental grave e persistente, esses indivíduos são vistos pelo Serviço Social em uma concepção mais ampliada, no sentido de apreender as expressões da questão social que esse sujeito traz consigo, mas que, muitas vezes, não podem ser percebidas em sua imediaticidade. Isso reforça o pensamento de Rosa (2008, p. 115), ao afirmar que o assistente social, nesses novos serviços de saúde mental, no caso do CAPS, “atua diretamente sobre as expressões da questão social e elas manifestam-se, principalmente, no preconceito que ronda esse indivíduo com transtorno mental”. Esse sujeito passa a ser considerado também como incapaz para a vida no mercado de trabalho, levando, portanto, a acentuar a questão da pobreza e da vulnerabilidade social para esses usuários.

Trindade (2012) esclarece que:

[...] é preciso ter cuidado com as demandas impostas pelo agravamento das expressões da questão social principalmente na questão da pobreza, pois essa tem como repercussões a prevalência de requisições ao assistente social, que esse limite o seu trabalho a ações paliativas, de cunho individual, assistencialista e emergencial. (TRINDADE, 2012, p. 78).

Assim, percebe-se que, diante dessa sociedade capitalista e do agravamento da exclusão e da pobreza, o assistente social é desafiado a estar em constante evolução, criando estratégias que possibilitem a ampliação e garantia dos direitos

sociais, ainda que em condições restritas. A questão da pobreza, vinculada à baixa renda ou à falta dela, tem relação direta com o desemprego que está historicamente ligado à pessoa com transtorno mental, vista pela sociedade com muitos preconceitos e, por isso, tem dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho. Machado (2013, p. 112) qualifica as expressões da questão social que afloram na saúde mental como material e cultural. Material porque “[...] a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi, e continua a ser composta por pessoas em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho” e cultural, “[...] pois permanece o estigma e preconceito que ronda a pessoa com transtorno mental, considerada perigosa e incapaz”.

Outras expressões da questão social vivenciadas pelos usuários do CAPS II que são possíveis de identificar são: a violência nas mais variadas formas, o preconceito, o estigma, a vulnerabilidade social, a baixa renda ou pobreza, que envolve falta de moradia ou situações de moradia precária, a falta de transporte, a baixa escolaridade ou o analfabetismo, a fome, o abandono social e familiar e, até mesmo, o uso de álcool e outras drogas, que ocasionaram o desenvolvimento de transtornos mentais graves e persistentes. Nesses casos, ocorre o acompanhamento juntamente ao CAPS Ad (álcool e drogas), que é o serviço específico para essa população.

Na saúde mental, as expressões da questão social vão além da questão dos transtornos mentais, pois é preciso um olhar para toda a historicidade da vida desses usuários, que trazem uma história de violações de direitos contínuos, desde a infância e a adolescência. No capítulo a seguir, será visto como foi a construção desses mecanismos de garantia de direitos, como a Lei da Reforma Psiquiátrica, o processo de desinstitucionalização e o trabalho do assistente social impactam a vida desses sujeitos e as expressões da questão social vivenciadas por eles.

2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Este capítulo destina-se a tratar sobre a saúde mental, com foco na atuação do assistente social frente aos processos de desinstitucionalização e garantia de direitos. No primeiro item, será feita a retomada histórica da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial e das legislações que a partir dela surgiram. O segundo item a ser debatido será o processo de desinstitucionalização, trazendo suas implicações e percursos e mostrando até onde já se avançou e quais são os limites enfrentados, as dificuldades de emancipar os usuários da saúde mental e o que é preciso ser alcançado. Para finalizar, será abordada a discussão de como o assistente social contribui nesse processo emancipatório, enquanto trabalhador inserido em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

A loucura é uma construção histórica que antecede o século XIX. Segundo a Psicologia, ela designa uma desordem na mente humana, que se caracteriza por atos ou pensamentos irregulares nos padrões impostos pela sociedade. Nesse período, não havia surgido o conceito de doença mental, nem estudos acerca da razão e da loucura. Os usuários que sofrem de algum transtorno mental são os mais excluídos socialmente, são deixados de lado pela sociedade, excluídos do mercado de trabalho, tornam-se invisíveis.

A política de saúde mental brasileira faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir das leis federais n.º 8080, de 19 de setembro 1990, e n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990, trouxe um novo modelo de assistência aos usuários da saúde mental, reorganizando as ações e os serviços de saúde para um atendimento mais humanizado. A política passa a ser implementada através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e toma novos direcionamentos, pautados nas esferas federais, estaduais e municipais. Como legislação específica, a lei que norteia a política de saúde mental é a n.º 10.2016, de 6 de abril de 2001. De 1990 a 2010, o Ministério da Saúde brasileiro publicou 68 portarias a respeito da saúde mental, e estas traziam em seu interior temas como: a regulamentação dos serviços, criação de programas que abarcassem os usuários e seus familiares e o financiamento da política. A partir dessas normativas, os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) e os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT) passam a ser lançados como programas de governo e proliferam-se por todo o país.

Os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica datam dos anos 70, paralelamente ao movimento da reforma sanitária, que tinha como princípios a luta pelas mudanças nos modelos de gestão, atenção à saúde, com foco na saúde coletiva, na equidade e na universalidade do acesso aos serviços e pautando o protagonismo dos usuários e trabalhadores na saúde.

O ano de 1978 é um marco significativo para os usuários e trabalhadores da saúde mental, pois é fundado o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), criado para rever as formas de trabalho e o trato com os usuários da saúde mental. É o primeiro movimento para a defesa dos direitos dos usuários. Participavam desses movimentos os trabalhadores sanitaristas, as associações de familiares e os usuários que já haviam passado por períodos de internações em hospitais psiquiátricos. É essa organização que começa a denunciar a violência sofrida no interior dos manicômios, a mercantilização da loucura, o modelo hospitalocêntrico e a forma de tratar os usuários da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi muito influenciada pelos modelos internacionais, como a psiquiatria de setor, a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional, a antipsiquiatria e, especialmente, pelo modelo italiano da reforma. Britto (2004) apresenta cada uma dessas experiências nos trechos que seguem:

Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e Psicoterapia Institucional (França). Ambas preocupavam-se em recuperar o hospital psiquiátrico. Pode-se definir a Comunidade Terapêutica como um processo de reformas institucionais caracterizados pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, que têm como objetivo a transformação da dinâmica institucional asilar. Procurava chamar a atenção da sociedade para as péssimas condições dos internados nos hospitais psiquiátricos. A Psicoterapia Institucional considerava que a instituição hospitalar possuía características doentias que deveriam ser tratadas para que a mesma tivesse cunho terapêutico. (BRITTO, 2004, p. 43).

Sobre a psiquiatria de setor e o modelo comunitário, a autora traz:

Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Comunitária (EUA). Estes movimentos deslocaram o ponto central do tratamento para a comunidade. A psiquiatria de setor é anterior à psicoterapia institucional e apresentou-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, iniciado no período pós-guerra, na França. Foi considerado a matriz da política psiquiátrica francesa desde a década de 1960 e consistia na transferência do atendimento para a comunidade. A Psiquiatria Comunitária surgiu nos

Estados Unidos em meio ao contexto da crise do organicismo mecanicista e encontrava-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa. Representou a delimitação de um novo campo para a psiquiatria, no qual havia um novo objeto, a saúde mental. A psiquiatria preventiva acreditava ter encontrado uma estratégia de intervenção nas causas das doenças mentais, fazendo com que procurasse realizar a prevenção das doenças e a promoção da saúde mental. (BRITTO, 2004, p. 44).

E ainda comenta a questão da antipsiquiatria e a psiquiatria democrática:

A Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática Italiana (Itália). Esses movimentos iniciaram a crítica à psiquiatria enquanto saber e enquanto prática. A Antipsiquiatria surgiu na Inglaterra na década de 1960 através de um grupo de psiquiatras dos quais destacam-se Ronald Laing e David Cooper. Possuía como referências culturais a Fenomenologia, o Existencialismo, a obra de Foucault, algumas correntes da sociologia e psiquiatria norteamericanas, Psicanálise e Marxismo. Questionou a naturalização da loucura, pois considerava o saber e a prática psiquiátrica inadequados no tratamento com a loucura, em particular com a esquizofrenia. Dessa forma, pretendia romper com modelo assistencial e destituir o valor do saber médico com relação à explicação, à compreensão e ao tratamento das doenças mentais. Isto promoveu a aparição de um novo projeto de comunidade terapêutica, no qual há o questionamento do saber psiquiátrico. A antipsiquiatria denuncia a cronificação do hospital psiquiátrico e procura um diálogo entre loucura e razão, colocando a loucura entre os homens e, não, dentro deles. Este movimento inicia um processo de ruptura com o saber psiquiátrico moderno. (BRITTO, 2004, p. 44).

O modelo italiano conduzido por Franco Basaglia³ fez um rompimento com os padrões hospitalocêntricos até então praticados. Primando pela extinção dos manicômios, Basaglia passou a disseminar novas formas de entender, tratar e lidar com os acometidos por transtornos mentais.

No Brasil, com o intuito de acolher os usuários egressos do hospital psiquiátrico, foi criado, em 1986, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, instalado na cidade de São Paulo o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, também conhecido como CAPS da Rua Itapeva.

A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores da saúde mental, 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).

³ Franco Basaglia: médico psiquiatra, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática.

Em 1987, acontece, na cidade de Bauru, o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que tinha como lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano e motivada pelo II Congresso, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

A Constituição Brasileira de 1988 trouxe avanços significativos no campo da saúde. Os artigos 196 a 200 tratam exclusivamente sobre a criação do Sistema Único de Saúde.

Art. 196. 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 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 116).

E ainda delibera sobre as competências:

Art. 200 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988, p. 116).

Esses artigos estabelecem as condições para implantação de um novo modelo de saúde pautado, principalmente, nos seus princípios fundamentais, a universalidade, a equidade e a integralidade, trazendo mudanças para as políticas de saúde, entre elas, a de saúde mental.

No ano de 1989, dá entrada, no Congresso Nacional, um projeto de lei que propunha a normatização dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a redução e extinção progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, de autoria do então deputado Paulo Delgado (PT-MG). No mesmo ano, ocorre, na cidade de Santos, São Paulo, uma intervenção que tem repercussão nacional, após as denúncias de maus tratos e morte no interior do hospital psiquiátrico Anchieta. Ocorre ação das autoridades, da secretaria de saúde do município e dos trabalhadores da saúde mental em prol dos usuários da instituição. Em 1992, o

projeto de lei ganha apoio dos movimentos sociais e, a partir disso, surgem, em diversos estados brasileiros, legislações que determinam a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental. É nesse período que o Ministério da Saúde começa a ver novas possibilidades para a política de saúde mental.

Na década de 90, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, e como deliberações, está a normatização das leis federais que regulamentam a implantação dos CAPS/NAPS, serviços de atenção diária inspirados nos primeiros modelos de 1986 (CAPS) e 1989 (NAPS). No mesmo período, é assinada a declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas. Nesse encontro, os países verificaram que havia muitos problemas a serem resolvidos para a efetivação de um novo modelo de saúde mental, como mostra o trecho a seguir:

[...] a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; 2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. (BRASIL, 1990, p. 1).

Ao constatarem tais insuficiências no atendimento aos usuários e suas formas de inserção no território, decidiram elencar uma série de cuidados para a reestruturação da assistência psiquiátrica.

[...] a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria devem fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde

comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. (BRASIL, 1990, p. 1).

A partir daí, acontece, oficialmente, a regulamentação dos CAPS/NAPS através da Portaria n.º 224 de 1992, que trouxe normas para o funcionamento de todas as instituições de saúde mental de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). “Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais regionais que oferecem atenção intermediária entre o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar” (BRASIL, 1992, p. 2).

Porém, é somente em 2001, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, que é impulsionado um novo modelo de saúde mental pautado na inserção do indivíduo na comunidade, extinguindo, gradativamente, os leitos em instituições psiquiátricas. Ainda no mesmo ano, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, direcionando e consolidando as diretrizes da reforma e ganhando sustentação, direção e visibilidade. O Ministério da Saúde criou legislações para o financiamento dos serviços abertos que substituíssem o modelo hospitalocêntrico, houve também avanços no modelo de gestão e fiscalização da política. Faz-se necessário destacar que, durante os nove anos de tramitação, alguns estados do Brasil aprovaram legislações que iam de encontro ao projeto de lei do deputado Paulo Delgado.

No Rio Grande do Sul, é sancionada a Lei n.º 9.716, de 7 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. No mesmo dia, no Espírito Santo, entra em vigor a Lei n.º 5.267, de 7 de agosto de 1992, que dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências.

Em 1993, é aprovada, no Ceará, a Lei n.º 12.151, de 29 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição

por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências.

O Estado de Pernambuco aprova, em 1994, a Lei n.º 11.064, de 16 de maio de 1994, que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

Já em 1995, mais três estados brasileiros têm leis que pautam a saúde mental. São eles: Minas Gerais, com a Lei n.º 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente as involuntárias, e dá outras providências; Paraná, com a Lei n.º 11.189, de 9 de novembro de 1995, que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais; e Distrito Federal, com a Lei n.º 975, de 2 de dezembro de 1995, que fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

A Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, como já citado anteriormente, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redimensiona o modelo assistencial em saúde mental. A lei está dividida em dois eixos: o primeiro trata sobre a proteção e os direitos dos usuários da saúde mental, e o segundo aborda questões sobre o redirecionamento do modelo de assistência.

A referida lei é composta por 13 artigos que estão dispostos da seguinte maneira:

O Art. 1º e o 2º apresentam os direitos das pessoas com transtorno mental. O artigo primeiro destina-se a tratar da proteção das pessoas com transtornos mentais, enquanto o segundo assim dispõe sobre seus direitos:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para

esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

A leitura desses nove itens dispostos traz para debate o tratamento e os atendimentos nos serviços de saúde mental, mostrando ao usuário seus direitos no que tange à realização do tratamento, bem como os riscos a que a pessoa está sujeita a sofrer, demonstrando que mesmo o tratamento pode ser invasivo e arriscado para sua integridade física.

O Art. 3º estabelece a responsabilidade do Estado:

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).

Esse artigo expõe a responsabilidade do Estado sobre a política de saúde mental, bem como a promoção de suas ações, tanto no âmbito familiar como no institucional. Porém, ao olhar-se para a realidade, depara-se com inúmeros percalços. Não há documento específico que trate exclusivamente da política de saúde mental, o que existe é a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, ou seja, não se criaram mecanismos que mostrassem a real política de saúde mental.

Do Art. 4º ao 10º são definidos e regulamentados os tipos de internação, entre eles, pode-se destacar:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001).

Embora esse artigo, em seu inciso terceiro, proíba a internação dos pacientes em instituições asilares, há uma brecha que indica a existência de hospitais psiquiátricos como modo de tratamento.

O artigo 5º trata sobre os usuários que estão em regime de dependência institucional, direcionando-os para uma política específica. O artigo 6º define que a internação somente será aceita após feito um laudo médico que ateste a necessidade de internação, caracterizando essa ação como um ato médico. No artigo, ainda em seu parágrafo único, são expostos os tipos de internação psiquiátrica, que são: a internação voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária, aquela que acontece sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros; e a internação compulsória, que é determinada pela justiça.

Na sequência, os artigos da lei abordaram a regulamentação das formas de internação, e, no artigo 7º, será regulamentada a internação voluntária, demonstrando que, para que ocorra essa internação, a pessoa com transtornos mentais deve mostrar seu consentimento através da assinatura de uma declaração, concordando com tratamento em uma instituição fechada. O parágrafo único determina que a internação terminará quando o paciente solicitar por via escrita ou quando o médico determinar sua alta. Essa medida traz uma importante inovação para os usuários, pois estabelece que a própria pessoa possa pedir sua alta. Porém, é necessária a verificação desse direito, saber se a internação e seu término estão sendo realizados na prática diária dos hospitais e se os usuários têm conhecimento do direito.

O artigo 8º determina que as internações voluntárias e involuntárias somente serão autorizadas por médicos que estejam registrados no CRM⁴ do estado do estabelecimento. O parágrafo 1º estipula que a internação involuntária e a alta devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual no prazo de 72h.

Na sequência, o artigo 9º abordará sobre a internação compulsória, como ela irá acontecer de acordo com a legislação vigente, levando em conta questões de segurança dos usuários e dos funcionários. O artigo 10º expõe acerca de questões como acidentes, transferências e falecimentos.

O artigo 11º trata das pesquisas envolvendo pacientes e assim descreve:

⁴ Conselho Regional de Medicina.

Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2001).

O art. 12 cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei. O Art. 13 vigora a lei a partir da data de sua publicação.

A lei n.º 10.216, de 2001, foi aprovada após muitas lutas e jogos de interesses. No texto original, a lei propunha-se a tratar sobre a extinção do modelo hospitalocêntrico, mas, no artigo 4º, percebe-se que há uma nova concepção na forma de internação, que deve primar por atendimentos com equipes multidisciplinares, porém não houve a extinção do modelo asilar. Em nenhum momento a referida lei aborda sobre os serviços substitutivos ao hospital, apenas menciona, brevemente, que as pessoas sejam tratadas em serviços comunitários de saúde mental.

Apesar das críticas ao texto contido nessa lei, sabe-se que ela é um importante marco para a política de saúde mental e para a Reforma Psiquiátrica do país. Nela, são reconhecidos os direitos dos usuários, além da regulamentação das diferentes formas de internação.

No ano de 2001, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, direcionando e consolidando as diretrizes da reforma e ganhando sustentação, direção e visibilidade. O Ministério da Saúde criou legislações para o financiamento dos serviços abertos que substituíssem o modelo hospitalocêntrico, houve também avanços no modelo de gestão e fiscalização da política.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi um marco importante para a política de saúde mental brasileira, como aponta Dinis (2013), porque reafirmou os princípios da Reforma Psiquiátrica, além de traçar novas estratégias para a reorganização do modelo assistencial em saúde mental do país, expandindo a rede social e comunitária e trazendo a participação efetiva dos usuários e de seus familiares nesse processo.

Talvez o documento que melhor represente o hibridismo da política brasileira seja o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. [...] O relatório procurou contemplar a estrutura de funcionamento da Conferência, com seus quatro temas: Financiamento, Recursos humanos, Controle social e Acessibilidade, direitos e cidadania, discutidos

em 35 grupos de trabalho, os quais apresentaram relatórios das discussões à plenária final, que por sua vez aprovou “diretriz geral” e 591 parágrafos de “propostas para a política de saúde”. Refletindo a composição dos participantes da III Conferência, encontramos um grande número de propostas aprovadas que alinham com as ideias do “movimento antimanicomial”. (DINIS, 2013, p. 26).

Ao contemplar a essência do movimento da Reforma Psiquiátrica, esse encontro promoveu a reflexão sobre a saúde mental, mostrando o que ainda precisa ser melhorado e reafirmando as conquistas do movimento.

No ano de 2004, realiza-se, na cidade de São Paulo, o primeiro Congresso Brasileiro de atenção psicossocial, evento que reuniu dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: DILEMAS E PERCURSOS

Os hospícios surgem com o objetivo de recolher, abrigar, retirar do convívio social e familiar os “loucos”. O termo manicômio surge no século XIX para designar os hospitais psiquiátricos com ênfase no atendimento médico. Michel Foucault, no seu livro *A história da loucura* (1987), relata que a loucura tem origem na cultura árabe e o primeiro hospício conhecido data do século VII. A partir do século XVIII, os hospícios proliferaram-se e abrigam, juntamente com os doentes mentais, os excluídos e marginalizados.

Os hospitais e as casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social. (AMARANTE, 1998, p. 24).

No Brasil, os hospitais psiquiátricos surgiram no final do século XIX, influenciados pela psiquiatria francesa. O primeiro manicômio foi o asilo Pedro II, instalado na cidade do Rio de Janeiro, com fundação em 1853. Anterior a esse período, os chamados “alienados mentais” ficavam desassistidos. Os que eram calmos vagavam pelas ruas, já os agressivos eram presos a correntes nas prisões.

A desinstitucionalização dos usuários da saúde mental é um processo lento e complexo, que teve grande avanço a partir das legislações que preveem a redução progressiva de leitos em hospitais, apesar de as legislações sobre a saúde mental terem tomado força a partir da Lei n.º 10.216, de 6 de abril 2001, com a criação dos

CAPS/NAPS, como exposto no item anterior. Foi somente em 2003, com a promulgação da Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio reabilitação e direciona para a redução de leitos psiquiátricos, que o processo de desinstitucionalização começou a ter maior respaldo, como está descrito no art.1º:

Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei. Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2003, p. 1).

Com vistas a promover e facilitar o processo de inclusão das pessoas com transtornos mentais e regulamentar o auxílio reabilitação, é criado pelo Ministério da Saúde o programa "De volta para casa". Através da assistência, acompanhamento extra-hospitalar e integração social, busca reinserir o usuário no seu meio social, familiar e comunitário. Esse programa vem atender ao artigo 5º da Lei n.º 10.216, que assim dispõe:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2001, p. 1).

O programa faz parte do projeto de Reforma Psiquiátrica, priorizando os usuários que estão em regime de dependência das instituições psiquiátricas, com o objetivo de expandir, qualificar e fortalecer os dispositivos de atenção fora dos hospitais psiquiátricos, contribuindo, assim, efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas.

Porém, sabe-se que há ainda muito a avançar. Como estratégia aos hospitais psiquiátricos, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que, nas suas diversas modalidades, atendem os usuários advindos, principalmente, de internações psiquiátricas.

Ao falar-se em desinstitucionalizar, não se pode deixar de pensar nos diversos atores que estão envolvidos nesse processo e que são fundamentais para que se consiga alcançar o objetivo de promover a autonomia do usuário, fazendo

com que este tenha as garantias de acesso a tudo que lhe for de desejo na sociedade. A família, os CAPS, a comunidade e as unidades básicas de saúde (UBS) são alguns dos dispositivos que formam a grande rede de apoio e suporte a esses sujeitos e precisam estar cientes do seu papel nesse processo de desinstitucionalização.

A família tem por função dar os cuidados e o apoio necessário aos usuários da saúde mental. É de extrema importância que ela conheça todos os mecanismos de acesso a direitos, as formas de inserir-se conjuntamente com o usuário na política de saúde mental. É preciso que a família também seja acolhida, ouvida, pois a partir desses sujeitos que compõem a rede familiar, podem-se trazer importantes contribuições para se pensar estratégias para seus familiares acometidos de transtornos mentais. Porém, é preciso dar suporte também a esses familiares que, muitas vezes, sentem-se sozinhos, cansados, sofrem com os desgastes emocionais, físicos e econômicos, além das sobrecargas do cotidiano. Eles experimentam conjuntamente com o usuário todo o seu sofrimento. Para Rosa (2009), com o advento da Reforma Psiquiátrica, a família dos usuários da saúde mental ganhou novas possibilidades e atribuições, como destaca no trecho a seguir:

A família ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: 1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político. (ROSA, 2009, p. 162).

Os familiares também têm papel importante junto aos serviços de saúde, como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessas instituições, ela é vista como parceira para construir e articular propostas de tratamento para seus familiares.

Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto interna como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. (BRASIL, 2004, p. 29).

A partir desse âmbito, pode-se dizer que a família é a protagonista, a principal parceira dos serviços substitutivos à internação psiquiátrica, sendo ela a impulsionadora da luta pela desconstrução do modelo hospitalocêntrico e

manicomial, pautando a inclusão dos seus familiares na vida social e comunitária, rompendo assim com o estigma de incapacidade que os usuários de saúde mental sofrem cotidianamente.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram os primeiros mecanismos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que, a partir de 2001, foram regidos pela Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, e configuraram um novo modelo de tratamento para com os usuários de saúde mental. Os serviços de atenção psicossocial estão pautados no acompanhamento multiprofissional, nas terapias de grupo, prezando o atendimento humanizado e construindo, conjuntamente ao usuário, a melhor forma de intervenção, deixando para trás toda a história de sofrimento, mortes e violência sofridos dentro dos manicômios. Arbex (2013), no livro *Holocausto brasileiro*, relata como eram tratados os “doentes mentais” no interior do hospital Colônia da cidade de Barbacena/MG.

Lá suas roupas eram arrancadas, seus cabelos raspados e, seus nomes, apagados. Nus no corpo e na identidade, a humanidade sequestrada, homens, mulheres e até mesmo crianças viravam ignorados de Tal; [...] comiam ratos e fezes, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violentados até a morte. (ARBEX, 2013, p. 14).

A autora denuncia ainda o comércio de cadáveres existentes no hospital:

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias os eletrochoques eram tantos e tão fortes que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, 16 pessoas morriam a cada dia e ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, mais de 1.800 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para 17 faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos passaram a ser decompostos em ácido, no pátio da Colônia, na frente dos pacientes ainda vivos, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. (ARBEX, 2013, p. 16).

Em contrapartida a essas barbáries, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem uma ferramenta importantíssima na organização da rede de cuidados.

Os CAPS farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de

Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, e esperamos que esta publicação sirva como contribuição para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. (BRASIL, 2004, p. 12).

Assim, o CAPS é o principal agente direcionador das políticas de saúde mental, integrando todos os serviços que compõem a rede de apoio aos usuários, promovendo a cidadania e desenvolvendo a autonomia.

A comunidade é a extensão da família; nela, é possível conviver com a rede social que abrange o território onde estamos inseridos. O usuário da saúde mental e seus familiares devem ter a comunidade como aliada na promoção de cidadania. Os grupos dentro da comunidade, como os de educação, esporte e lazer, associações comunitárias, devem estar atentos para integrar em seu meio as famílias e os usuários. O Ministério da Saúde, no caderno saúde mental no SUS alerta que “[...] a comunidade produz um grande e variado conjunto de relações de troca, o que é bom para a própria comunidade e para todos” (BRASIL, 2004 p. 29). Sendo assim, os usuários da saúde mental devem ser parte integrante dessa comunidade, bem como das atividades culturais e sociais por ela propostas.

A Reforma Psiquiátrica consiste no deslocamento dos cuidados para fora do hospital, em direção à comunidade e ao território onde residem os usuários. A Atenção Básica (AB) de saúde é o lugar da construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. É constituída dentro da atenção básica sua própria rede, com as unidades básicas de saúde (UBS), as estratégias de saúde da família (EFS), os agentes comunitários de saúde que atuam junto as famílias na comunidade. As equipes da atenção básica de saúde têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio das famílias e com as pessoas com transtornos mentais.

2.3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Serviço Social no Brasil surgiu a partir de 1936, muito ligado ao cenário econômico e político que o país vivia na época. A expansão do capitalismo evidencia as expressões da questão social através da relação capital x trabalho. “O capitalismo gera o mundo da cisão, da ruptura, da exploração da maioria pela minoria, o mundo em que a luta de classes se transforma na luta pela vida, na luta pela superação da

sociedade burguesa” (MARTINELLI, 2005, p. 54). As bases teórico-metodológicas do Serviço Social dessa época pautavam-se na “[...] Doutrina Social da Igreja, no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino (Sec. XII): o tomismo e o neotomismo [...]” (YAZBEK, 2009, p.146).

A profissão surge no interior da igreja católica, com intuito de fazer uma ação mais efetiva na realidade, através da caridade. O trabalho do assistente social era pautado, principalmente, em estabelecer a ordem, a moral e a higiene daqueles que estavam desajustados. O trabalhador tinha uma visão ingênua e maniqueísta, como aponta Faleiros (2001, p. 89): “Ingênua porque pressupunha a solução dos problemas globais partindo de cada um deles isoladamente. Maniqueísta porque dividia o mundo entre bons e maus, abusadores e não-abusadores, rebeldes e integrados”.

Dessa maneira, a igreja tinha o dever de apaziguar os ânimos da população que era explorada e sofria com as diversas maneiras de desigualdade, porém, como estratégia, a classe dominante culpabilizava os próprios indivíduos por sua condição de pobreza e fracasso. Nesse período, não havia sido instituída a profissão de Serviço Social, o trabalho social era realizado pelas damas de caridade, voluntárias a serviço da igreja.

A partir da consolidação do Estado capitalista, surge a necessidade de institucionalizar o Serviço Social, a fim de conter o agravamento das expressões da questão social, pois a classe burguesa precisava manter a ordem e continuar no poder. O trabalhador social deveria prestar assistência aos pobres que viviam marginalizados.

Assim, as novas formas de prática social e suas estratégias operacionais, de acordo com os interesses burgueses, tinham de constituir mecanismo que dessem uma aura de legitimidade à ordem social burguesa, tornando-a inquestionável e, em conseqüência, aceitável pelo proletariado. (MARTINELLI, 2005, p. 62).

A partir de 1940, o Brasil vivenciou uma fase de crescimento econômico, com a criação das indústrias e a urbanização. A partir desse cenário, surge a necessidade de intervenção nas demandas postas pelo capitalismo e controle das lutas sociais. Ocorre, nesse momento, o desenvolvimento das grandes instituições assistenciais, o Serviço Social legitima-se como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, porém ainda muito ligado à sua origem católica, com as

ações educativas e doutrinárias. Nos anos 40, o serviço social é muito influenciado pelo modelo norte-americano e pela matriz teórica positivista, que, segundo Yazbeck (2009), é uma proposta que não aponta mudanças, voltando-se para a reafirmação do conservadorismo.

A década de 60 traz para o Serviço Social intensas e decisivas modificações, como o redirecionamento e o amadurecimento profissional. Na América Latina, surge o Movimento de Reconceituação, marco decisivo para a revisão crítica da profissão e o rompimento do Serviço Social tradicional.

Em 1964, o Brasil vive o período de ditadura militar, marcado pela tomada de poder através de golpe. Nesse momento, o país vive muitos retrocessos, e a profissão afasta-se da classe trabalhadora por conta das ações desse governo, como aponta Martinelli (2005):

Os anos 60, ao longo dos quais se processou um agravamento do quadro político nacional, encontravam o Serviço Social recuado do cenário histórico, produzindo e reproduzindo práticas incapazes de se somarem aos esforços de construção e prevenção de espaços democráticos em uma sociedade oprimida por uma ditadura militar. (MARTINELLI, 2005, p. 142).

Muitas pessoas foram mortas, exiladas, torturadas e deportadas durante esse período, por serem opostas aos princípios do governo militar. Houve repressões que proibiam a liberdade de expressão, as manifestações populares, a arte, a música.

O Serviço Social começa a perceber a existência de dois lados antagônicos, ou seja, duas classes sociais, os dominantes e os dominados. A profissão a partir daí começa a tomar para si as lutas da classe trabalhadora, pois os profissionais veem-se imersos nas mesmas condições de trabalho, assalariados e submetidos ao capitalismo voraz. A partir daí começam a desenvolver estratégias para responder aos problemas sociais postos pelas empresas capitalistas.

No período que compreende 1980 e 1990, o Serviço Social sofrerá com período de inquietações e questionamentos no seu fazer profissional, marcado pela reestruturação dos aparatos teórico, metodológicos, operativos e políticos aproximando-se e apropriando-se da teoria social marxista. O Serviço Social passa a enxergar o usuário na sua totalidade, e não mais descolado do seu meio, levando em conta as contradições, posicionando-se a favor dos usuários e rompendo, definitivamente, com o conservadorismo tradicional, desencadeando uma nova fase para a ação profissional.

O assistente social tem sua inserção na saúde mental a partir da década de 90 com o processo de desinstitucionalização e o movimento da Reforma Psiquiátrica. O Serviço Social nos CAPS tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento integral e humanizado aos usuários e familiares durante o processo de cuidado terapêutico. Na perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos, trabalha com a identificação de necessidades socioassistenciais através de ações e orientações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais específicos, articulação com a rede de proteção social, identificando os serviços institucionais e comunitários para o atendimento das demandas.

Sobre o trabalho do assistente social, conforme a Lei n.º 8.662/93, que regulamenta a profissão, entre as competências concernentes ao assistente social, estão:

Art.4. III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; [...] V – orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; [...] XI – realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (BRASIL, 1993, p. 2).

Assim como em qualquer campo de trabalho do assistente social, a sua atuação na saúde mental deve compreender as relações sociais em que o sujeito está inserido, sendo o espaço familiar um dos aspectos a serem priorizados, para que haja continuidade das ações realizadas.

Bisneto (2011, p. 120) aponta “algumas variáveis típicas na caracterização dos usuários de estabelecimentos psiquiátricos que podem trazer implicação para a prática do serviço social”, sendo levantadas questões como a predominância de usuários pertencentes à classe dominada, moradores de rua, assim como sujeitos com baixo nível de escolaridade, sendo que, apesar das instituições psiquiátricas públicas não fazerem distinção de classe social, pois estão inseridas no SUS, que tem como princípio a universalidade, são pessoas em vulnerabilidade que prevalecem, trazendo consigo não apenas as demandas emergenciais decorrentes de sua condição social, mas principalmente questões implícitas, as quais cabe ao assistente social desvelar, pois, nesse sentido, a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe em seu Artigo 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. (BRASIL, 2001).

É preciso ressaltar que existem assistentes sociais que não sabem definir os objetivos de seu trabalho na saúde mental, algo pode ser definido com precisão: o objeto do profissional não se esgota no portador de transtorno mental e na busca por sua cura, mas também as fragilidades e a importância de sua família nesse processo.

O trabalho do assistente social com as famílias dos usuários deve estar direcionado ao fortalecimento dos vínculos, ou seja, uma maneira de que o sujeito esteja ligado e ativo a todas as relações sociais que ocorrem em seu meio.

Paugan (1991) conceitua que:

[...] a expressão 'vínculo social' é atualmente empregada para designar todas as formas de viver em conjunto, a vontade de religar os indivíduos dispersos, a ambição de uma coesão mais profunda da sociedade no seu conjunto. (PAUGAN, 1991 apud BRASIL, 2013, p. 24).

Sabemos que, por inúmeras vezes, esse vínculo social fragiliza-se, o que resulta no distanciamento e rejeição, prejudicando ambas as partes. É preciso colocar-se à disposição da família para escutá-las, demonstrando atenção e importância para os diversos problemas que ela apresenta.

A construção de uma concepção de fortalecimento de vínculos no âmbito da proteção básica de assistência social se anuncia e se configura como um desafio de extrema relevância porque contribui com a sedimentação do entendimento de que lidar com vulnerabilidades do campo relacional é uma responsabilidade pública e que, uma política que busca combater desigualdades e promover o desenvolvimento humano tem um papel central nesse diálogo, pois o trânsito do ambiente individual para o social é a raiz fundante da política pública que exige seu distanciamento da mediação da benemerência ou da caridade. (SPOSATI, 2009, p. 27).

A autora mostra que esse processo não é algo simples, pois trata-se de uma etapa do caminho a ser percorrido na busca de algo maior, cujo diferencial está na intencionalidade do assistente social, que pode deixar-se levar pelos limites institucionais e outros desafios a serem superados, ou então propor e efetivar mudanças na realidade dessa família, desse indivíduo vítima da exclusão social.

Bisneto (2011) revela o que cabe ao profissional para superar determinadas fragilidades ainda existentes no campo de saúde mental:

É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar idéias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos. (BISNETO, 2011, p. 145).

Dessa forma, por muitas vezes os profissionais assistentes sociais acreditam que seu trabalho resume-se a visitas domiciliares, entrevistas e encaminhamentos, reduzindo a importância e necessidade da profissão perante a sociedade, pois tais atribuições citadas são instrumentais que, se não estiverem acompanhados de uma intencionalidade, de fato, não farão sentido algum. Como bem aponta Bisneto (2011), o profissional, ao apropriar-se de técnicas da Medicina, Psicologia ou até mesmo da Terapia Familiar, de certa forma, acaba confundindo-se como pertencente a essas profissões, desviando-se dos objetivos colocados pelo Serviço Social e, portanto, distanciando-se da luta pela efetivação de direitos sociais que contemplem a transformação da realidade.

Outra questão que se faz necessária é a interdisciplinaridade, ou seja, profissionais de diferentes áreas do conhecimento cujas ações são articuladas com um objetivo comum, e não como forma de sobrepor saberes, pois cada qual tem sua valiosa contribuição a fornecer ao usuário e sua família, nos mais diferentes aspectos, considerando que o assistente social jamais construirá respostas sustentáveis priorizando ações isoladas.

O profissional do Serviço Social deve trabalhar para que, de forma digna, os usuários consigam alcançar os direitos sociais. Trata-se também do empenho em não incentivar uma relação de dependência, cabendo ao assistente social disponibilizar mecanismos para que o usuário e sua família, tão vitimados pela dominação e exclusão, possam de fato verem-se como provedores. Para isso, primeiramente, o profissional deve, em seu cotidiano, materializar os seus princípios éticos que priorizam a emancipação, autonomia, luta contra o preconceito e discriminação, busca ao acesso a serviços e programas de qualidades provenientes das políticas sociais, entre outras questões que tanto se aproximam da realidade do

usuário e suas famílias, buscando com isso fazer o resgate da cidadania desses sujeitos.

Entretanto, a fórmula exata de atuação do assistente social não existe, mas sim algumas possibilidades de transformações como já mencionadas. Estas dependerão em grande parte do profissional, pois ainda que existam os limites institucionais, um Estado ausente perante as suas responsabilidades e famílias em extrema vulnerabilidade. Faz-se necessário destacar a importância do Serviço Social na construção da efetivação de direitos, emancipação e autonomia desses usuários.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO CONSTRUINDO SABERES SOBRE SAÚDE MENTAL

A proposta deste capítulo é apresentar o projeto de intervenção construído durante o período de estágio curricular no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Prado Veppo, analisar as formas utilizadas para desvelar as demandas dos usuários do serviço de saúde mental e, a partir daí, traçar a melhor forma de intervir na realidade social desses sujeitos. Ainda neste capítulo, será feita a análise dos resultados do projeto com seus desafios e avanços, trazendo o construto da intervenção.

3.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO “CONSTRUINDO SABERES SOBRE SAÚDE MENTAL”

Os CAPS, como já exposto anteriormente, surgiram como alternativa à desospitalização dos usuários da saúde mental, implantados oficialmente através da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, e regulamentados pela Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Conforme a Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) presta serviço de atendimento a usuários que estejam em sofrimento psíquico. Essas ações em saúde mental visam não só ao tratamento, mas também à reinserção social dos usuários, a partir de um novo modelo de atenção visando substituir o modelo hospitalocêntrico.

De acordo com a Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, os CAPS devem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas, tais como psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Essas atividades são ferramentas indispensáveis para o processo de reabilitação e reinserção das pessoas portadoras de transtorno mental, pois produzem um grande e variado conjunto de relações de troca, reforçando os laços sociais e afetivos e proporcionando maior inclusão social desses indivíduos.

Conforme a portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS devem ser definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Como descrito no artigo 1º:

Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria; § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante. (BRASIL, 2002).

Essa portaria tem o intuito de balizar os serviços substitutivos ao modelo hospitalar; nela, são encontradas as formas de atuação e gestão dessas instituições. Também são encontradas orientações sobre os recursos humanos necessários para o melhor atendimento aos usuários que utilizam os CAPS.

Podem-se destacar as peculiaridades de cada modelo de atenção psicossocial. Os CAPS do tipo I devem fazer o atendimento em municípios de 20.000 a 70.000 habitantes, com as seguintes características:

[...] a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS n.º 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS n.º 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (BRASIL, 2002).

Entre as atividades que os CAPS I devem desenvolver, estão:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias

enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (BRASIL, 2002).

Os CAPS do tipo II devem atender cidades com população entre 70.000 a 200.000 habitantes e, além de apresentar as características dos CAPS do tipo I, têm como peculiaridade o atendimento em dois turnos, durante cinco dias úteis na semana, podendo ter um terceiro turno funcionando até as 21h. As atividades que são desenvolvidas nessas instituições são as mesmas desenvolvidas pelo tipo I.

Os CAPS III têm capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características particulares que os diferem das outras modalidades:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; [...] estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. (BRASIL, 2002).

Quanto às atividades desenvolvidas com os usuários, destacam-se:

[...] g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias; i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. (BRASIL, 2002).

CAPSi II é um serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; [...] c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território; e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência [...]. (BRASIL, 2002).

As atividades específicas devem ser orientadas, além dessa portaria, pelo Estatuto da Criança e Adolescente de 1990: visitas e atendimentos domiciliares, atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social.

Os CAPS Ad têm como atribuições o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território. [...] coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes [...]. (BRASIL, 2002).

Como atividade que se difere das demais modalidades de CAPS, os serviços “ad” precisam proporcionar a seus usuários o atendimento de desintoxicação.

A cidade de Santa Maria, no Estado do Rio Grande do Sul, conta com quatro CAPS ativos; são eles: O **CAPS II Prado Veppo**, que visa ao atendimento de pessoas adultas acometidas de Transtornos Mentais Graves e persistentes e está localizado na Avenida Hélvio Basso, n.º 1.245, telefone 3921-7042; o **CAPS Ad II Caminhos do Sol** atende pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e é localizado na Rua Euclides da Cunha, n.º 1.695, telefone 3921-7144; o **CAPS Ad II Cia do Recomeço**, que também atende pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, localiza-se na Rua General Neto, n.º 579, telefone 3921-1099; e o **CAPS I II O Equilibrista**, que se propõe ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, localiza-se na Rua Minas Gerais, n.º 11, esquina com a Rua Gaspar Martins, telefone 3921-7218.

Minha inserção enquanto acadêmica de Serviço Social deu-se no CAPS tipo II Prado Veppo. Em agosto de 2016, ingressei na instituição e permaneci até dezembro do mesmo ano, e depois retornei para a segunda e última etapa do estágio, que correspondeu de março a junho de 2017. Lá desenvolvi o estágio I de observação e, posteriormente, o estágio II de intervenção.

O CAPS II Prado Veppo foi criado em 2002 e possui atualmente 1.300 usuários referenciados no serviço, caracterizando uma média de 70 usuários por dia. No atendimento ao usuário, o CAPS tem como foco principal a reinserção do usuário, fugindo do modelo sintomático, oferecendo diferentes tipos de atividades, tais como psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. O CAPS possui espaço para grupos, assembleias, oficinas e um amplo espaço para integração dos usuários.

O CAPS Prado Veppo busca fortalecer a rede dos serviços, trabalhando de forma mais próxima com a comunidade através do matriciamento junto à ESF e UBS, capacitando os profissionais da rede de atenção básica, com vistas a fortalecer o acesso dos usuários no seu próprio território.

Conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) presta serviço de atendimento a usuários que estejam em sofrimento psíquico. Essas ações em saúde mental visam não só o tratamento, mas também a reinserção social dos usuários a partir de um novo modelo de atenção, visando substituir o modelo hospitalocêntrico.

De acordo com a Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, os CAPS devem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas, tais como psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Essas atividades são ferramentas indispensáveis para o processo de reabilitação e reinserção das pessoas portadoras de transtorno mental, pois produzem um grande e variado conjunto de relações de troca, reforçando os laços sociais e afetivos e proporcionando maior inclusão social desses indivíduos.

O CAPS Prado Veppo tem como objetivo prestar assistência a adultos que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, como psicoses e neuroses. No que se refere aos profissionais que compõem a equipe, destacam-se assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogos, psiquiatra, técnicos administrativos, técnico de enfermagem, técnicos em saúde mental. O serviço tem como missão, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, prestar atendimento multiprofissional aos

usuários que necessitam de cuidado contínuo em saúde mental, a partir da perspectiva de integralidade de ações, rompendo com o modelo de exclusão firmado anteriormente no hospital psiquiátrico.

O ingresso no CAPS II dá-se através de encaminhamento advindo das entidades que compõem a rede de saúde mental de Santa Maria: Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Básica (AB), Ambulatório de Saúde Mental (AMB), Hospitais (HOSP), Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Os CRAS (Centros de Referência em Assistência Social) são responsáveis pela organização e oferta de serviços da prestação social básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

O conselho tutelar, assim como o CRAS, localizado no território do usuário, faz parte da política de assistência social, portanto definiu-se, com a rede de saúde mental, que esses serviços seriam interligados numa primeira avaliação ao usuário.

Após o acolhimento nessas unidades, acontecem os encaminhamentos pertinentes, relacionados às demandas do usuário para os serviços primários de atenção à saúde (ESF, UBS), e o CRAS como porta de entrada para o acesso ao CAPS Prado Veppo.

Os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ofertam serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto etc.). Após o acolhimento, esse serviço, identificando a demanda em saúde mental grave e severa, referenciará ao CAPS II.

Os Centros de Atenção Psicossocial cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL, 2002).

A rede de atenção básica constitui-se pelos centros e unidades de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa Saúde da Família e de Agentes comunitários de saúde, que atuam na comunidade de sua abrangência. Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território, pois têm papel fundamental no

acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com pessoas com transtornos mentais.

O ambulatório de saúde mental presta atendimento psicológico e psiquiátrico a usuários com transtornos mentis leves e moderados.

No município de Santa Maria, a rede hospitalar integrante no SUS é composta pelos hospitais Casa de Saúde e Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para os usuários maiores de 18 anos na unidade psiquiátrica. O serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

As UPA funcionam 24h por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das emergências. Fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência do país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências.

Entre as atividades desenvolvidas no CAPS Prado Veppo, podem-se citar o acolhimento, a escuta e as assembleias.

O acolhimento é realizado sempre por um profissional mais experiente (em acolhimento), juntamente com outro profissional, preferencialmente de núcleo diferente, podendo ser: residente, novo integrante da equipe ou estagiário. Devendo haver uma troca mensal das duplas de profissionais que realizam o acolhimento, funciona no modo de escalas, em que cada dupla tem horário predeterminado para atendimento, e, se houver necessidade de ausentar-se, por período de férias, folga, ou motivo de doença, deve ser previamente acordado em equipe a nomeação de outro profissional que ficará em seu lugar. O acolhimento deve ser resolutivo (se usuário identificado com transtorno mental grave e/ou persistente, será elaborado o PTS – Projeto Terapêutico Singular – e encaminhado para consulta psiquiátrica em grupo para primeira avaliação), vinculado ao CAPS. Caso contrário, o usuário será referenciado para rede do município. Fica determinado que os profissionais que realizarem o acolhimento serão referência para o usuário até que este conheça a equipe e possa escolher outro profissional com o qual mantém mais vínculo. É imprescindível o total preenchimento da ficha de acolhimento, bem como a assinatura e carimbo do profissional responsável ao final do documento. Após ser acolhido, o usuário deverá ser encaminhado ao grupo de integração.

A escuta pode ser feita por qualquer profissional da equipe, sendo ele de referência ou não. No entanto, medidas mais específicas (como, por exemplo, aquelas que influenciam no PTS, almoço, frequência de grupos) serão de função do profissional de referência.

As assembleias são realizadas pelo serviço mensalmente, nas primeiras quintas-feiras do mês, com questões advindas dos usuários ou dos profissionais, permitindo uma aproximação entre os integrantes do serviço. Esse espaço favorece o questionamento, a integração, o esclarecimento de dúvidas, o empoderamento, a autonomia dos usuários, também podendo ser utilizada como um instrumento de comunicação. A coordenação poderá ser de profissionais ou de usuários, e o registro é feito em ata própria das assembleias dos usuários e familiares.

A instituição conta também com atividades em grupos, que podem ser do tipo operativos⁵ ou terapêuticos⁶; entre eles, destacam-se:

O grupo de integração, que é realizado semanalmente no serviço, por três profissionais diferentes, os quais deverão ter um olhar atento para esses novos usuários, reiterando o acolhimento anterior. No grupo, o usuário vai entender o funcionamento do serviço, tirar suas dúvidas, comentar sobre grupos de sua preferência, bem como formalizar seu PTS ao final. A cada três meses, o trio deverá ser substituído por outro da equipe que continue realizando esse trabalho.

O grupo de leitura demonstra que é possível desenvolver no CAPS uma atividade que alcance de fato a pessoa portadora de sofrimento mental, considerando os benefícios da leitura para o desenvolvimento do sujeito, promovendo a aquisição e mais informação e conhecimento acerca do mundo, da vida, de si, da cultura. Desse modo, estimula-se a curiosidade, o desejo de aprender, de conhecer e produzir, fortalecendo sua autonomia. Visto que nem todos têm acesso a livros, jornais, devido a questões financeiras, busca-se incentivar o acesso à leitura.

A oficina de autocuidado, que visa transmitir informações e conhecimentos que gerem mudanças de hábitos e atitudes relativos a: saúde, higiene, autoestima,

⁵ [...] Contingente de todos os demais grupos, inclusive os terapêuticos. [...] que se manifesta em três áreas: mente corpo e mundo exterior. (ZIMERMAN, 1997, p. 76).

⁶ São grupos que visam fundamentalmente uma a melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja estreitamente do plano de saúde orgânica, quer no do psiquismo, ou em ambas ao mesmo tempo. (ZIMERMAN, 1997, p. 77).

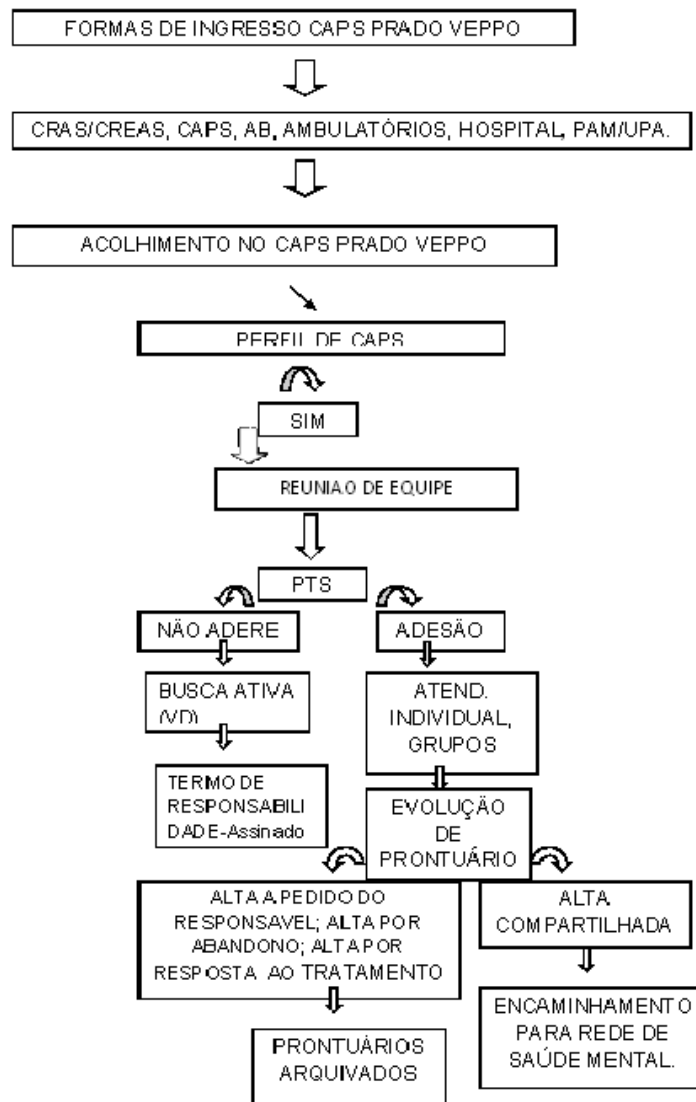
cuidados com o meio ambiente, relacionamento interpessoal e outros, buscando incentivar os usuários a uma vida mais saudável, com maior qualidade e bem-estar.

As oficinas de trabalhos artesanais, como crochê, biscuit, que promovem aos usuários uma grande satisfação pessoal, assim como auxiliam no autocuidado, autoestima, qualidade de vida e renda. Essas atividades visam ao bem-estar e à inserção social. Portanto, é fundamental a existência da atividade dentro do serviço.

Grupos de esportes, que proporcionam aos usuários a prática esportiva, permitindo a interação social em diferentes espaços da cidade, ocupando as áreas de lazer disponíveis, além de fomentar o autocuidado e a convivência saudável em grupo.

Ocorrem também as atividades externas, que são aquelas desenvolvidas fora da instituição, como os grupos no território: são aqueles que acontecem em outras instituições. Por exemplo, o grupo da rádio, em que, a cada quinze dias, gravam na Universidade Federal de Santa Maria, em parceria com o Curso de Comunicação Social; as visitas domiciliares, que funcionam como um dispositivo utilizado quando o usuário encontra-se, por alguma razão, impossibilitado de ter acesso ao CAPS Prado Veppo, objetivando manter o vínculo com o usuário e retornar o tratamento; as visitas institucionais, que são visitas a outros serviços, que podem ocorrer por motivos diversos.

As atividades no CAPS Prado Veppo estão dispostas conforme o organograma abaixo.



Organograma 1 – Atividades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Prado Veppo

Fonte: Elaborado pela autora.

O projeto de intervenção surgiu a partir das necessidades dos usuários em conhecer e dialogar sobre as principais leis que norteiam o projeto da Reforma Psiquiátrica, bem como aprimorar os conhecimentos sobre os direitos previstos para a população que utiliza a saúde mental. Apresentou como objetivo geral fazer com que os usuários do CAPS Prado Veppo conheçam e apropriem-se dos direitos assegurados pela saúde mental, visando a um maior entendimento sobre a política de saúde mental, seus programas e projetos. Como objetivos específicos, apresentou: propor, através de atividades lúdicas, a postura crítica e o diálogo entre

os usuários, sobre as leis que norteiam o projeto da Reforma Psiquiátrica; elaborar uma cartilha com os principais programas, direitos e projetos que compõem a assistência aos usuários da saúde mental; contribuir na promoção do resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

As atividades lúdicas, segundo Tristão (2010), originam-se do latim *ludus*, que significa jogo brinquedo. Atualmente, é indiscutível a importância dessas atividades, não só para as crianças, mas para todos os seres humanos, independentemente da faixa etária em que se encontram. Jogar, desenhar, encenar, contar histórias não se limitam a simples momentos de alegria, contentamento ou satisfação. Para Barreto (2013), o lúdico, por revelar dimensões psíquicas profundas, pode facilitar, portanto, intervenções em indivíduos com fobia, dor e em outras situações especiais.

Para os usuários da saúde mental, o lúdico apresenta-se como uma forma de proporcionar novas formas de agir, pensar e compartilhar. Ao brincar, esses indivíduos conectam-se com sua cultura ampliando a visão do meio social onde estão inseridos.

A ludicidade tão importante para a saúde mental do ser humano é um espaço que merece atenção, pois é o espaço para a interação mais genuína dos ser, é um espaço para o exercício da relação afetiva com o mundo, com as pessoas e com os objetos. Neste sentido o lúdico possibilita o estudo da relação com o mundo externo, integrando estudos específicos sobre a importância do lúdico na formação da personalidade. (TRISTÃO, 2010, p. 17).

As formas lúdicas de abordagem proporcionam uma experiência intensa e total, que gera um estado de euforia e vibração à medida que motiva os participantes mobilizando esquemas mentais. Construindo-se como uma atividade física e mental, a ludicidade aciona e ativa as ações psiconeurológicas e as operações mentais estimulando o pensamento (NUNES, 2004 apud TRISTÃO, 2010).

Como proposta metodológica, foi realizado um levantamento com os usuários sobre os direitos e as leis que estes já conheciam. Foram realizados três encontros pontuais com os usuários. Os encontros ocorreram no CAPS Prado Veppo, e o trabalho de intervenção realizou-se na ambiência⁷.

⁷ A ambiência, enquanto espaço de encontro entre os sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades (PNH, 2010, p.12).

Os usuários que decidiram participar dos encontros deveriam assinar um termo de consentimento livre e esclarecido⁸, que foi exposto e explicado pela estagiária no primeiro encontro. Terminada a fase do preenchimento e assinatura dos termos, iniciou-se o projeto. A primeira atividade denominada **Memorizando direitos** consistiu-se em um jogo da memória, em que o número do artigo correspondeu ao seu respectivo conteúdo escrito. Como base para essa atividade, a lei utilizada foi a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que trata sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Reunimo-nos na sala de estar do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. Inicialmente, houve a participação de quatro usuários, porém, com o passar do tempo, juntaram-se a nós mais oito pessoas, formando um total de doze. Todos jogaram entusiasmadamente; tivemos três rodadas do jogo; após, formamos uma roda para discutirmos os pontos que foram relevantes sobre a lei estudada.

No segundo encontro, a abordagem ocorreu por meio da atividade **Cruzando saberes através da 336**. Nesse encontro, o objetivo era completar uma cruzadinha com as palavras-chave. Essas palavras foram partes da Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a criação e forma de atuação dos CAPS.

A dinâmica ocorreu da seguinte forma: os usuários foram distribuídos em trios e receberam através de um sorteio as pistas para que conseguissem adivinhar as palavras que completavam as lacunas da cruzadinha.

O terceiro encontro teve como atividade a denominada **Esboçando arte**. O intuito era que os usuários confeccionassem as ilustrações, desenhos e poesias que iriam fazer parte da cartilha de direitos dos usuários da saúde mental, com relação às leis que foram abordadas nas atividades lúdicas anteriores.

Após a realização de todos os encontros, ocorreu a confecção da cartilha, que trouxe as leis que foram utilizadas nas atividades propostas, além dos programas e projetos que são disponibilizadas para a população usuária da saúde mental no município de Santa Maria/RS, bem como as principais indagações dos usuários sobre internação, interdição, política de saúde mental, benefícios previdenciários e assistenciais. A divulgação dos resultados ocorreu no final de junho do corrente ano, com apresentação e distribuição da cartilha, conforme anexo A, aos usuários e profissionais que participaram do projeto.

⁸ É a fonte de esclarecimento que permitirá ao participante da pesquisa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos.

3.2 DESAFIOS E AVANÇOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O estágio supervisionado em Serviço Social passou por duas etapas, a primeira de observação e a segunda de intervenção. Na primeira etapa, foi possível conhecer a instituição e o objeto de estudo. A partir do contato direto com os usuários e a assistente social supervisora de campo, foi possível elaborar o projeto de intervenção visando amenizar as expressões da questão social vivenciadas em diversas situações, exigindo, cada vez mais, um olhar qualificado e a vinculação da teoria com a prática. Durante todo o estágio I, foi possível compreender a dinâmica da instituição, o que proporcionou a visualização de várias opções para a posterior intervenção, com vistas à solução das demandas apresentadas pelos usuários. Nesse período, abriu-se a possibilidade de acompanhar a assistente social em grupos operativos, visitas domiciliares, escutas qualificadas, encaminhamento para a rede, elaboração de relatórios de caso. A partir dessas demandas, deu-se início ao planejamento do projeto de intervenção.

O momento mais esperado foi a segunda etapa do estágio, em que se colocaria em prática todo o arcabouço teórico-metodológico adquirido durante o Curso de Serviço Social e a experiência adquirida durante o estágio I. O projeto de intervenção “Construindo saberes sobre saúde mental”, que ocorreu durante os meses de março a junho de 2017, teve o alcance desejado, contribuiu para que os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prado Veppo adquirissem mais conhecimento sobre seus direitos e deveres dentro da política de saúde mental. O objetivo geral do projeto foi fazer com que os usuários conhecessem e se apropriassem dos direitos a eles destinados. A primeira etapa de conhecimento foi alcançada, a apropriação desses conhecimentos ficará como frutos de médio a longo prazo.

Um dos desafios ocorridos na execução do projeto foi que as atividades do projeto estavam programadas para ocorrer no grupo de caminhada, visando maior aproveitamento do tempo de convívio entre os usuários do grupo, além de proporcionar experiências de convívio social, lembrando que o CAPS vislumbra o retorno do usuário à sua vida social e comunitária, ou seja, no seu território, entre os usuários e a sociedade, além de explorar a participação e o contato com a natureza.

Outro fator desafiador foi o afastamento da assistente social da instituição por questões administrativas, e o grupo de caminhada passou a não acontecer mais.

Então, as atividades foram transferidas para a ambiência, onde os usuários do Centro de Atenção Psicossocial podem conviver num espaço de troca de saberes e experiência, além de ocupar o tempo ocioso que acontece quando não estão participando das atividades dos grupos e/ou atendimentos individuais. Para além desses, outro desafio encontrado durante a execução do projeto foi que, na ambiência, não se tem o controle de quantos usuários estão participando, e, a todo instante, tínhamos que parar o grupo para apresentá-lo o projeto ao usuário que estava chegando. Dentre os usuários que participaram do projeto apenas um não era alfabetizado e por isso não respondeu as questões do questionário avaliativo.

A avaliação do projeto foi tecida pelo alcance do objetivo geral e específico e através de um questionário com perguntas fechadas conforme anexo B, que foi apresentado e lido para todos os usuários. Participaram do projeto 31 usuários, sendo 11 na primeira atividade, 12 na segunda e 8 na última. Destes, 30 responderam o questionário avaliativo, e, assim, constatou-se que: 90% respondeu ótimo para a pergunta “como você avalia a atividade proposta?”; quando questionados “você acredita que a atividade ajudou no entendimento sobre a política de saúde mental?”, 100% colocaram a opção “sim” como resposta; para a pergunta “você conhecia sobre a lei estudada?”, 66,6% disseram desconhecer as leis em questão, 26,6% marcaram a opção “muito pouca”, e 6,6% já conheciam; quando perguntado se a atividade proposta foi de fácil compreensão, 86,6% responderam que sim.

Analisando o resultado do questionário avaliativo, pode-se perceber que os usuários do CAPS Prado Veppo desconheciam as leis que regem o processo de Reforma Psiquiátrica, porém mostraram-se interessados em conhecer mais sobre essas legislações, e as atividades lúdicas mostraram-se como uma estratégia de fácil compreensão.

Os resultados esperados foram ao encontro dos objetivos fixados no projeto. Como construto de médio e longo prazo, será possível perceber se os usuários estão acessando os programas e projetos que foram citados na cartilha dos direitos dos usuários da saúde mental, lembrando que o CAPS vislumbra o retorno do usuário à sua vida social e comunitária no território de pertencimento.

Já a avaliação de curto prazo consistiu na compreensão dos usuários sobre o que é um CAPS, como se formaram, os tipos existentes, formas de ingresso na instituição e também se, após as atividades apresentadas, os usuários conseguiram

tecer uma postura crítica sobre as leis estudadas, principalmente sobre seus direitos e deveres dentro da saúde mental.

Apesar dos desafios apresentados ao longo da execução do projeto, os resultados não foram prejudicados, já que a maioria dos usuários participou ativamente de todas as atividades propostas pelo projeto e das discussões acerca dos direitos dos usuários da saúde mental, apesar de haver uma parcela mínima que demonstrou estranhamento quanto à questão da leitura e da escrita, pois não eram alfabetizados. Entretanto, através do diálogo, o lado lúdico que foi abarcado pelo projeto possibilitou a participação destes, que conseguiram expressar sua opinião sobre os assuntos abordados.

Dessa maneira, foi possível fazer o resgate da cidadania⁹ dos usuários, possibilitando mais entendimento dos direitos e deveres que são disponibilizados. Para o Serviço Social, essa prática mostra-se como uma forma de promover a autonomia dos sujeitos em busca de seus direitos, os quais, por vezes, não tomam conhecimento e, assim, deixam de acessar o que lhes é assegurado.

⁹ A cidadania é o conjunto de direitos e deveres exercidos por um indivíduo que vive em sociedade, no que se refere ao seu poder e grau de intervenção no usufruto de seus espaços e na sua posição em poder nele intervir e transformá-lo. (PENA, s.d.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual política de saúde mental decorre de um longo processo de luta pelos direitos sociais. As políticas sociais foram um marco para a efetivação desses direitos, caracterizam-se por ser uma arena de conflitos entre capital x trabalho. A partir da mobilização dos trabalhadores ainda na sociedade industrial, começou o tensionamento por melhores condições de trabalho. Após a Segunda Guerra Mundial, alguns países experimentaram o estado de bem-estar social, também conhecido como *welfare state*. Este tinha como princípios dar oportunidade para os cidadãos terem acesso a serviços gratuitos e serem beneficiários de alguns mínimos sociais, como saúde e educação. Porém, como evidencia Pereira (2011), é preciso entender que a política social não se resume ao estado de bem-estar, ela antecede e transcende esse modelo e abrange inúmeras outras formas de inserção dos cidadãos, além de não se configurar como uma estratégia de conter os ânimos, mas sim de concretizar e assegurar direitos.

No Brasil, as políticas sociais surgem basicamente com a seguridade social, no tripé saúde, assistência e previdência social. Atualmente, com os avanços do capitalismo, a seguridade social passa por inúmeras ofensivas, desde a falta de recursos até a precarização do trabalho. Além disso, a sociedade brasileira depara-se com o desemprego, a pobreza, o não acesso às políticas públicas. É preciso direcionar as políticas sociais para esses segmentos que experimentam as expressões da questão social no seu cotidiano sem nenhuma perspectiva de melhora. Boschetti e Behring (2011) alertam que essas políticas são fruto do esforço coletivo dos indivíduos, que, através dos movimentos sociais, pressionaram o Estado por melhores condições de vida e trabalho. Assim também ocorre com os usuários da saúde mental, é preciso suscitar neles essa visão de coletivo, de que, através da organização e mobilização, é possível pressionar as autoridades para que a política de saúde mental ganhe maior notoriedade e investimentos.

O processo de desinstitucionalização a partir da Reforma Psiquiátrica configura-se como um importante passo na busca pelo reconhecimento da cidadania dos usuários da saúde mental, é parte fundamental da mudança do modelo assistencial para essa população e tem por objetivo a liberdade e o retorno ao território de origem. O processo de desinstitucionalização continua, ainda nos dias atuais, com frentes que trazem a luta pelo fim dos manicômios, que se sabe ainda

existirem, porém não se pode negar que houve avanços significativos a partir das legislações neste estudo apresentadas. Pode-se citar como exemplo a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Não se pode esquecer que a família configura-se como um agente socializador, juntamente com o Estado e com os serviços de atenção psicossocial, e, por essa razão, é preciso um olhar mais qualificado e a percepção de que, muitas vezes, essa família deve ser acompanhada, trazida para as áreas de discussão juntamente com o usuário do serviço, pois são eles que convivem cotidianamente com as crises, aflições de desespero de seus familiares, experiências muito intensas e marcantes. É possível perceber que não há, por parte do Estado, iniciativa alguma de cuidado, proteção social que abarque essa família que, muitas vezes, está exposta às vulnerabilidades sociais no seu contexto de vida.

A inserção através do estágio obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Prado Veppo possibilitou um maior amadurecimento do arcabouço teórico adquirido durante o curso de Serviço Social. A partir do estágio, foram abertas inúmeras reflexões, fortalecendo, assim, a postura profissional de acordo com o código de ética. O contato com a política de saúde mental, a política de assistência social e as demais legislações do campo da saúde mental acabou por ligar saberes através das diversas áreas de conhecimento.

Ao longo do projeto de intervenção “Construindo saberes sobre saúde mental”, identificou-se que a maior parte dos usuários não possuía um entendimento claro sobre o que é CAPS e qual o papel das oficinas terapêuticas. A informação sobre os serviços é um dos primeiros passos para que haja estímulo na participação do usuário e para que os próprios sujeitos desses espaços possam perceber-se enquanto parte vital do serviço.

O Serviço Social no CAPS busca a superação dos desafios impostos pela sociedade ao usuário da saúde mental, busca também a efetivação da rede e melhora na qualidade dos serviços oferecidos, trabalhando em conjunto com as UBS e ESF, partindo da lógica da criação de meios de acesso à informação, visando, dessa forma, ao tratamento do usuário dentro da sua comunidade, conhecendo a realidade e as redes que podem ser acessadas em cada comunidade. Nesse ponto, o projeto de intervenção buscou mostrar aos usuários que eles precisam exercer sua autonomia, não podem ficar dependentes dos CAPS, colocando-se no território como participantes ativos das decisões e tomando o seu lugar na comunidade à qual pertence.

A importância do Serviço Social na Saúde Mental cresceu ainda mais com a inclusão dos usuários e familiares nas políticas, ações de cidadania e ações de direitos do sujeito e na questão social que vivencia o usuário e sua família. As intervenções feitas com os usufruidores do serviço acabaram por suscitar neles a vontade de descobrir mais sobre a política de saúde mental, aprimorar-se sobre seus direitos e participar dos projetos que são a eles destinados. O Serviço Social tem um papel diferenciado para compor a equipe multidisciplinar nos CAPS, ele deve promover na rede uma articulação de direitos sociais, pautada no Projeto Ético-Político da Profissão, como afirma Bisneto (2009). Ainda sobre o papel do assistente social no processo de socialização da informação como mecanismo de prática profissional, Vasconcelos (2007) mostra que o assistente social deve conhecer a realidade do seu campo de atuação, compreendendo o contexto no qual insere-se, para melhor intervir junto aos usuários, primando pela autonomia e desenvolvimento da cidadania desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARCOVERDE, A. C. B. **Questão social no Brasil e o Serviço Social** In: CFESS/CRESS, Brasília, 1999.

BARRETO, R. A. **O lúdico em Odontopediatria**: contribuições psicológicas. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Conduta clínica e psicológica na Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2013.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Concepção de convivência fortalecimento de vínculos**. Brasília: MDS, 2013.

_____. Lei n.º 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação psicossocial - Projeto de Volta para casa. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo, 2003.

_____. **Código de ética do/a assistente social**. Lei da regulamentação da profissão. Brasília: Conselho Federal de serviço social, 1993.

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

_____. Ministério da saúde. **Lei n.º 10216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização/ Ambiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3 ed. São Paulo, Cortez, 2000.

_____. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, n. 3, p. 9-32, 2008.

MACHADO, G. S. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In: BISNETO, J. A.; NICACIO, E. M. (Org.). **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. p. 139-166.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social**: identidade e alienação. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MOTA, A. E. **Questão social e Serviço Social**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da Questão Social. **Revista Temporalis**, Brasília, n. 3, 2001.

NUNES, A. R. S. **O lúdico na aquisição da segunda língua**. Disponível em: <http://www.linguaestrangeira.pro.br/artigos_papers/ludico_linguas.htm>. Acesso em: 10 ago. 2017.

PASTORINI, A. **A categoria questão social em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. As políticas sociais e o Serviço Social. Instrumento de reversão ou manutenção das desigualdades? In: MONTAÑO, Carlos. **A Natureza do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

PENA, R. F. A. O que é cidadania? **Brasil Escola**. Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-cidadania.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSA, L. C. dos S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun., 2013.

ROSA, L. C. dos S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. v. II – Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 183-205.

TRINDADE, R. L. P. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, C. M. dos; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. Juiz de fora: Ed. UFJF, 2012. p. 69-102.

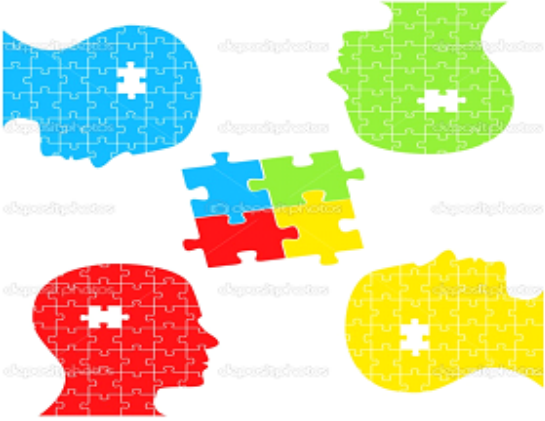
TRISTÃO, M. B. **O lúdico na prática docente**. 2010. 39 f. Tese (Graduação em Pedagogia) – Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Rio Grande do Sul, 2010.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**, Brasília, n. 3, p. 33-39, 2001.

ZIMERMAN, D. E. **Como trabalhar com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ANEXO A – A CARTILHA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS CAPS PRADO VEPP0

CARTILHA DE DIREITOS: USUÁRIOS CAPS PRADO VEPP0



Estamos todos no CAPS
 Não vamos perder a hora
 Chegamos aqui de táxi
 Mas mesmo assim vamos embora;

Ao CAPS homenageio
 Selando minha conduta
 Lembrando o que me veio
 Meu passado de biruta

No coração dessa gente
 Não há tristeza nem dor
 Somente são diferentes
 Pois há excesso de amor

O futuro já chegou
 Alguém nos deu uma chance
 A depressão já passou
 Pois hoje eu frequento o CAPS.

NILVO ADRIANI CARDOSO DA SILVA

Homenagem ao CAPS Prado Veppo

Elaborado por:

Andressa Oliveira da Silva, Estudante e estagiária de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM.

Colaboradores:

Núcleo de Serviço Social, CAPS Prado Veppo.
 Usuários CAPS Prado Veppo.

APRESENTAÇÃO:

É com satisfação que a acadêmica de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria, Andressa Oliveira da Silva, juntamente com o núcleo de serviço social do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Prado Veppo, disponibiliza à seus usuários esta cartilha sobre os direitos dos usuários da Saúde Mental. Nela, estão disponíveis orientações sobre legislações, benefícios previdenciários e assistenciais disponíveis no município de Santa Maria.

PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES

Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais

Lei 10.216 de 6 de abril de 2001

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. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de

seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localiza o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^o da Independência e 113^o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta

ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GMMS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f

1. O que é o direito à saúde mental?

É um direito fundamental do cidadão, previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988 para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional.

2. Quem garante esse direito?

No Brasil, o direito à saúde mental é amparado pela Lei e já conta com o acesso gratuito e facilitado a vários serviços públicos de atenção e auxílio. Mas vale lembrar que depende, sobretudo, da existência de condições para uma vida digna, contando, assim, com a constante articulação de indivíduos, comunidades e da sociedade como um todo para a construção de uma realidade social mais justa.

3. Uma pessoa pode adoecer mentalmente?

Sim, de formas diferentes, quanto aos sintomas, intensidades e maneiras de expressão no comportamento. Toda pessoa tem seus limites e, eventualmente, pode necessitar da atenção e cuidado de seus familiares e amigos para perceber que precisa buscar ajuda na rede de saúde mental.

4. Como identificar uma situação de risco à saúde mental?

Na maioria das vezes, uma mudança se faz notar na disposição diária da pessoa com a sua própria rotina de atividades, sobretudo em seu modo de interagir com os outros. A depressão é bastante comum, por outro lado há também a euforia, que volta a agressividade não a si, mas ao outro, e há ainda as

crises de pânico, manias de perseguição, alucinações etc. Existem muitas formas de transtorno mental, acompanhadas ou não de algum mal-estar físico, que acabam comprometendo o poder de concentração e a capacidade de realização da pessoa, acarretando baixo rendimento escolar ou no trabalho, agravamento de conflitos cotidianos e desarmonia nas relações familiares e sociais.

5. Em caso de suspeita de transtorno mental a quem recorrer?

O auxílio pode ser buscado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Já caso necessário a pessoa será encaminhada para tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e terá acompanhamento multidisciplinar com médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, além de técnicos de diversas áreas. Tomar remédios, conversar na Psicoterapia, praticar uma terapia corporal, pintar, desenhar e várias outras atividades podem ajudar. Os melhores resultados são obtidos quando esses tratamentos são feitos ao mesmo tempo e quando os profissionais trabalham de forma coordenada entre si.

6. Quais são os serviços substitutivos extra hospitalares para o tratamento das pessoas com transtornos mentais?

São serviços de saúde do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilizados a toda a população tais como ambulatórios de saúde mental e outras unidades preparadas para essa nova abordagem de atendimento, pela qual cuidar já não é mais excluir, e cada usuário pode encontrar ajuda para construir sentidos e mudanças para sua própria vida. Além das

Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Saúde da Família, que realizam ações de promoção e proteção à saúde mental em vários territórios, há diversas iniciativas algumas ainda em franco aprimoramento, dentre as quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o tratamento intensivo de pessoas com transtorno mental; os Serviços Residenciais Terapêuticos, ajudando na reinserção social das pessoas que viveram longo tempo internadas; os Centros de Convivência, como núcleos de produção de cultura e espaço de troca entre os usuários dos serviços da saúde mental e a sociedade em geral.

7. Como obter acesso aos serviços?

Esses serviços fazem parte da rede de Saúde Pública dos municípios, ou seja, as prefeituras devem disponibilizar informações sobre a existência, a localização e o funcionamento desses serviços, por meio de seus canais de informação.

INTERDIÇÃO

3. As pessoas com transtornos mentais são incapazes de responder pelos seus atos?

A maioria das pessoas com transtornos mentais tem condição de autonomia, decisão e responsabilidade se tratadas com projeto terapêutico, como cidadão e cidadã e valorizadas como sujeitos ao longo de sua história de vida e tratamento. Contudo,

é importante que se perceba quando se trata de situações em que se exige proteção em face da incapacidade temporária da pessoa reger os seus próprios atos.

As pessoas com transtornos mentais devem ser interditas?

Conforme disposto na lei 10.216/2001, a interdição judicial deve ocorrer apenas em situações em que seja a única possibilidade de gestão social da pessoa. Deve, portanto, ser aplicada com cautela e, caso venha a ocorrer, ser fiscalizada com rigor pelo Ministério Público e pelos Conselhos de Saúde. Trata-se de uma proteção para aquelas pessoas que, em razão de uma condição pessoal, enfermidade psíquica, debilidade mental, transtornos que atingem o conhecimento, o sentimento e a vontade não possuem o necessário discernimento para decidir por si mesmas as questões de sua vida pessoal.

Como é avaliada a capacidade de discernimento da pessoa?

É avaliada em processo judicial presidido por juiz, no qual consta laudo médico circunstanciado e multidisciplinar, quando for o caso, com a participação no processo de membro do Ministério Público, defensor público ou advogado.

INTERNAÇÕES

Se a pessoa tiver que ser internada, como deve ser o atendimento?

Pela legislação vigente, o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros, de modo a garantir que a finalidade do tratamento seja a volta do paciente à vida em sociedade. Na legislação sobre o tema, está assegurado ao paciente internado o direito a um tratamento com caráter progressivo, visando a sua desintimação.

Como se dá a Internação Psiquiátrica?

Por lei, é necessária uma prescrição médica para internação psiquiátrica. Mesmo quem vai voluntariamente para um estabelecimento é avaliado para saber se é autorizado ou não a ser internado, ou seja, nenhuma internação pode ser realizada sem um laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Quais são os tipos de internação?

Há três modalidades: **1. internação voluntária:** dá-se a pedido ou com o consentimento da própria pessoa com transtornos mentais; **2. internação involuntária:** dá-se sem o seu consentimento, a pedido de terceiro; **3. internação compulsória:** determinada pela Justiça.

NIS- Número de Inscrição Social

Adquirido através de um cadastro realizado pela Caixa Econômica Federal, o Cadastro concede a participação em diversos projetos atualmente oferecidos pelo Governo Federal, como é o caso do Bolsa Família, do Minha Casa Minha Vida, entre uma série de tantos outros programas vinculados ao Governo.

CADÚNICO

O Cadastro Único é um conjunto de informações sobre as famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza. Essas informações são utilizadas pelo Governo Federal, pelos Estados e pelos municípios para implementação de políticas públicas capazes de promover a melhoria da vida dessas famílias.

Requisitos: Devem estar cadastradas as famílias de baixa renda: Que ganham até meio salário mínimo por pessoa; ou que ganham até 3 salários mínimos de renda mensal total.

Documentação necessária: Apresentar pelo menos um documento de todas as pessoas da família:

- Certidão de Nascimento;
- Certidão de Casamento;
- CPF;

- Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI);
- Carteira de Trabalho; ou
- Título de Eleitor.

Levar um comprovante de endereço, que pode ser conta de água ou luz. Não é obrigatório apresentar, mas ajuda no preenchimento do endereço.

Onde buscar: Secretaria Municipal de desenvolvimento social, (SMDS) Santa Maria.

Dias: segunda-feira à quinta-feira, 07h e 30min às 12h.

Fone: (55) 32227931

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O que é: O Benefício da Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Para ter

direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente. Por se tratar de um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído ao INSS para ter direito a ele. No entanto, este benefício não paga 13º salário e não deixa pensão por morte.

Requisitos para pessoa com deficiência:

***Idade:** qualquer idade – pessoas que apresentam impedimentos de longo prazo (produzam efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas que impossibilite o titular de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas que não possuam tal impedimento.

***CadÚnico:** Com a publicação do Decreto nº 8.805/2016, a inscrição no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico – passou a ser requisito obrigatório para a concessão do benefício. O cadastramento deve ser realizado antes da apresentação de requerimento à unidade do INSS para a concessão do benefício. As famílias já cadastradas devem

estar com cadastro atualizado para fazer o requerimento no momento da análise da concessão do benefício. É importante lembrar que para além do Cadastro Único também é requisito para a concessão do benefício a inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF do requerente e dos membros da família.

* **Família:** A família para fins do benefício é composta por todos os membros que vivem sobre o mesmo teto.

- BENEFICIÁRIO
- SEU CÔNJUGE OU COMPANHEIRO
- SEUS PAIS
- MADRASTA OU PADRASTO, CASO PAI OU MÃE AUSENTE (NUNCA AMBOS)
- SEUS IRMÃOS SOLTEIROS
- SEUS FILHOS E ENTEADOS SOLTEIROS
- MENORES TUTELADOS

Documentação necessária:

- Documento de identificação e CPF do titular (ao requerente maior de dezesseis anos de idade poderá ser solicitado documento de identificação oficial com fotografia);

- Formulários preenchidos e assinados, de acordo a situação do titular (veja abaixo a relação);
- Termo de Tutela, no caso de menores de 18 anos filhos de pais falecidos ou desaparecidos ou que tenham sido destituídos do poder familiar;
- Documento que com prove regime de semiliberdade, liberdade assistida ou outra medida em meio aberto, emitido pelo órgão competente de Segurança Pública estadual ou federal, no caso de adolescentes com deficiência em cumprimento de medida socioeducativa;
- Documento de identificação e procuração no caso de Representante Legal do requerente.

Auxílio doença

O que é: O auxílio-doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS acometido por uma doença ou acidente que o tome temporariamente incapaz para o trabalho. O empregado deve imprimir o requerimento gerado pelo sistema e levá-lo ao INSS no dia da perícia, com carimbo e assinatura da empresa.

Principais requisitos

- Possuir a carência de 12 contribuições (isenta em caso de acidente de trabalho ou doenças previstas em lei);

BENEFÍCIOS ASSISTÊNCIAIS

Bolsa Família

O que é: um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. O programa busca garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde.

Principais requisitos

Renda até R\$ 85: Famílias com renda mensal de até R\$ 85,00 por pessoa.

Renda entre R\$ 85,01 e R\$ 170: Famílias com renda mensal entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00 por pessoa, que possuam em sua composição gestantes, nutrizes (mães que amamentam), crianças e adolescentes com idade entre zero e 16 anos incompletos.

Renda de zero a R\$ 170: Famílias com renda mensal de zero a R\$ 170,00 por pessoa, que possuam em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos.

Tipos de benefícios:

Benefício Básico: concedido às famílias em situação de extrema pobreza (com renda mensal de até R\$ 85,00 por pessoa). O auxílio é de R\$ 85,00 mensais.

Benefício Variável:

Para famílias pobres e extremamente pobres, que tenham em sua composição gestantes, nutrizes (mães que amamentam), crianças e adolescentes de 0 a 16 anos incompletos. O valor de cada benefício é de R\$ 39,00 e cada família pode acumular até 5 benefícios por mês, chegando a R\$ 195,00.

•Benefício Variável de 0 a 15 anos: Destinado a famílias que tenham em sua composição, crianças e adolescentes de zero a 15 anos de idade. O valor do benefício é de R\$ 39,00.

•Benefício Variável à Gestante: Destinado às famílias que tenham em sua composição gestante. Podem ser pagas até nove parcelas consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês. O valor do benefício é de R\$ 39,00.

•Benefício Variável Nutriz: Destinado às famílias que tenham em sua composição crianças com idade entre 0 e 6 meses. Podem ser pagas até seis parcelas mensais consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida. O valor do benefício é de R\$ 39,00.

Benefício Variável Jovem: Destinado às famílias que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos. O valor do benefício é de R\$ 46,00 por mês e cada família pode acumular até dois benefícios, ou seja, R\$ 92,00.

Benefício para Superação da Extrema Pobreza: Destinado às famílias que se encontrem em situação de extrema pobreza. Cada família pode receber um benefício por mês. O valor do benefício varia em razão do cálculo realizado a partir da renda por pessoa da família e do benefício já recebido no Programa Bolsa Família.

Observações:

As famílias em situação de extrema pobreza podem acumular o benefício Básico, e o Variável Jovem, até o máximo de R\$ 372,00 por mês. Como também, podem acumular 1 (um) benefício para Superação da Extrema Pobreza.

Onde buscar: Secretaria Municipal de desenvolvimento social, (SMDS) Santa Maria.

Dias: segunda-feira à quinta-feira, 07h e 30min às 12h.

Fone: (55) 32227931

Endereço: Rua Pinheiro Machado, nº 2553, Centro.
Email: bolsafamilia.santamaria@santamaria.rs.gov.br

Carteira passe livre intermunicipal

Programa Passe Livre é um benefício estadual concedido às pessoas com deficiência e idosos e garante 50% de desconto nas passagens. O benefício assegura a isenção tarifária nos transportes coletivos intermunicipais para pessoas com deficiência e renda familiar per capita de até 3 salários mínimos. Os pedidos são analisados e encaminhados pela equipe técnica, conforme critérios previstos na lei.

Quem pode solicitar: Pessoas com deficiência com renda familiar de até 3 salários mínimos. Aposentados, quem recebe BPC e pensionistas do INSS.

Documentos: CPF, RG (original e xerox), Comprovante de renda, se beneficiário número do benefício INSS, 1 foto 3x4 atual. Taxa de R\$20,00 para a confecção da carteira intermunicipal.

Onde buscar: Associação Cabelos de Prata de Santa Maria.

Endereço: Rua Silva Jardim 2307 (embaixo da ponte do Itaimbé).

Dias: terça-feira, quarta-feira e quinta-feira, das 14h às 17h.

Fone: (55) 30264401

Carteira passe livre interestadual

Garante o desconto de 50% nas passagens para viagens interestaduais conferida a pessoas com deficiência ou idosos.

Quem pode solicitar: Pessoas com deficiência com renda familiar de até 2 salários mínimos. Aposentados, quem recebe BPC e pensionistas do INSS.

Documentos: CPF, Carteira de Identidade, Uma foto 3x4 atualizada, Renda de até 02 salários mínimos (comprovada) com: Carteira de Trabalho e Previdência Social com anotações atualizadas ou Contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador ou Carnê de contribuição para Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou Extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida pelo INSS ou outro regime de previdência social público ou privado ou Declaração do INSS que não possui renda.

Onde buscar: Secretaria Municipal de desenvolvimento social, (SMDS) Santa Maria.

Endereço: Rua Pinheiro Machado, nº 2553, Centro.

Fone: (55) 32227931

REDE SAÚDE MENTAL DE SANTA MARIA:

- **CAPS II Prado Veppo**
Fone: 3921-7042
Avenida Helvio Basso, 1245
(Atende Pessoas com Transtornos Mentais Graves)
- **CAPS Ad II Caminhos do Sol**
Fone: 3921-7144
Rua Euclides da Cunha, 1695
(Atende Pessoas com Transtornos decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas)
- **CAPS Ad II Cia do Recomeço**
Fone: 3921-1099
General Neto, 579
(Atende Pessoas com Transtornos decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas)
- **CAPS i II - O Equilibrista**
Fone: 3921-7218
Rua Minas Gerais, nº 11, esquina Rua Gaspar Martins
(Atende Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais).

CANTINHO DAS POESIAS:

CAPS

No CAPS tem o que eu preciso
O queijo, a taça e a colher
Tem até cobra com guiso
Em uma moita qualquer

Só não tem caranguejo
Que bole no meu nariz
Também não tem morcego
Que voa no chafariz

No CAPS, tem jardinagem
Com flores de bem me quer
Mas esta faltando sacanagem
Porque aqui só tem mulher

Os homens que aqui habitam
ou são loucos ou são poetas
Mas são sábios que aqui habitam
Por terem uma alma reta.

Autoria: Usuários CAPS, Prado Veppo

Prado Veppo

A Deus primeiro eu agradeço
Pela cura da minha doença
Eu sei que tomo remédios
Mesmo assim tenho uma crença

Aqueles que me procuram
E sempre estão ao meu redor
Há pessoas que me torturam
Com sofrimento e dor

De ovelhas são feitos
De parentes eles se chamam
Mas oferecem perigo
E ainda dizem que o amam

Aos que fazem judarias
Para os meus doentes queridos
Que por mim são minorias
Chapados de comprimidos

De um louco não se duvida
O que ele fala não se assina
Mas tem a vida comprida
E não aceita propina!

Autoria: Usuários CAPS, Prado Veppo.

ANEXO B – MODELO DE QUESTIONÁRIO AVALIATIVO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO, “*CONSTRUINDO SABERES SOBRE SAÚDE MENTAL*”,

ATIVIDADE: _____

RESPONDA AS QUESTÕES MARCANDO UM (X) NA OPÇÃO DESEJADA

1. Como você avalia a atividade proposta?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito bom
- Ótimo

2. Você acredita que essa atividade ajudou no entendimento sobre saúde mental?

- sim
- Não
- Em parte

3. Você conhecia a respeito da lei estudada?

- Sim
- Não
- Muito Pouco

4. A atividade proposta foi de fácil compreensão?

- Sim
- Não
- Em parte